

VUOSIKELLOMALLIN KEHITTÄMINEN RAI- JÄRJESTELMÄÄN

RAI-järjestelmä osastonhoitajan työväli-
neenä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-
nen ja johtaminen
Kevät 2016
Kehittämishanke
Tarja Ylitalo

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma Sosi-
aali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

YLITALO, TARJA:

VUOSIKELLOMALLIN
KEHITTÄMINEN RAI-
JÄRJESTELMÄÄN
RAI-järjestelmä osastonhoitajan työ-
välineenä

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opin-
näytetyö, 52 sivua, 24 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämishankkeena työelämälähtöi-
sesti. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää vuosikellomalli RAI-
ohjelmiston käyttöön Lahden kaupungin vanhustenpalveluille ja kuntoutuk-
selle. Tarkoituksena oli, että vuosikello auttaa uusia RAI:n käyttäjiä oppi-
maan nopeammin RAI:n käyttöä ja ymmärtämään sen hyödyt työssään.
Vuosikellon tarkoituksena oli yhdenmukaistaa RAI:n käyttöä, jolloin vertai-
luista tulisi yhdenmukaisempia.

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimusta mukaillen. Hankkeessa
käytetyt tiedot kerättiin vastaajilta sähköpostikyselyillä, koska siten hanke
tavoitti eri laitoksissa työskentelevät lähiesimiehet parhaiten. Toimintatutki-
muksellisilla menetelmillä saatiin hankkeen kannalta tärkeää tietoa RAI
LTC (long term care) ohjelmistoa käyttäviltä osastonhoitajilta heidän tavas-
taan käyttää ja hyödyntää RAI-järjestelmää. Terveysthuollossa työsken-
televiltä lähijohtajilta vaaditaan strategisessa johtamisessaan, että heidän
tulee työssään seurata ja johtaa yksikkönsä RAI:n käyttöä.

Kyselystä selvisi, että osastonhoitajat käyttävät ja hyödyntävät varsin erita-
soisesti RAI-järjestelmää työssään. Sähköpostikyselyn pohjalta tutkija-ke-
hittäjä suunnitteli RAI-ohjelmistoon vuosikellon, joka lähetettiin osastonhoita-
jille kommentoitavaksi ja heidän palautteensa pohjalta syntyi lopullinen
vuosikello.

Avainsanat: RAI, pitkäaikaishoidon RAI, pitkäaikaishoito, lähijohtaminen,
vuosikello

Lahti University of Applied Sciences Master`s Degree Programme in Social and Health Care

YLITALO, TARJA:

YEAR PLANNER MODEL FOR THE
RAI SOFTWARE

the RAI system as a head nurse's
tools

Master's Thesis in Social and Health Care Development and Management, 52 pages, 24 pages of appendices

Spring 2016

ABSTRACT

This study was carried out as a development project for working life. The primary target of this development project was to develop a year planner model for the RAI software use in Lahti services for elderly and rehabilitation. The intention was that the new year planner helps the new users to learn faster the use of RAI and understand its benefits in their work.

The development project was carried out as an action research. The data used in the project were collected through respondent's e-mail surveys, because in this way the project out best the immediate superiors working in institutions. Action research methods, important information about RAI LTC (Long Term Care) department managers who use the RAI software and the way they operate and make use of the RAI system was obtained for the project. In health care, working in close strategic management requires that leaders work to follow and lead the unit to RAI's use.

The survey revealed that the head nurses use and benefit from the RAI system very differently in their work. On the basis of the email survey, the researcher-developer of software designed a RAI-year planner, which was sent to department managers for comments and on the basis of their feedback the final version of the planner was produced. The goal of the year planner was to harmonize the RAI's use, so that comparisons should be more consistent.

Keywords: RAI, RAI long-term care, long-term care, middle management, year planner

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDEORGANISAATIO JA LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Lahden Sosiaali- ja terveystoimiala	4
2.2	Lahden kaupunginsairaala vanhustenpalvelut ja kuntoutus	5
2.3	Vanhuspalvelulaki	9
2.4	Pitkäaikainen laitoshoido	9
3	RAI-JÄRJESTELMÄ JA MDS-LOMAKE	12
3.1	RAI-järjestelmä sekä ohjelmaan liittyvä koulutus	12
3.2	RAI:n käyttöprosessin kuvaaminen	13
3.3	Pitkäaikaishoidon RAI	15
3.4	MDS-lomake ja yleisimmät mittarit	17
3.5	RAI-arvioinnin hyödynnettävyys	19
3.6	RAI terveydenhuollon lähijohtamisessa	21
4	VUOSIKELLO JOHTAMISEN APUVÄLINEENÄ	24
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS	26
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	27
6.1	Toimintatutkimus kehittämishankkeessa	27
6.2	Toimintatutkimuksen eteneminen kehittämishankkeessa	28
6.3	Kysely kehittämishankkeessa	31
6.4	Aineiston teemoittelu	33
7	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	35
7.1	Kyselyn tulokset	35
7.2	Vuosikello	40
8	POHDINTA	42
8.1	Johtopäätökset	42
8.2	Vuosikellon arviointi	45
8.3	Kehittämispöcessin arviointi	46
8.4	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	48
8.5	Lopuksi	51
	LÄHTEET	53

1 JOHDANTO

Suomessa on yli 63-vuotiaita henkilöitä tällä hetkellä reilu miljoona, ja Suomen väestön ikääntymisessä on nyt kyse koko väestörakenteen muutoksesta. Tällainen ikärakenteen muutos tarkoittaa sitä, että yhteiskunnan on mukauduttava entistä paremmin ikääntyvän väestön tarpeisiin, jotta terve ja toimintakykyinen ikääntyminen turvataan. Suomessa on kiinnitetty huomiota vanhustenhoitoon ja sen turvaamiseksi on säädetty vanhustenpalvelulaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 13–14.) Vanhustenpalvelulain tarkoituksena on turvata ikäihmisille määrältään ja laadultaan riittävä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen saanti (Valvira 2014). Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksia vuodesta 2001 alkaen koskien ikäihmisten palveluja. Näiden laatusuosituksien toimeenpanon ja seurannan tukena on käytetty soveltuvin osin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI (Resident Assessment Instrument) tietokantaa, erilliskyselyjä ja Valviran tuottamaa tietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 9, 24.) RAI on kansainvälinen kustannustehokkuuden ja laadun arvioinnin seurantajärjestelmä. Tekijänoikeuksin suojatun järjestelmäkokonaisuuden oikeudet omistaa voittoa tavoittelematon kansainvälinen järjestö interRAI. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013; Raisoft 2009.)

Suomen väestön vanhetessa kovaa vauhtia on myös Lahdessa kiinnitettävä asiaan huomiota. Suurten kaupunkien joukosta Lahdessa on neljänneksi eniten vanhusväestöä. Ikääntyvässä Lahdessa on mietittävä millaisia palveluja kaupunki voi tarjota asukkailleen. (Ruokolainen 2014, 3.) Lahden vanhuspalveluja on tarkoitus kehittää palvelujen tuotteistuksella muun muassa ottamalla käyttöön RAI-järjestelmä. RAI-järjestelmän käyttö on tarkoitus saada kattamaan koko vanhustenpalvelut ja kuntoutus, ja Lahdessa on tarkoitus osallistua valtakunnalliseen ja kansainväliseen vertailukehittämiseen. (Sote 2015, 20.)

RAI-järjestelmää käytetään vanhuspalveluissa vertailukehittämiseen ja sen avulla voidaan mitata hoidon laatua ja kustannuksia iäkkäiden hoitoketjun

kaikilla tasoilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007). Vertailukehittäminen vanhustenhuollossa arvioi ja seuraa asiakasrakennetta, hoidon laatua, tuottavuutta sekä henkilöstöä organisaatiossa. RAI:sta saadaan toiminnasta ja taloudesta vertailukelpoista tietoa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos tuottaa palauteraportteja mukana oleville yksiköille ja ylläpitää tietokantoja. (Itkonen, Lindman, Corin & Noro 2007, 5.) Terveydenhuollossa vaaditaan tällä hetkellä, että yksiköt pystyvät uudistumaan sekä kehittymään ja sitä kautta vastaamaan tulevaisuudessa ikääntyvien määrän haasteelliseen kasvuun (Dalhman & Takanen 2009, 75).

Lähijohtaja työskentelee yksikössään lähellä perustehtävää, ja hän edustaa ensimmäisen portaan johtamistasoa. Lähijohtaja toimii työyksikössään toiminnan organisoijana sekä kehittäjänä, jolloin hänen tehtäviinsä kuuluu seurata ja johtaa yksikkönsä RAI:n käyttöä. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012b, 14, 75.) Lahden kaupungin Vanhuspalveluissa ja kuntoutuksessa RAI-järjestelmän käyttö on alkanut vaiheittain vuoden 2011 alusta (Rautiainen 2012). Tällä hetkellä käytössä on kolme eri RAI-ohjelmistoa, mutta tässä kehittämishankkeessa keskitytään RAI LTC -ohjelmiston (long term care) eli pitkäaikaishoidon RAI:n käyttöön osastonhoitajan työvälineenä.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää vuosikellomalli Lahden kaupungin vanhustenpalveluille ja kuntoutukselle. Tarkoituksena on, että vuosikello auttaa uusia RAI:n käyttäjiä oppimaan nopeammin RAI:n käyttöä ja ymmärtämään sen hyödyt työssään. Vuosikellon tarkoituksena on yhdenmukaistaa RAI:n käyttöä, jolloin tilastot ja niiden vertailu olisi yhdenmukaista. Kehittämishankkeen aihe on työelämälähtöinen ja se toteutettiin yhteistyössä työelämän edustajien kanssa.

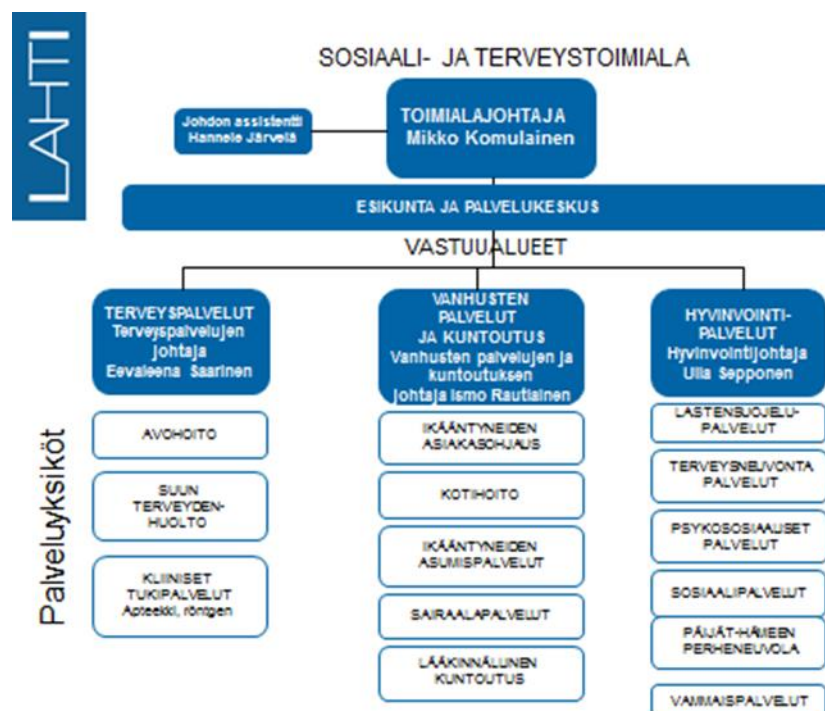
Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimusta mukaillen. Toimintatutkimuksessa pyritään teorian tiedon ja käytännön yhdistämisellä ratkaisemaan toiminnallisissa ympäristöissä olevia ongelmia sekä aikaansaamaan muutos. Tutkija toimii koko prosessin ajan vuorovaikutuksessa tutkittavan yhteisön kanssa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 1.) Toimintatutkimuksessa kehittäminen nähdään toimintana, joka pyrkii konkreettisesti sel-

keään tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen tähtää asioiden parantamiseen tai korjaamiseen sisällyttäen uusien ideoiden keksimistä, niiden leviättämistä ja vakiinnuttamista. (Toikko & Rantanen 2009, 14–16.)

2 KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDEORGANISAATIO JA LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lahden Sosiaali- ja terveystoimiala

Lahden Sosiaali- ja terveystoimialan tehtävänä on edistää kaupunkilaisten terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä heidän terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia sekä järjestää asukkailleen sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveystoimiala sisältää kolme vastuualuetta, jotka ovat hyvinvointipalvelut, terveyspalvelut sekä vanhustenpalvelut ja kuntoutus. Vanhuspalvelujen ja kuntoutuksen vastuualueeseen kuuluvat Lahden kaupungin sairaalan toiminnot, vanhusten avopalvelut sekä lääkinnällinen kuntoutus. (Komulainen 2013.) Tämän kehittämishankkeen kohdeorganisaatio kuuluu Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan alaisuuteen kuuluvaan Vanhusten palvelut ja kuntoutuksen vastuualueeseen. (kuvio 1).



KUVIO 1. Lahden Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiokaavio (Organisaatiokaaviot 2015).

2.2 Lahden kaupunginsairaala vanhustenpalvelut ja kuntoutus

Tämä kehittämishanke toteutettiin Lahden kaupunginsairaalan kuuluvassa Vanhustenpalveluissa ja kuntoutuksessa. Vanhuspalvelut ja kuntoutus sisältää viisi erillistä palveluyksikköä, jotka ovat Ikääntyneiden asiakasohjaus, Kotihoito, Ikääntyneiden asumispalvelut, Sairaalapalvelut ja Lääkinnällinen kuntoutus. (Organisaatiokaaviot 2015.)

Kehittämishanke kohdentui Ikääntyneiden asumispalveluihin, joka sisältää kuusi kaupungin omaa palvelutaloa sekä sairaalapalveluiden alaisuudessa oleviin pitkäaikaishoidon osastoihin. Tähän kehittämishankkeeseen osallistuneet osastonhoitajat toimivat pitkäaikaishoidossa Jalkarannan sairaalassa sekä tehostetussa palveluasumisessa. Tehostetusta palveluasumisesta osallistuvien osastonhoitajien työyksikköinä olivat Lehtiojan-, Onnelanpolun- ja Lepolakodin palvelutalot. (Organisaatiokaaviot 2015.)

Vanhustenpalvelut ja kuntoutus nimeää vuoden 2013 tavoitteekseen ikäihmisten kotona asumisen turvaamisen sekä mahdollisuuden toimia, vaikuttaa sekä tehdä valintoja. Vanhusten palvelut ja kuntoutus pyrkii toimimaan aktiivisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa sekä kehittämään uusia innovaatioita. Suomen palvelujärjestelmään sovitettu RAI-asiakas- ja laadunhallintajärjestelmä on otettu käyttöön Vanhusten palveluissa ja RAI-järjestelmällä osallistutaan valtakunnalliseen palvelujen vertailukehittämiseen. (Komulainen 2013.)

Itse työskentelen tällä hetkellä sairaanhoitajana organisaation palveluksessa osastolla, joka sijoittuu Vanhuspalvelujen ja kuntoutuksen alaisuudessa sairaalapalveluihin.

2.3 Kehittämishankkeen kohdeyksiköt

Jalkarannan sairaala

Jalkarannan sairaala on rakennettu alun perin vuonna 1940, jolloin tiloissa toimi B-mielisairaala. Alkuperäinen sairaalarakennus on täysin saneerattu ja siellä toimivat pitkäaikaisen laitoshoidon lisäksi neuvola ja hammashoito. Uusi nykyaikainen laitoshoidon kriteerit täyttävä laajennusosa on valmistunut vuonna 2007. (Pitkäaikainen laitoshoido LKS Jalkarannan osastoryhmä 2014.)

Jalkarannan sairaalassa on 11 osastoa, joilla jokaisella on oma profiilinsa. Potilaspaikkojen määrä vaihtelee 244–264 välillä, käytössä olevista lisä- ja ylipaikoista riippuen. Jalkarannan sairaalassa on vakinaista henkilöstöä 216, jonka lisäksi sairaalassa työskentelee vaihteleva määrä määräaikaisia sijaisia. Hoitohenkilökuntaan kuuluvia ammattiryhmiä ovat osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat, sairaanhoitajat ja lähihoitajat sekä yhteiset yöhoitajat ja varahenkilöstö. Jalkarannan sairaalassa toimii myös seuraavien ammattiryhmien edustajia: osastonsihteerit, askarteluohjaaja, fysioterapeutti, vahtimestari, lääkärit ja ylihoitaja. (Pitkäaikainen laitoshoido LKS Jalkarannan osastoryhmä 2014.)

Jalkarannan toimintaa ohjaava periaate on asiakaslähtöisyys, jossa asiakas osallistuu hoitoonsa ja hänet otetaan läheistensä kanssa mukaan toiminnan kehittämiseen. Jalkarannan sairaalassa järjestetään säännöllisiä asiakastilaisuuksia ja toimintaa ohjaavat yhteiset tavoitteet ja arvot. Toimintaa ohjaavat arvot ovat Lahden kaupungin sekä Vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen yhdessä laaditut arvot, joita ovat: vastuullisuus – jokainen on vastuullinen toimija, yhteisöllisyys – salliva, turvallinen ja osallistuva kulttuuri, kestävä kehitys – positiivinen ja kestävä suunta, kehittämishalukkuus – hyvä työpaikka, paremmat palvelut. (Pitkäaikainen laitoshoido LKS Jalkarannan osastoryhmä 2014.)

Lehtiojan palvelukeskus

Lehtiojan palvelukeskus on tarkoitettu lahtelaisille ikääntyneille ihmisille. Lehtiojan palvelukeskus on valmistunut vuonna 2013 ja rakentamisen toinen vaihe vuonna 2014. Palvelukeskuksessa on kaikkiaan 190 asuntoa 19:ssä kymmenen asukkaan ryhmäkodissa viidessä kerroksessa. Ryhmäkotien tilat on suunniteltu erityisesti vanhusten, muistisairaiden sekä paljon apua tarvitsevien hoitoon ja asumiseen. (Lehtiojan palvelukeskus 2015.)

Palvelukeskuksen toiminta on tehostettua asumispalvelua, jolla tarkoitetaan sitä, että hoitohenkilöstöä on talossa ympärivuorokauden (Lehtiojan palvelukeskus 2015.) Lehtiojan palvelukeskuksen henkilöstöön kuuluvat viisi palveluesimiestä, 15 sairaanhoitajaa, 91 lähihoitajaa, kolme kodinhoitajaa, kaksi fysioterapeuttia ja toimintaterapeutti. Lisäksi varahenkilöstöön kuuluvat viisi lähihoitajaa ja kolme sairaanhoitajaa. Lehtiojan palvelukeskuksen toimintaa ohjaavat arvot ja toimintaperiaatteet ovat asiakkaan arvostaminen ja kunnioittaminen. Perustehtävänä on tarjota asiakkaille ihmisen näköinen koti ja arki varmistuen aktiivinen toimintaympäristö. Palvelukeskuksessa rakennetaan yhteisöllisyyttä asukkaiden, heidän läheistensä ja eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Palvelukeskuksessa toimiva henkilöstö on osaavaa, sitoutunutta ja vastuullisesti toimivaa. (Mattila, Pulkkinen, Timonen, Ruusuvirta & Töyrylä 2015.)

Palvelukeskus Onnelanpolku

Palvelukeskus Onnelanpolku on valmistunut vuonna 2014 ja sen omistaa Lahden vanhusten asuntosäätiö. Onnelanpolulta löytyy 92 tehostetun palveluasumisen asuntoa sekä 130 esteetöntä, kenelle tahansa ikäihmiselle tarkoitettua asuntoa. Tehostetun palveluasumisen puolella henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden. Onnelanpolulta löytyy runsaasti yhteisiä kokoontumistiloja, lounaskahvila, kuntoilutilaa, kerhohuone, hoitotila sekä hammashoidon palvelupiste. (Palvelukeskus Onnelanpolku 2015.) Palvelukeskus Onnelanpolulla toimivaan henkilökuntaan kuuluvat kaksi palveluesimiestä, 11 sairaanhoitajaa, 46 lähihoitajaa, fysioterapeutti, toimintaterapeutti,

peutti, ohjaaja ja vaatteistonhoitaja. Tarvittaessa palvelutalossa käy sielunhoitaja sekä sosiaalityöntekijä. Lääkäripalvelut ovat saatavissa palvelutalossa viikoittain. Palvelukeskus Onnelanpolun toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet ovat samat kuin Lehtiojan palvelukeskuksessa. (Luukkonen & Riikkula 2015.)

Lepolakoti

Lepolakoti on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 43 asuntoa neljässä kerroksessa. Asunnot ovat erikokoisia yksiöitä sekä kolme kaksiota, joiden koko vaihtelee 31–45 neliön välillä. Lepolakoti on tarkoitettu lahtelaisille ikäihmisille. Lepolakodissa on hoitohenkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. (Lepolakoti 2015.) Lepolakodissa toimivaan henkilökuntaan kuuluvat palveluesimies, kaksi sairaanhoitajaa, 19 lähihoitajaa sekä kaksi kodinhoitajaa. Palvelutalossa tarjotaan myös lääkärin sekä fysioterapeutin palveluja viikottain. Tarvittaessa palvelutaloon on saatavissa sosiaalityöntekijä ja hammashoitaja. Lepolakodin toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet ovat samat kuin Lehtiojan ja Onnelanpolun palvelutaloilla. (Siirilä 2015.)

Palveluasumisen tavoite on olla mahdollisimman kodinomainen vaihtoehto kotona asumiselle. Palveluasumisessa asunnot on suunniteltu niin, että liikkuminen niissä olisi mahdollisimman esteetöntä. Palveluasumisessa asiakkaalla on mahdollisuus saada omien tarpeiden mukaista hoivaa, hoitoa ja palveluita. Hakemukset palvelutaloihin käsitellään Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen SAS-työryhmässä. (Ikäihmisten palveluopas 2014.) SAS on niin sanottu vanhusten sijoitusryhmä, jonka tehtävänä on suunnitella palvelu- ja laitosasumista. SAS lyhenne tulee sanoista selvittää, arvioida ja sijoittaa. (SAS-toiminta 2015).

Ikäihmisen hyvinvointisuunnitelman mukaan Lahdessa on vuosina 2011–2020 päämääränä, että ikäihmiset voivat asua kotona turvallisesti mahdollisimman pitkään. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjotaan ikäihmiselle silloin, kun muut hoitomuodot eivät enää riitä ja kaikki kotiin saatavat palvelut on

käytetty ja arvioitu. (Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon pääsyn kriteerit, 2015.)

2.4 Vanhuspalvelulaki

Uudessa vanhuspalvelulaissa on asetettu tavoitteeksi palvelurakenteen uudistaminen. Palvelurakenteen uudistamisessa on tarkoitus, että tuotetut palvelut vastaavat iäkkään väestön palvelutarpeeseen asiakkaiden tarpeiden pohjalta. Pitkäaikaishoidossa palvelurakenneuudistus tarkoittaa sitä, että pitkäaikaishoito toteutetaan ensisijaisesti kotona tai kodinomaisessa paikassa ja laitoshoitona vain silloin, kun siihen on lääketieteelliset perusteet, tai hoito on muuten perusteltua potilaan turvallisuuden ja arvokkaan elämän kannalta. Pitkäaikaista laitoshoittoa voidaan toteuttaa, myös silloin, kun sillä turvataan potilaalle hoitojärjestelyn pysyvyys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 36–37; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista luku 3, 14§.)

2.5 Pitkäaikainen laitoshoido

Suomessa järjestetään tällä hetkellä ympärivuorokautista hoitoa kolmella eri tavalla, jotka ovat tehostettu palveluasuminen, terveyskeskuksen vuodeosastot sekä vanhainkodit (niin sanottu pitkäaikaishoito) ja ryhmäkodit. Palvelu- ja laitosasumiselle on maassamme kysyntää, vaikka tavoitteena on vähentää laitoshoidoa. Tämä johtuu siitä, että Suomi on Euroopan nopeimmin ikääntyvä maa. Se, että ihmiset tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ei pois sulje sitä, että heillä on oikeus elää elämäänsä arvokkaasti ja asua turvallisesti vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. (Vuotila-nen 2010.)

Kunta voi sijoittaa henkilön pitkäaikaiseen laitoshoitoon vain, jos kyseiseen hoitoon on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuden tai potilas-turvallisuuden liittyvät perusteet (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista luku 3, 14 a §).

lökkään henkilön toimintakyky on arvioitava palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Arviointia tehtäessä on selvitettävä, miten iäkäs henkilö pystyy selviytymään tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja millaisissa asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Iäkkään ihmisen arvioinnissa on otettava huomioon fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä elinympäristön esteettömyys, asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus sekä näihin asioihin liittyvät tekijät. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista luku 3, 15§.)

Pitkäaikaishoitopäätöksen tekemiseen on luotu kriteeristö, jonka tehtävänä on kuvata sijoitustarpeita. Potilaan hoitotarpeesta tehdään kattava sekä yksilöllinen arvio moniammatillisessa työryhmässä ja arvioinnin pohjana käytetään erilaisia mittareita, joita ovat muun muassa MMSE, RAI sekä CERAD. (Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoittoon pääsyn kriteerit, 2015.)

MMSE eli Mini-Mental State Examination on vakiintunut testi, joka mittaa tietojen käsittelyä ja muistia. MMSE:tä käytetään dementia-asteisen muistisairauden seulontaan. (Erkinjuntti, Alhainen & Rinne 2004, 54.) CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) on tehtäväsarja, joka kartoittaa tiedollista ja tajunnallista suoriutumista. CERAD tehtäväsarja on tarkoitettu perusterveydenhuollon käyttöön iäkkäiden henkilöiden muistihäiriöiden ja dementian esivaiheen tutkimiseen. (CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja.) RAI-mittarista tietoa (Resident Assessment Instrument) enemmän seuraavassa kappaleessa sekä luvussa. Potilaan arvioinnissa otetaan huomioon hakijan sekä hänen läheistensä kanta asiasta. Laaditun kriteeristön avulla päätetään siitä, mikä jatkohoitopaikka on tarkoituksenmukaisin kullekin ikäihmiselle. (Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoittoon pääsyn kriteerit 2015.)

Pitkäaikaishoidon tarvetta arvioitaessa RAI-mittarina käytetään MAPle-mittaria (Method for Assigning Priority Levels), joka mittaa hoitoa ja palvelun-

tarvetta. CPS-mittaria (Cognitive Performance Scale), joka kartoittaa asiakkaan tiedonnallista ja tajunnallista selviytymistä eli kognitiota sekä ADL-mittaria (Activities of Daily Living), joka mittaa päivittäisissä toiminnoissa tarvittavaa apua. Viitteellisinä arvoina voidaan pitkäaikaishoidolle pitää pitää seuraavia arvoja: ADL 3–6 eli tarvitsee runsaasti yhden / kahden henkilön avustusta, täysin autettava, CPS 3–6 eli tiedollisten ja tajunnallisten taitojen keskivaikea heikkeneminen/vaikea tai erittäin vaikea dementia ja MAPle 4–5 eli suuri tai erittäin suuri palvelun tarve. (Pitkäaikainen laitoshoido, LKS Jalkarannan osastoryhmä, 2014.)

Potilaalle, jolla kriteeristö pitkäaikaiseen laitoshoidoon täyttyy, tehdään laitoshoidohakemus. Laitoshoidohakemus asetetaan niin sanotusti sijoituslistalle. Tällä hetkellä Lahdessa hoitopaikkojen tarve on suurempi kuin paikkojen lukumäärä, mikä aiheuttaa sen, että hakijat joutuvat jonottamaan paikkaansa. Paikan vapauduttua pitkäaikaislaitoshoidosta moniammatillinen työryhmä arvioi sijoituslistalla olevista potilaista kiireellisimmän sijoitettavan ja potilaan siirto jatkohoitopaikkaan tapahtuu mahdollisimman nopeasti. Potilaan toimintakyvyn muuttuessa tehdään aina uusi arviointi, jonka perusteella potilas voidaan tarvittaessa sijoittaa uudelleen. (Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoidoon pääsyn kriteerit 2015.)

3 RAI-JÄRJESTELMÄ JA MDS-LOMAKE

3.1 RAI-järjestelmä sekä ohjelmaan liittyvä koulutus

RAI (Resident Assessment Instrument) on alkuaan kehitetty lisäämään palveluiden luotettavuutta ja hoidon suunnittelua (Brant & E. & C Fahey 2003, 1). RAI on kansainvälinen kustannustehokkuuden ja laadun arvioinnin seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmässä tiedonkeruu on tietokoneistettu. Järjestelmän tietopohja koostuu palvelutarpeen arvioinnissa kerättyjen tietojen standardoinnista. Tiedon käyttökelpoisuus perustuu validoituihin lomakkeisiin, joilla arvioidaan potilaiden palveluntarve. Järjestelmään kuuluu lomakkeiden lisäksi sisältöä täsmentäviä apuvälineitä ja käsikirjoja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Ohjelma on tietokonepohjainen, joten mittarit siirtyvät järjestelmään välittömästi palvelusuunnitelmaa laadittaessa ja ovat heti ammattilaisten käytettävissä. RAI-järjestelmää hallinnoi Suomessa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

RAI-järjestelmä on tekijänoikeuksin suojattu järjestelmäkokonaisuus, jonka oikeudet omistaa voittoa tavoittelematon kansainvälinen järjestö interRAI. Suomessa RAI:n käyttöönotto edellyttää sopimusta FinRAI-toimijoiden kanssa. Sopimus tehdään Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen kanssa käyttöönoton yhteydessä. Palveluntuottajat ottavat RAI-järjestelmän käyttöön osaksi omaa potilastietojärjestelmäänsä. (Raisoft 2009.) Lahden kaupunginsairaalassa RAI on integroitu potilastietojärjestelmänä toimivaan Pegasokseen.

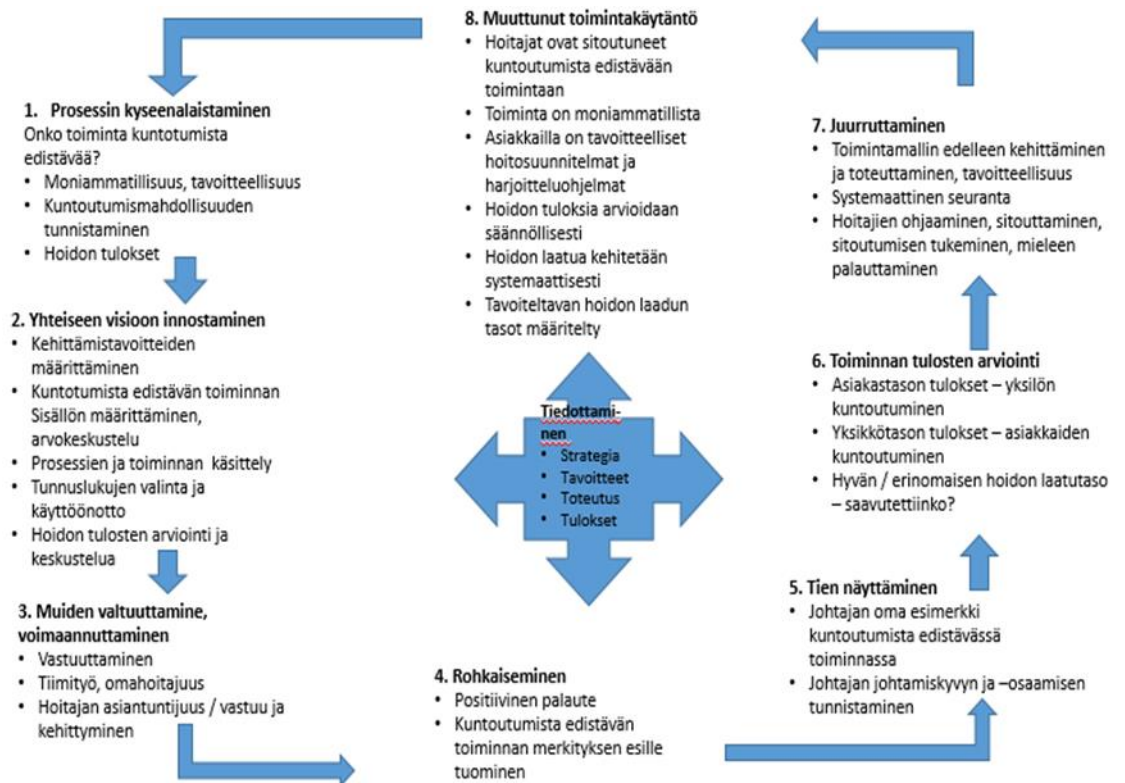
RAI-järjestelmän käyttöönotto vaatii huolellista perehtymistä atk-ohjelmiston käyttöön, RAI-arvioinnin tekoon ja siihen miten tuloksia hyödynnetään. Chydenius-instituutti on kehittänyt RAI-järjestelmälle käyttöönottokoulutusta ja käyttöönottoon liittyviä toimintamalleja. Koulutuksen tarkoituksena on, että hoitajat pyrkivät ensin muodostamaan kokonaiskäsityksen järjestelmästä ja sen käyttömahdollisuuksista asiakkaan hoidossa. Arvioinnin hallinta muodostaa pohjan RAI-mittarien ja tulosten hyödyntämiselle. (Vähäkangas & Björkgren 2005, 35.)

RAI-koulutus on nimetty "RAI-ABC-koulutukseksi", jonka A-osio muodostaa yleisinformaation järjestelmän käyttötarkoituksesta ja rakenteesta. A-osion tarkoitus on toimia perustietopakettina mahdollisimman monelle hoitajalle. B-osio sisältää toimintakyvyn arvioinnin sisällön opettelua MDS-lomaketta (minimum data set) käyttäen. B-osioissa hoitajat harjoittelevat arvioinnin tekoa yhdelle potilaalle ennen koulutusta ja sitä käydään koulutuksessa läpi. B-osiossa toteutetaan myös atk-ohjelmistokoulutus. C-osio toteutetaan, kun organisaatiossa on opittu tekemään arviointeja ja käyttämään atk-ohjelmistoa. C-osiossa perehdytään RAI-mittareiden ja muiden alueiden käyttöön asiakkaan hoidossa. Yleensä koko koulutus toteutetaan vuoden kuluessa. (Vähäkangas & Björkgren 2005, 35–36.)

3.2 RAI:n käyttöprosessin kuvaaminen

Prosessilla tarkoitetaan toimintaa, joka tähtää loogisesti jonkin päämäärän toteutumiseen tai tuottamiseen. Prosessin toteuttamiseen tarvitaan resursseja. Prosessitoiminta on syklistä ja sille on ominaista kerroksittainen eteneminen. Prosessit voivat tuottaa aineellisia tai aineettomia tuloksia. (Anttila 2007, 38, 47.)

Tässä kehittämishankkeessa RAI-järjestelmän käyttö nähdään prosessina. RAI:n käyttöprosessi alkaa ensimmäisen RAI-arvioinnin tekemisestä potilaalle. Ensimmäisen arvioinnin jälkeen tulee tehdä uusi RAI-arviointi aina, jos potilaan tilassa tapahtuu jokin oleellinen muutos. Potilaan tilan pysyessä stabiilina uusi RAI-arviointi tehdään vähintään aina puolen vuoden välein. RAI-arvioinnin valmistuttua ohjelma antaa heti hoitohenkilökunnan käyttöön kyseistä potilasta koskevat numeraaliset sekä graafiset mittari-arvot. RAI-arvioinnit lähetetään aina puolen vuoden välein THL:lle, joka koostaa tuloksista raportteja lähettäneille yksiköille. RAI-käyttöprosessia (kuvio 2) kuntoutumista edistävässä toiminnan johtamisessa ja kehittämisessä kuvaa Vähäkangas, Niemelä ja Noro (2012a) seuraavanlaisella kuviolla.



Kuvio 2. Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen (Vähäkangas ym. 2012a)

Kehittämishankkeissa RAI:n käyttöprosessia lähdettiin kartoittamaan osastonhoitajien käyttökokemuksien pohjalta käyttäjien itsearviointina. Itsearvioinnissa yksilö arvioi omaa toimintaa ja osaamista, jolloin hän on arvioitava subjekti. Arviointi voi kohdistua omaan oppimiseen tai osaamiseen kantaa ottaen suorituksiin tai prosesseihin joissa arvioija on ollut mukana. Itsearviointi edellyttää kriittistä ajattelua omasta toiminnasta. Itsearviointiin vaikuttavat yksilön toiminnalleen asettamat tavoitteet sekä kokemus hänen omista voimavaroistaan. Itsearvioinnin katsotaan olevan hyvä oppimistilanne, koska arvioija joutuu käymään läpi osaamistaan tietoisesti. Kokeumuksena itsearviointi voi vahvistaa arvioijan ymmärrystä osaamisestaan kokonaisuutena. (Hätönen 2004, 40–42.) Itsearviointia kutsutaan sisäiseksi arviointiksi, koska se tapahtuu hankkeissa sisältäpäin. Sisäinen arviointi on yksi prosessiarvioinnin muodoista. (Anttila 2007, 48.)

3.3 Pitkäaikaishoidon RAI

Pitkäaikaishoidon RAI eli RAI LTC -ohjelma (Long Term Care) on ympärivuorokautisessa hoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa olevien potilaiden hoidon systemaattiseen tarpeen, laadun ja voimavarojen arviointiin tarkoitettu ohjelmistotyökalu. RAI LTC -ohjelman kattava perusohjelmisto tarjoaa toimivan työvälineen moniammatilliseen käyttöön ja potilaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin. (RAI-käsikirja 2004, 10–11.)

Pitkäaikaishoidossa RAI-arviointi tehdään kaikille osastolla oleville potilaille (taulukko 1), jotka ovat olleet hoidossa vähintään 14 vuorokautta ja arvioinnin tekeminen aloitetaan näiden 14 vuorokauden aikana. RAI-järjestelmän käyttöönottilanteessa arviointi tehdään kaikille potilaille samaan aikaan huomioimatta sitä, kuinka kauan potilas on ollut sairaalahoidossa. Pitkäaikaishoidossa potilaalle tehdään puolivuositainen arviointi aina kuuden kuukauden kuluttua edellisestä arvioinnista ja näin toimitaan niin kauan, kun potilas on osastolla. RAI-arviointi voidaan tehdä potilaalle aikaisemminkin, jos hänen tilassa on tapahtunut jokin oleellinen muutos parempaan tai huonompaan suuntaan. Potilaan tilan muuttuessa arviointi tulee tehdä 14 vuorokauden sisällä muutoksesta. (RAI-käsikirja 2004, 10–11.)

TAULUKKO 1. RAI-arviointien tekeminen (RAI-käsikirja 2004.)

Arviointitapa	Arviointiajankohta
Ensimmäinen arviointi	Toteutetaan 14 vrk:n aikana hoitotulosta
Puolivuositainen arviointi	Toteutetaan 6 kuukauden sisällä edellisestä arvioinnista
Vointi on muuttunut oleellisesti	Toteutetaan 14 vrk sisällä siitä, kun voinnin todetaan muuttuneen oleellisesti
Oleellinen korjaus edelliseen arviointiin	Toteutetaan, jos edellisessä, lukitussa arvioinnissa havaitaan virhe
Edellisen arvioinnin toisto	Toteutetaan, jos asiakas on aikaisemmin uloskirjattu siten, että "uloskirjaus on todennäköisesti lopullinen" tai hänen viimeisin arviointinsa on lukittu keskenään

Lahdessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa on vastuualueen johtoryhmässä määritelty palveluiden laatuindikaattorit ja näiden pohjalta johtoryhmä seuraa ja arvioi toimintaa. Indikaattorit on valittu mitattavien ja valtakunnallisesti vertailukelpoisten tunnuslukujen mukaan. Indikaattoreiden tuloksia seurataan ennalta määritellyn ajanjakson välein ja niiden tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Seurattavat laatuindikaattorit ovat yhdeksän lääkettä tai enemmän, rauhoittavien lääkkeiden käyttö, vuoteeseen hoidetut potilaat sekä aktivoivan hoitotyön vähyyks liikuntarajoitteisilla sekä käytösoire, joka vaikuttaa muihin. Näistä keskeisistä laatuindikaattoreista osastoryhmän johtotiimi nostaa keskeiset kehittämiskohteet ja tavoitteet seuraavalle kaudelle kirjattavaksi tuloskorttiin. (Pitkäaikainen laitoshoido, LKS Jalkarannan osastoryhmä 2014.)

3.4 MDS-lomake ja yleisimmät mittarit

MDS-lomake (Minimum data set) (liite 1) on RAI-arvioinnin pohja, jolla kartoitetaan vähimmäistietomäärä, jota tarvitaan pitkäaikaishoidon asiakkaan arviointia ja hoidon tarpeen kartoitusta varten. MDS-lomake on yleisesti käytössä oleva nimitys kysymyslomakkeelle. MDS-lomakkeesta voidaan koostaa erilaisia kysymyssarjoja, joilla saadaan erilaisia hoidon seurantaan tarkoitettuja mittareita. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 16, 23.) MDS-lomake sisältää neljä osiota, joita ovat henkilötiedot, sisäänkirjauksen taustatiedot, arviointitiedot ja yhteenveto. (RAI-käsikirja 2004, 19).

Jokainen MDS-arvioinnin täyttäjä vahvistaa täyttämänsä arvioinnin nimellä. Vastuuhoitaja kirjaa arvioinnin suorittamispäivämäärän potilaan tietoihin ja vahvistaa nimellään, että arviointi on kokonaisuudessaan tehty. (RAI-käsikirja 2004, 15.)

Fyysinen suoriutumiskyky

ADL-mittari (Activities of Daily Living) arvioi potilaan fyysistä suoriutumiskykyä. ADL-asteikko muodostuu neljästä toiminnosta, joita ovat liikkuminen osastolla, ruokailu, henkilökohtainen hygienia ja wc:n käyttö. Asiakkaan suoriutumiskyky on sitä heikompi mitä suuremman arvon mittaristo antaa. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Häkkinen, Laine, Vähäkangas, Kerppilä & Storbacka 2001, 18.)

IADL-mittari (Instrumental Activities of Daily Living) mittaa suoriutumista ruuanlaitosta, lääkkeiden ottamisesta, kotitaloustöistä, raha-asioiden hoidosta, ostoksista, puhelimen käytöstä sekä kulkuvälineiden käytöstä (Noro ym. 2001, 18.)

Kognitiivinen selviytyminen

CPS-mittari (Cognitive Performance Scale) kartoittaa asiakkaan kognitiivista eli tajunnallista ja tiedollista selviytymistä. CPS-mittarissa luokitus kootaan viidestä eri muuttujasta. Viisi mitattua muuttujaa ovat lähimuisti,

kyky suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, ymmärretyksi tulemisesta, kyky syödä itse ja tajunnan taso. (Noro ym. 2001, 20.)

Mieliala ja käyttäytyminen

DRS-mittari (Depression Rating Scale) kartoittaa käyttäytymiseen liittyviä oireilta, kuten ympäristöä häiritsevää käyttäytymistä. Mittauksessa käytettävät osiot käsittelevät potilaan vaeltelua, uhkaavaa ja karkeaa kielenkäyttöä, fyysistä pahoinpitelyä, kielteistä hoitoon suhtautumista sekä sosiaalisesti sopimatonta ja häiritsevää käytöstä. Arviointia tehdessä huomioidaan oireiden esiintymistiheys, oireiden muuttuvuus ja pysyvyys sekä niiden esiintyminen seitsemän vuorokauden mittaisella ajanjaksolla. Arvioinnissa huomioidaan myös oireiden tila edelliseen arviointiin nähden. (Noro ym. 2001, 22.)

Sosiaalisuuden mittaaminen

SES-mittari (Social Engagent Scale) kartoittaa sitä minkä verran arvioitavalla henkilöllä on aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta erilaisiin tapahtumiin. Mittarin luokittelu on kolmiportainen, jossa 0-arvo tarkoittaa ei aloitekykyä/osallistumista, 1–3 kohtuullista aloitekykyä/osallistumista ja 4–6 paljon osallistumiskykyä/osallistumista. (Noro ym. 2001, 22.)

Kipumittari

Kivun (Pain) ilmenemisen arviointi tulisi perustua aina asiakkaan omaan mielipiteeseen ja kokemukseen ja se onkin mahdollista keskivaikean ja vaikean dementia rajalle asti. Kognition laskiessa sille tasolle, jossa potilas ei kykene enää itse tilansa arvioimiseen tulee hoitajan tehdä arviointi potilaan puolesta huomioimalla potilaan ilmeitä ja käytöstä. Kipuasteikko on 0–3, jossa arvot ovat seuraavat: 0, ei kipua, 1, kipuja harvemmin kuin päivittäin, 2, kipuja päivittäin / kohtalainen kipu ja 3, kipuja päivittäin, ajoittani vaikea kipu / sietämätön kipu. (Noro ym. 2001, 23.)

Ravitsemustilan mittaaminen

Ravitsemustilan mittaamisessa arvioidaan potilaan riittävää ravinnon saantia. Painoindeksi (BMI= Body Mass Index) kertoo, onko potilas aliravittu, normaalipainoinen vain ylipainoinen. (Noro ym. 2001, 23.)

3.5 RAI-arvioinnin hyödynnettävyys

RAI-järjestelmä tuottaa arvioinnin tietojen pohjalta arvoja, joita hoitotyöntekijät voivat hyödyntää hoidon suunnittelussa. RAI:n avulla voidaan tarkastella hoidon mahdollisia epäkohtia ja niiden esiintyvyyttä. (Vähäkangas 2008, 53.) RAI:sta saatavia tuloksia voidaan hyödyntää asiakasohjaukseen ja henkilöstömitoituksiin osastokohtaisen asiakas- ja potilasrakennemittarin avulla, lisäksi RAI on hyvä apuväline SAS-toiminnassa, kun mietitään potilaiden jatkosijoittelua. Sairaalaolosuhteissa potilaiden ravitsemukseen, lääkehoitoon, kuntoutumiseen ja virikkeellisyyteen saadaan mitattavuutta RAI-järjestelmän avulla ja tuloksia voidaan verrata työyksikkö- tai sairaalatasolla. Osastotasolla mittaristoa voidaan hyödyntää hoitotyön suunnitteluun ja muutoksien seurantaan sekä toiminnan vertailuun. (Ripsaluoma 2007, 18; Walden 2007, 12–14.)

RAI:sta saatavan vertailutiedon avulla henkilöstö voi kehittää omaa työtään seuraamalla toimintansa vaikuttavuutta. Vertailutietoa voi hyödyntää yksikön toiminnan vahvistamisen perusteena sekä johtamisessa oikeudenmukaisten päätösten ja prosessien toteuttamisessa. Suunnitelmallisella vertailutiedon käyttämisellä voidaan henkilöstöresurssit kohdentaa yksikölle, jolla on suurin tarve henkilöstöpanostukseen. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 23.) RAI:n tavoitteena on korkea laatu, taloudellisuus ja toimiva organisaatio, jossa resursseja käytetään oikein. RAI:n ajatuksena on, että hyvin johdettu henkilökunta toteuttaa hyvää hoitoa mahdollisimman pienin kustannuksin. (Palmi & Palsson 2003, 79.) Hoidon laadun kehittymisen järjestelmän avulla katsotaan johtuvan siitä, että asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavaa hoitoa. RAI:n käytössä ajatuksena on se, että terveydenhuolto-organisaatiot voivat parantaa toimintaansa,

koska tehdyt päätökset voidaan perustaa asiakkaiden tarpeisiin. (Finne-Soveri ym. 2005, 33.)

RAI-järjestelmä toimii apuvälineenä hoitotyön johtajille sekä kunta-päätäjille. RAI:n avulla hoitotyön johtajat pystyvät seuraamaan toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. RAI tarjoaa hoitotyönjohtajille erityisiä tunnuslukuja asiakasrakenteen hahmottamiseen muun muassa mittaamalla hoidon vaatimia voimavaroja hoitopäivää kohti ja luokittelemalla asiakkaan kliinisiä ongelmia ja henkilökunnan ajankäyttöä. Luokittelun avulla voidaan hahmottaa myös hoitohenkilökunnan osaamista ja tarpeen määrää. (Finne-Soveri ym. 2005, 22–23.) RAI-järjestelmä on ainoa kansainvälinen validoitu laatumittaristo ja se luo kiinnostavan ja selkeän tavan esittää erilaisia tunnus- ja vertailulukuja erilaisiin vanhustenhuoltoon koskeviin päätöksentekotilanteisiin. (Rip-saluoma 2007, 18; Walden 2007, 12). Dahlmanin ja Takasen (2009, 59) mukaan esimiehet eivät kuitenkaan käytä RAI-arviointijärjestelmää täysipainoisesti työssään, vaikka se koettiin tärkeäksi ja merkittäväksi työkaluksi hoitotyön johtamisessa.

RAI-järjestelmä ei objektiivisuudestaan huolimatta kykene mittaamaan elämän laatua, mutta oikein täytetty arviointi ja sen hyödyntäminen voi parantaa merkittävästi hoidon tasoa. RAI-arvioinnin hyödyt tulevat parhaiten esiin, kun arviointien teko toteutetaan oikein ja säännöllisesti. (Palmi & Palsson 2003, 79.)

RAI-arviointeja on hyödynnetty Lahden kaupungin terveystalouksissa muun muassa vanhusten lääkehoidon arvioinnissa. Kaupungissa oli käynnissä 2014–2015 projekti, jossa RAI-järjestelmää hyödynnettiin lääkehoidossa olevien ongelmien tunnistamisessa ja seurannassa. Lääkehoidon kokonaisuuksien tarkastelu on noussut tärkeäksi asiaksi nyt, kun pitkäaikaista laitoshoidoa ollaan purkamassa. Projektin seurauksena monen vanhukset vointi koheni, mikä vähensi esimerkiksi päivystyskäyntejä ja millä taas on nähtävissä yhteiskunnallisiakin vaikutuksia. (Tuomisto 2016.)

3.6 RAI terveydenhuollon lähijohtamisessa

Saloniemi (2012) on tutkinut osastonhoitajien keskeisiä osaamisalueita. Näitä ovat hänen mukaansa henkilöstöjohtaminen, toiminnanjohtaminen, talouden hallinta ja kehittämistoiminta. Lähiesimiehet ovat johtamisportaassa lähimpänä toimintakäytäntöjä, jolloin heillä on keskeinen rooli strategioiden jalkauttamisessa. (Saloniemi 2012, 47.) Aarvan mukaan (2009) terveydenhuollossa lähijohtajan keskeisiin tehtäviin kuuluu henkilöstöhallinto, toiminnansuunnittelu ja -seuranta työnjohtamisen ja ohjaamisen ohella. Lähijohtajan roolina on seurata tuloksia ja valvoa, että työyhteisössä toimitaan sääntöjen mukaan. (Aarva 2009, 193, 198.)

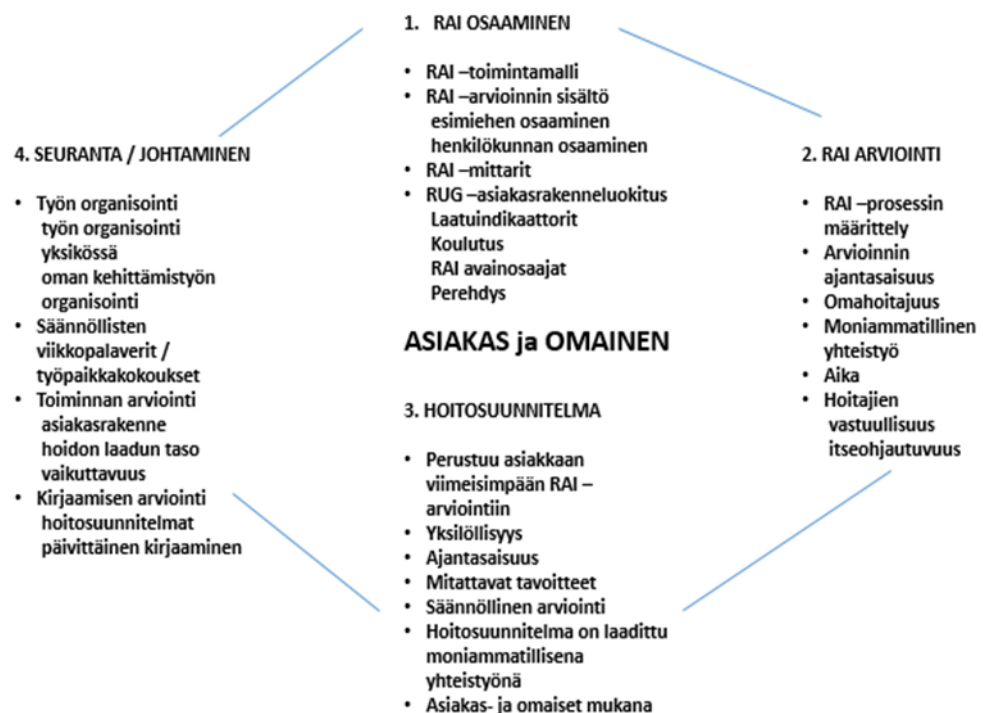
Lähijohtajan paikka organisaation alimpana johtajana tarkoittaa sitä, että toiminta sijoittuu lähelle yksikön toiminnallista tasoa. Lähijohtajien täytyy tehtävässään osata jalkauttaa asetetut tavoitteet toimimaan käytännössä. Lähijohtajia ohjaavat monet säännöt ja määräykset ja heillä on vähän mahdollisuutta käyttää päätös- ja harkintavaltaa. (Isosaari 2008, 203.)

Terveydenhuollossa on tänä päivänä käytössä erilaisia tietojärjestelmiä ja Saloniemen (2012) mukaan osastonhoitajan työssä korostuu tulevaisuudessa taito suodattaa tarvittavaa tietoa järjestelmistä. Tietotulvasta osastonhoitajien tulee pystyä löytämään oleelliset tiedot ja välittää sitä henkilökunnalle. (Saloniemi 2012, 58–60.) Huttusen (2013) mukaan sähköisten järjestelmien lisääntyminen tuo koulutuksen tarvetta esimiehille, jotta järjestelmistä saadaan paremmin niiden tarjoama hyöty irti (Huttunen 2013, 25–26).

RAI-järjestelmän käyttöönotossa lähijohtajat ovat keskeisessä asemassa valvomassa käyttöönoton etenemistä ja luomassa edellytykset sille, että RAI tulee osaksi hoidonsuunnitteluprosessia. Johtajan tehtäviin kuuluu RAI:sta saatavien tietojen hyödyntäminen johtamisen apuvälineenä strategioiden mukaisesti. Hyödyntämisen onnistuminen vaatii sen, että lähijohtajan täytyy hallita RAI-järjestelmä kokonaisuudessaan. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012a, 12, 24.) Innan (2015) mukaan esimiehen rooli RAI:n

käytössä on ottaa vastuu ohjelman käytöstä, perehdyttämisestä sekä hyödyntämisestä, yksikkö- sekä asiakastasolla. Esimiehen tehtäviin kuuluu käydä läpi arvioinnit yksikössään ja nostaa niiden pohjalta kehittämiskohteita. Järjestelmän hyvä tunteminen auttaa henkilökunnan tukemisessa RAI:n käytössä. Esimiehen tehtävänä on huolehtia henkilökunnan osaamisen ylläpitämisestä.

RAI-arvioinnin luotettavuudesta ja sen turvaamisesta Vähäkangas ym. (2012b) on esittänyt RAI vertailukehittämisen -seminaarissa kuvion (kuvio 3), jossa luotettavuuteen liittyvät osa-alueet näkyvät selvästi.



Kuvio3. RAI-arvioinnin luotettavuus ja sen turvaaminen (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012b).

Vähäkangas ja Niemelä (2015) ovat listanneet lähijohtajille kuuluvat vastualueet RAI:n käytössä. Listattuina ovat muun muassa seuraavat asiat: 1) lähijohtajien tulee varmistaa, että RAI-arvioinnit ovat luotettavia, 2) asiakkaan toimintakykyarviointi on tehty moniammatillisesti ja kuntoutumisen mahdollisuudet on huomioitu, 3) esimiehen tulee varmistaa, että asiakas

saa tarkoituksenmukaista sekä laadukasta hoitoa ja moniammatillinen työpanos on asianmukainen, 4) hänen tulee huolehtia siitä, että asiakkaalle on laadittu tarkoituksenmukainen harjoitus- ja kuntoutussuunnitelma, 5) kehittää yksikön aktiivisuutta ja toimintaa, 5) tarkkailla vuoteeseen hoidettavien potilaiden määrää sekä 6) seurata kuntoutumista, toiminnan tuloksia ja vaikuttavuutta asiakasrakenne ja -resurssit huomioiden. (Vähäkangas & Niemelä 2015, 139.) Finne-Soverin (2015) mukaan RAI:n tuloksen käyttökelpoisuus riippuu täysin siitä, miten järjestelmää käytetään eli ovatko arvioinnit oikein täytettyjä, hyödynnetäänkö tulokset käytännössä yksiköissä, organisaatioissa sekä kunnissa. (Finne-Soveri 2015, 163.)

Terveydenhuollossa johtajan työ on johtaa yksikköään niin, että se tuottaa odotetut palvelut taloudellisesti ja kustannustehokkaasti. Terveydenhuollon kustannusten nopea kasvu on lisännyt johtamisen haasteita palveluiden tuottamisen ja toimivuuden turvaamiseksi sekä henkilöstön osaamisen ja riittävyuden varmistamiseksi. Johtaminen kohdistuu tällä hetkellä muutoksen ja talouden johtamiseen meneillään olevien kunta- ja palvelurakennemuutoksien vuoksi. (Heikka 2008,101.) Riekkö, Salonen ja Uusitalo (2010) ovat tutkineet lähijohtajuutta sosiaali- ja terveysalalla ja heidän tutkimuksensa mukaan lähijohtajilla on keskeinen rooli terveydenhuollon muutoksien toteuttamisessa. (Riekkö, Salonen & Uusitalo 2010, 69–70)

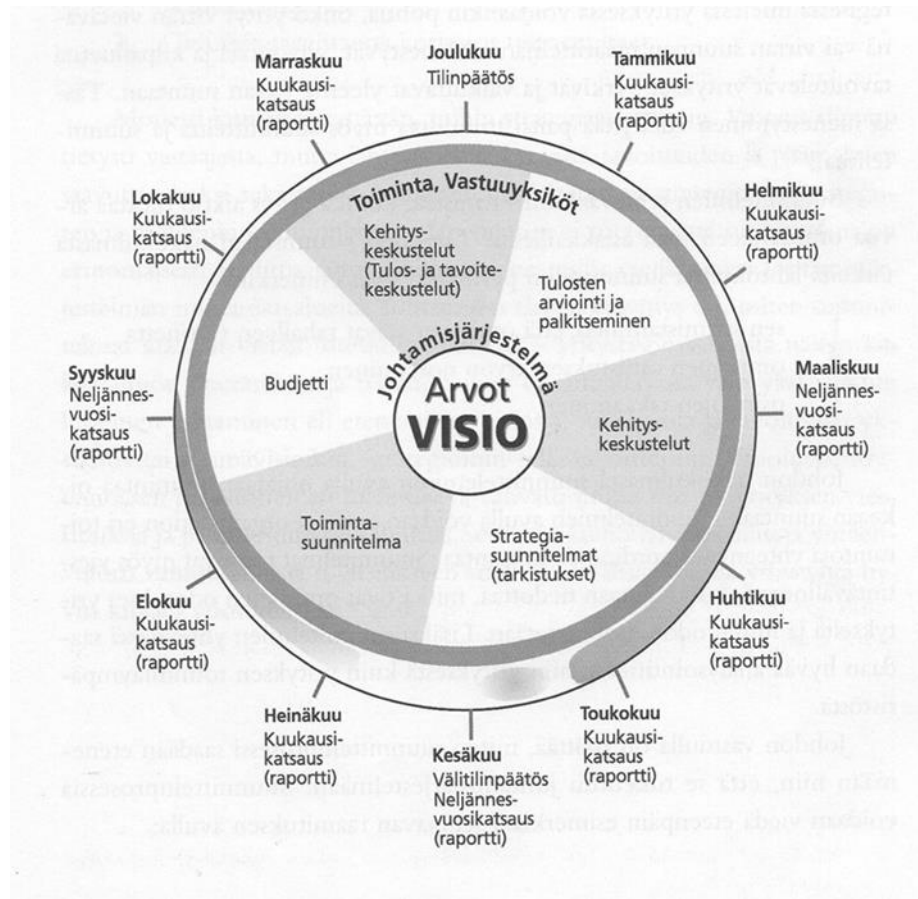
Lähijohtajan toimenkuvaan kuuluu turvata yksikössään sellaiset henkilövoimavarat, joilla varmistetaan asiakkaille toimintakykyä ja hoitoisuutta vastaava hoito. Hoitohenkilökunnan määrää ei säädetä tällä hetkellä laissa. Kuitenkin hoitohenkilökunnan määrästä on annettu laatusuositus, jonka mukaan ikäihmisten palveluja toteutettaessa henkilökunnan vähimmäismäärä tulisi olla 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. RAI-tietokantojen mukaan palvelutaloissa henkilöstömitoitus ylittää edellä mainitun tason. (Vuotilainen 2010.)

4 VUOSIKELLO JOHTAMISEN APUVÄLINEENÄ

Vuosikelloa käytetään johtamisen apuvälineenä ja jokaisella yrityksellä tai organisaatiolla pitäisi olla oma vuosikello. Vuosikellossa yhdistyvät johtamisen eri osa-alueet ja talouden suunnittelu sekä aikataulujen, että sisällön osalta. Kelloa voidaan noudattaa joko tietoisesti tai tiedostamatta. Mikäli vuosikelloa noudatetaan tietoisesti, pystytään aikatauluttamaan vuoden aikana tapahtuvat toiminnot ja toteuttamaan ne organisoidusti ja hallitusti. Vuosikello auttaa myös yksittäistä työntekijää tai organisaation yksikköä sitomaan omat toimintansa yrityksen yhteisiin tapahtumiin. Hyvin suunnitellulla vuosikellolla voidaan säästää aikaa yrityksen organisaatiossa eri tasoilla. (Alhola & Lauslahti 2005, 62.) Vuosikellolla voidaan konkreettisesti sitoa erilaisia kehittämistoimia yritysten tai organisaatioiden normaaliksi toiminnaksi. Vuosikellon laadinnalla voidaan varmistaa strategisten toimintojen toteutuminen toivottuna ajankohtana toimintaan nähden. Vuosikellon avulla voidaan ennakoida muutoksia ja varautua niihin sekä panostaa tarvittavat resurssit oikea-aikaisesti. (Koskinen 2006, 86.)

Surakka ja Laine (2011, 120–121) esittävät, että vuosikello rytmittää toiminnan suunnittelua ja luo pohjan yhteistyölle, jonka avulla koko organisaatiossa varmistetaan yhteinen suunta. Vuosikelloon kuvataan koko organisaation läpi kulkevat johtamisen pysyvät elementit. Nikkilän ja Paasivaaran (2007) mukaan vuosikelloa voidaan käyttää myös tarkastuspisteinä, jolloin esimerkiksi tammikuussa voidaan tarkastaa, ovatko kaikki edellisen vuoden suunnitelmat toteutuneet. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 70.)

Vuosikellossa on useita kerroksia (kuvio 4). Ytimessä ovat organisaation arvot ja visiot, toisessa kerroksessa johtamisjärjestelmän eri osa-alueet ja kolmannessa kerroksessa esimerkiksi yksikön omat tärkeät toimenpiteet. Vuosikello ohjaa näin ajankäyttöä ja helpottaa vuotuisten tapahtumien hahmottamista. (Alhola & Lauslahti 2005, 62.)



KUVIO 4. Vuosikellon rakenne-esimerkki (Alhola & Lauslahti 2005, 63).

Leskinen on tutkinut terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalveluiden kehittämistä ja tuloksissa tuli selvästi esille se, että terveydenhuolto-organisaatiot hyödyntävät tänä päivänä huonosti informaatioteknologiaa ja sen suomia mahdollisuuksia ja palveluja. Teknologiapalveluiden kehittäminen vaatii toiminnan ja palveluiden tehostamista sekä kehittämistä. Tällaisten järjestelmien kehittäminen tarkoittaa, että niukkoja resursseja voidaan kohdentaa oikein ja organisaation toimintaa ja palveluja voidaan tehostaa. (Leskinen 2008, 98.) Tässä kehittämishankkeessa on tarkoituksena, että valmistuva vuosikellomalli auttaa osastohoitajia hyödyntämään RAI-järjestelmää työssään enemmän.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää vuosikellomalli RAI-ohjelmiston käyttöön Lahden kaupungin vanhustenpalveluille ja kuntoutukselle.

Tarkoituksena on, että vuosikello auttaa uusia RAI:n käyttäjiä oppimaan nopeammin RAI:n käyttöä ja ymmärtämään sen hyödyt työssään. Vuosikellon tarkoituksena on yhdenmukaistaa RAI:n käyttöä, jolloin vertailu olisi yhdenmukaisempia.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

6.1 Toimintatutkimus kehittämishankkeessa

Toimintatutkimuksessa pyritään teorian ja käytännön yhdistämisellä ratkaisemaan toiminnallisissa ympäristöissä olevia ongelmia sekä aikaansaamaan muutos. Kehittäjä toimii koko prosessin ajan vuorovaikutuksessa tutkittavan yhteisön kanssa. Toimintatutkimus kuvataan prosesseina, jossa on syklisiä vaiheita, joita ovat kartoitus-, prosessointi-, sitoutumis-, suunnittelu-, toteutus- sekä arviointivaihe. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 1,114–115.) Toimintatutkimuksessa kehittäminen nähdään toimintana, joka pyrkii konkreettisesti selkeän tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen tähtää asioiden parantamiseen tai korjaamiseen sisällyttäen uusien ideoiden keksimistä, niiden levittämistä ja vakiinnuttamista. Hanke pohjainen toiminta on ajallisesti jatkumo ja sille määritellään tavoitteet, toimintatavat sekä arviointimenetelmät. (Toikko & Rantanen 2009, 14–16.)

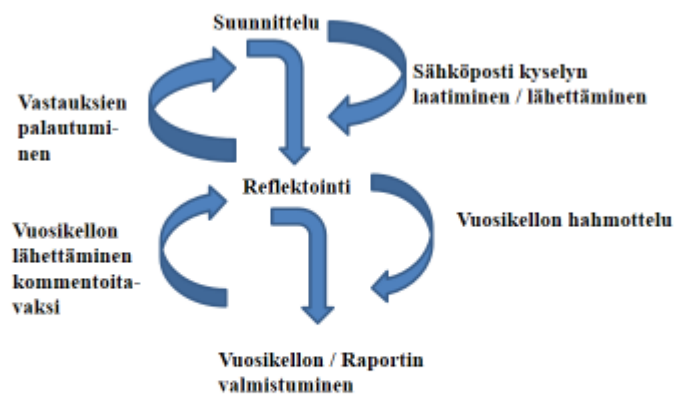
Toimintatutkimuksessa kehittämistoiminta alkaa suunnittelulla, jota seuraa organisointi, toteutus ja arviointi. Prosessin toiminta jatkuu kehän muodostumisen jälkeen toistuen samanlaisena ja näin eteneminen jatkuu spiraalimaisina sykleinä. Kehittämistoiminnan tulokset arvioidaan tällaisessa spiraalimallissa aina uudelleen ja uudelleen. Arviointien perusteella toimintaa voidaan muuttaa ja näin kehittämistoiminta on jatkuva prosessi. Tällainen spiraalimallinen kehittämistoiminta näkyy erityisesti toimintatutkimuksissa. Spiraalimallin käyttö edellyttää pitkäjänteisyyttä ja mukautumista muutoksiin kehien täydennettyä toinen toisiaan. Arviointi osuu reflektiovaiheeseen, jossa varsinainen kehittyminen tapahtuu. Kehittämistoiminnan tuloksellisuus näkyy parhaiten kehien määrässä ja siinä montako niistä ehdittää toteuttaa toiminnan aikana. (Toikko & Rantanen 2009, 66–67.)

Toimintatutkimus tehdään tutkittavassa ympäristössä yhteistyössä siellä toimivien ihmisten kanssa, osallistaen heidät arvioimaan ja kehittämään omaa työtään yhdessä tutkijakehittäjän kanssa. Toimintatutkimus tähtää toimintojen parantamiseen, osallistujien ymmärryksen lisäämiseen tutkittavasta asiasta tai tilanteiden parantamiseen. Osallistuminen ja muutokseen

pyrkiminen on oleellinen osa toimintatutkimusta. Toimintatutkimuksen ajatuksena on, että toiminnan tekeminen tai ymmärtäminen sekä kehittäminen voi alkaa vain pohtimalla ja refleктоimalla omaa toimintaa tai kokemuksia. Toimintatutkimuksen käynnistyttyä se muotoutuu prosessiksi, jonka tavoitteena on toiminnan parantaminen. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 35, 39.)

6.2 Toimintatutkimuksen eteneminen kehittämishankkeessa

Tämä kehittämishanke eteni spiraalimaisesti (kuvio 5). Spiraalimaiselle etenemiselle on ominaista ryhmässä tapahtuva toiminta, joka etenee suunnittelusta, toiminnan kautta havainnointiin ja reflektointiin. Tällaisia vaiheita sisältävät kehät seuraavat toisiaan. Hankkeen etenemistä ja kasassa pysymistä valvoo tutkija / kehittäjä ja hänen tehtäviinsä kuuluu johdattaa toimintaa eteenpäin. (Anttila 1998.)



Kuvio 5. Kehittämishankkeen spiraalimainen eteneminen (Mukailtu Toikko & Rantanen 2009, 67.)

Aiheen etsimisen kehittämishankkeelleni aloitin (Kuvio 6) työorganisaatiostani. Otin yhteyttä oman työyksikköni sairaalapalvelupäällikköön kysyäkseni häneltä mahdollista aihetta kehittämishankkeeseeni. Sairaalapalvelupäällikkö yhdessä RAI-suunnittelijan kanssa esittivät minulle aiheeksi työhön valittua aihetta. Aihe tuntui minusta mielenkiintoiselta, koska toimin itse organisaatiossa yhtenä RAI:n varapääkäyttäjistä.



KUVIO 6. Kehittämishankkeen eteneminen

Aiheen löydyttyä hain kehittämishankkeelleni hyväksynnän opettejaltani aiheseminaarissa sekä tutkimusluvan sairaalapalvelupäälliköltä. 2014 alkuvuoden käytin aineiston hakemiseen erilaisista tietokannoista. Hain erityisesti tutkittua tietoa väitöskirjojen ja tutkimusten muodossa. Aikaa käytin myös suunnitelmaraportin kirjoittamiseen sekä haastattelun suunnitteluun. Suunnitelmaseminaarin pidin kesäkuussa 2014. Suunnitelmaseminaarin

jälkeen hankkeeseen tuli muutos tutkimusmenetelmän suhteen. Alkuperäisessä hankesuunnitelmassa tarkoituksena olleen haastattelun tilalle vaihtui kysely. Tutkimusmenetelmän vaihtuminen johtui kohdeorganisaatiossa tapahtuneista suurista organisatorisista muutoksista. Haastateltaviksi suunniteltujen kymmenen osastonhoitajan työyksiköt muuttuivat organisaatiomuutoksessa erilleen ympäri kaupunkia oleviin yksiköihin. Näistä muutoksista johtuen haastattelun toteuttaminen ei onnistunut, koska haastateltavien osastonhoitajien saaminen samaan aikaan samaan paikkaan ei ollut enää mahdollista. Tästä syystä päädyin siihen, että kehittämishankkeessa käytettävän materiaalin kerään sähköpostikyselyllä. Halusin kuitenkin käyttää hankkeeseen jo valittuja osastohoitajia kohderyhmänä, koska valitut osastonhoitajat oli päätetty yhdessä RAI-suunnittelijan kanssa huomioiden heidän osaamisensa ja kiinnostuksensa RAI-järjestelmää kohtaan. Olin keskustellut kyselyn kysymyksien sisällöstä RAI-suunnittelijan sekä ohjaavan opettajan kanssa. Heidän kanssaan olimme todenneet niiden kartoittavan hyvin hankkeen kannalta oleellisia asioita.

Tutkimusmenetelmän vaihtumisen jälkeen kehittämishanke eteni lokakuussa 2014 sähköpostikyselyn lähettämisenä hankkeeseen osallistuville osastonhoitajille. Kyselyn mukaan liitin saatekirjeen (liite 2), jossa kerroin kyselyn taustoista ja tarkoituksesta. Kehittämishankkeeseen valitut pitkäaikashoidossa työskentelevät osastonhoitajat käyttivät työssään RAI LTC -ohjelmaa, johon kehittämishanke kohdentui. Osastonhoitajien työyksiköt olivat Jalkarannan sairaalan vuodeosastolla, Lepolakodissa, Onnelanpolun palvelutalossa sekä Lehtiojan palvelutalossa. Tutkija / kehittäjänä minulla ei ollut kokemusta RAI:n käytöstä osastonhoitajan työvälineenä, joten sitä tietoa sekä käyttökokemuksia halusin ja tarvitsin osastonhoitajilta. Kysely sisälsi neljä avointa kysymystä, joihin toivoin essee-tyyppisiä vastauksia. Osastonhoitajille asetetut kysymykset olivat seuraavat:

1. Miten hyödynnät RAI-järjestelmää ja sen antamia tuloksia osastonhoitajan työssä?
2. Mitä olet kokenut RAI:n käytössä hankalaksi / vaikeaksi tai erityisen positiivisena?

3. Miten mielestäsi RAI:n käyttöprosessissa voisi parantaa tai kehittää?
4. Onko jotain muuta mitä koet tärkeäksi tuoda esiin RAI:hin liittyen?

Kyselyn vastaamiseen annoin vastausaikaa marraskuun loppuun saakka. Ajattelin, että kuukauden vastausaika oli riittävä, jotta kysely ei unohdu vastaajilta. Puolesta välissä vastausaikaa lähetin vastaajille kyselyn paperiversiona muistutuksena kyselystä. Tässä kehittämishankkeessa vastauksia palautui kahdeksalta osastonhoitajalta. Näiden vastauksien pohjalta aloitin vuosikellomallin suunnittelun marraskuun lopussa. Lähetin vuosikellon sähköpostitse osastonhoitajille kommentoitavaksi 17.8.2015. Myös tähän laitoin liitteeksi saatekirjeen (liite 3). Kaksi osastonhoitajaa palautti mielipiteensä vuosikellosta.

RAI-suunnittelija kulki tukenani koko kehittämisprossin ajan ja antoi arvokkaita mielipiteitä ja ehdotuksia kyselylomakkeeseen sekä vuosikellon sisältöön. Palautteen ja keskustelun huomioiden muutin hieman suunnittelemani vuosikellon sisältöä. Vuosikellon suunnittelulle ja pohdinnalle sen sisällöstä ja muodosta käytin paljon aikaa. Suunnittelun pohjana käytin RAI:ssa ohjelman sisällä olevia säännöllisiä toimintoja ja kyselyn vastauksia. Tämän sisällöltään valmiin vuosikellon lähetin sisustusarkkitehtitoimisto Karelldesignin muokattavaksi haluamaani muotoon. Raportin viimeistelyä jatkoin helmikuun 2016 loppuun asti. Koko prosessin aikana kirjoitin raporttia muun toiminnan rinnalla. Kehittämishankkeen aikana käytin hyväkseni työn etenemisessä ja muodostumisessa ryhmäohjauksissa saamaani palautetta.

6.3 Kysely kehittämishankkeessa

Kysely on yleisesti käytössä oleva aineiston hankintatapa, jolla voidaan kuvata suurien joukkojen käsityksiä ja mielipiteitä. Kyselyä voidaan käyttää tilanteiden, olosuhteiden ja käytänteiden tarkasteluun sekä vertailuun. Kyselyn toteuttaminen on taloudellista eikä se tuota tutkijalle kohtuuttomia kustannuksia, vaikka tutkittavana olisi suuri joukko. Kyselytutkimuksessa

aineisto kerätään tavallisimmin siihen laaditulla lomakkeella ja kyselyn lähtökohtana on ajatus siitä, että vastaajat ovat rehellisiä vastauksissaan. Kyselyn ongelmana nähdään se, että kaikki valitut vastaajat eivät halua tai viitsi vastata kyselyyn ja tästä syystä vastauksien takaisin palautuminen on epävarmaa. (Anttila 1998.)

Kyselyä laatiessa on syytä tarkastella sitä, mitä tietoa halutaan. Kysymyksen muotoutuminen riippuu oleellisesti siitä, mitä tietoa kysymyksillä pyritään saamaan. Kysymyksiä miettiessä on oleellista ottaa huomioon, että ne kartoittavat haluttua asiaa. (Robson 2001, 73, 131, 156). Kysymyksiä tulee pohtia tiedonhankinnallisista näkökulmista huomioiden käytössä olevat resurssit (Virtanen 2007, 158).

Kyselytutkimus valikoitui tähän kehittämishankkeeseen menetelmäksi, koska kyselytutkimuksella saavutettiin kohdejoukko helposti. Tässä kehittämishankkeessa kohteena oli vuoden 2011 alusta käyttöön otettu RAI-järjestelmä, joka on jo osittain vakiintunut käytössä. RAI-järjestelmää tarkastellaan siitä näkökulmasta, miten osastonhoitajat käyttävät järjestelmää hyödyksi omassa työssään. Kyselyllä haettiin tietoa siitä, miten toimintaa voitaisiin kehittää ja kuinka uusia RAI-järjestelmän käyttäjiä voitaisiin helpottaa pääsemään alkuun RAI:n käyttöönotossa. Kyselyyn osallistujat valikoituivat RAI-suunnittelijan kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Kyselyn postitin kymmenelle pitkäaikaishoidossa työskentelevälle osastohoitajalle.

Kyselyn aineiston keräämisessä käytettyjen kysymyksen muoto oli avoin. Avoimien kysymysten etuina on vastaajien mahdollisuus tuottaa omia ideoita sekä tuoda oma mielipide kokonaisuudessaan esiin. Negatiivisena puolena on, että usein kaikkiin kysymyksiin ei vastata ja vastaukset voivat olla suppeita tai ne on kirjoitettu aiheen vierestä. (Vastamäki 2010, 128.) Kysely voidaan toteuttaa postitse tai internetissä, joka on hyvä tapa kerätä aineistoa silloin, kun osallistujia on paljon tai heidän sijaintinsa toisistaan on etäinen. Ongelmaksi kyselyn toteuttamisessa nähdään se, että vastauksien palautuminen jää helposti alhaiseksi ja vastauksien takaisin saaminen on usein hidasta. Huono vastauksien palautuminen voi johtaa siihen, että tekijän täytyy tehdä uusintakysely. (Vilkkä 2007, 28.)

Sähköpostikyselyssä osastonhoitajat arvioivat saamiensa kysymysten pohjalta RAI:n käyttöä itsearviointina. Kyselyn toteuttaminen sähköpostilla verkossa on taloudellinen tapa tehdä tutkimusta. Sähköpostivastaus on suoraan tutkijan käytettävissä, jolloin litteroinnissa mahdollisesti tapahtuvat virheet jäävät pois. Sähköpostikyselyn vastausprosenttiin saattaa vaikuttaa vastaajien ikä, koulutustaso ja muut vastaavat seikat, koska vastaajat eivät välttämättä koe sähköpostin käyttöä luontevaksi käyttöä. (Valli 2010, 113.) Kyselyssä vastaajilla oli mahdollisuus itse valita ajankohta vastaamiselle sekä päättää vastaamiseensa käyttämä aika.

Kysymyksiin haettiin essee-tyyppisiä vastauksia. Essee on tarkka monista eri näkökulmista tehty kirjoitelma, jossa kirjoittaja tuo persoonallisella tavalla sanottavansa esille. Essee-vastauksella haetaan aina enemmän tekstisisältöä kuin referaatilla. Essee-vastauksessa pituus ei ratkaise laatua vaan sisältö. (Korppinen, Korpinen & Pollari 1994, 63, 65.)

Kysymyksillä hain tietoa siitä, millä tavalla kukin osastonhoitaja käyttää RAI:ta hyödyksi työssään ja onko heidän RAI:n käytössä eroavaisuuksia toisiinsa nähden. Eroavaisuuksia RAI:n käytössä voi selittää toinen kysymys käytön hankaluudesta ja vaikeudesta. Kolmannella kysymyksellä halusin kartoittaa sitä, onko ohjelman käyttöprosessissa osastonhoitajien mielestä parannettavaa. Neljännen kysymyksen oli tarkoitus antaa mahdollisuus tuoda esiin asioita, joita osastonhoitajat kokivat tärkeiksi kertoa RAI:n käytöstä. Vastauksien sisällöt olivat varsin vaihtelevia aina ranskalaisista viivoista laajoihin taulukointeihin asti. Kyselyn vastauksista löytyi tietoja myös siitä, millaisia toistuvia toimintoja RAI:n käyttämisessä osastonhoitajilla on ja niitä käytin apuna vuosikellon suunnittelussa.

6.4 Aineiston teemoittelu

Aineiston analysointi voidaan toteuttaa teorialähtöisesti, jolloin aineisto voidaan luokitella sitä ohjaavan teeman tai käsitekartan mukaisesti. Analyysi antaa mahdollisuuden luokituksien ja kategorioiden rakentamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113.) Kanasen (2008) mukaan avoimia kysy-

myksiä käytettäessä vastaukset voidaan luokitella teemoittain. Teemoittelussa on mahdollista nostaa pelkistäen aineistosta nousseita esimerkkejä. Teemoittelussa nimettyjen teemojen alle kootaan aineistosta siihen liittyvät kohdat ja loppuraportissa teemojen kanssa esitetään aitoja vastauksia sitaateissa. (Kananen 2008, 91.) Teemoittelussa on hyvä kiinnittää huomiota vastauksien sisältöön. Kyselyn tekijän tulee analysointivaiheessa käyttää mielikuvitusta, joka ei onnistu, jos tekijä ei osaa erilaisia tutkimusmenetelmiä ja niiden soveltamista. Kehittämishankkeessa tekijän tulee pyrkiä etsimään aineistostaan asiayhteyksiä, yhdistäviä teemoja ja riippuvuussuhteessa olevia ilmiöitä. Aineistosta on siis tehtävä johtopäätöksiä suhteutettuna aikaan, paikkaan ja toimintaympäristöön. (Virtanen 2007, 158.)

Kehittämishankkeessa analysoin sähköpostikyselyn vastaukset teemoittamalla. Aineiston käsittelyn aloitin lukemalla saamiani vastauksia moneen kertaan pohtien samalla hankkeen kannalta esiin nousevia asioita vastauksista. Aineiston analysoinnissa poimin vastauksista alkuperäisilmaisuja, jotka tiivistin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyistä ilmaisuista johdin alaja yläteemoja. Päätelmien ryhmittelyssä teemoina toimivat esitetyt kysymykset. Ensimmäisen avoimen kysymykset teemoittelun esitän liitteenä (liite 4), samanlaista teemoittelua käytin kaikissa vastauksien analyseissä.

7 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

7.1 Kyselyn tulokset

Kyselyn lähetin kymmenelle osastonhoitajalle, joista kyselyyn vastasi kahdenksan, kaksi jätti kokonaan vastaamatta. Seuraavassa esitän kyselyn tulokset kyselyssä olleiden avointen kysymyksien mukaisesti.

Miten hyödynnän RAI-järjestelmää ja sen antamia tuloksia osastonhoitajan työssä?

Osastonhoitajat hyödyntävät RAI:ta monella tavalla työssään ja analyysissä nousi kolme yläteemaa RAI:n hyödyistä lähijohtamisesta. Teemat olivat: **potilas, toiminta ja johtaminen.**

Potilas

RAI-mittareiden avulla osastonhoitajat toivat vastauksissaan esille, että he pystyivät mittareiden avulla seuraamaan hoidossa olevien potilaiden kokonaisvaltaista kuntoisuutta, toimintakykyä ja hoitoisuutta. Mittareista koettiin saatavan hyvää tietoa esimerkiksi potilaiden kiputilanteesta sekä heidän käytössä olevasta lääkityksistä. RAI:n tulosten pohjalta osastoilla pystyttiin tekemään potilaille lääkitysten kokonaisarviointeja. Positiivisena koettiin se, että RAI:n avulla ensimmäistä kertaa saadaan näkyväksi potilaiden hoitoisuus ja toimintakyky.

Seuraan potilaiden kokonaisvaltaista kuntoa, toimintakykyä, rauhoittavien/unilääkkeiden käyttöä, avun tarvetta.

Toiminta

RAI:n antamia tuloksia pystyttiin hyödyntämään osaston toiminnassa tuloskorttien- ja hoitosuunnitelmien laatimisessa sekä tavoitteiden saavuttamisen seurannassa. Laatumittareiden tuloksia hyödynnettiin potilaan oikeaa hoitopaikkaa pohdittaessa sekä osastolla olevien henkilöstöresurssien tarpeen, käytön sekä koulutuksien suunnittelussa. RAI:n asukasraportit antoivat hyvän kokonaiskuvan yksikön toiminnasta ja siten helpottivat yksiköiden profiloiteja ja toiminnan ohjausta.

Katson sovittujen tavoiteindikaattorien tuloksia ja puutun poikkeamiin.

Johtaminen

Osastoilla pidettiin mittareiden ja palauteraporttien pohjalta kokouksia, joissa käsiteltiin tuloksissa esille tulleet huonot sekä hyvät poikkeamat edelliseen arviointiin nähden. Osastonhoitajat kertoivat vastauksiaan, että THL:n palauteraportit käydään aina läpi puolivuositain työyksiköissä ja saatuja tuloksia käytetään vertailukehittämisessä. RAI:n pohjalta vertailua tehdään vuosittain yksikön sisällä, osastojen välillä sekä valtakunnallisesti, mutta myös potilastasolla.

Tulosten avulla saan tietoa hoitotyön laadusta ja kehittämis-kohteista.

Mitä olet kokenut RAI:n käytössä hankalaksi/vaikeaksi tai erityisen positiivisena?

Osastonhoitajat toivat esiin paljon hankaluuksia RAI:n käytössä. Yläteemoja muodostui kolme ja ne olivat: **Käyttöönottoaminen, käyttö ja ohjelmisto.**

Käyttöönottoaminen

RAI:n käyttöönottamisessa hankalaksi tai vaikeaksi osastonhoitajat olivat kokeneet sen, että ensimmäisen RAI-arvioinnin täyttäminen osuu harvoin saman hoitajan kohdalle, mikä aiheuttaa sen, ettei tekemiseen pääse syntymään rutiinia, joka helpottaisi arvioinnin täyttämistä. Moni osastonhoitajan oli kokenut, ettei hän itse ollut saanut RAI:n käytöstä riittävästi koulutusta arvioinnin täyttämisen ja hyödyntämisen osalta.

Pitkäaikaispuolella potilaan ensimmäinen RAI osuu harvemmin kohdalle. Rutiinia ei tule ja siksi tekeminen koetaan hankalaksi.

Käyttö

Koulutuksen puutteen nähtiin vaikuttavan siihen, etteivät vastaajat kokeneet osaavansa olla alaisilleen avuksi ongelmatilanteissa. Osastonhoitajat olivat kiinnittäneet huomiota siihen, että hoitajat eivät oma-aloitteisesti hyödynnä työssään RAI:sta saatavia tuloksia. Puutteena nähtiin myös uusien työntekijöiden vaillinainen perehdyttäminen etenkin RAI:n tulkinnan ja hyödyntämisen osalta.

Koen, ettei vielä tarpeeksi osaamista hyödyntää RAI:n tuottamaa tietoa, tunnuslukuja ja tuottavuuslukuja omassa yksilössä eli koulutus esimiehille vielä paikallaan.

Ohjelmisto

RAI-arvioinnin täyttäminen, lukeminen ja tulkinta koettiin vaikeaksi ja rasokkaaksi. Osastonhoitajien vastauksista tuli esille, että psykiatrisen ja käytöshäiriöisen potilaan oirekuva ja hoitoisuus eivät nouse tarpeeksi selvästi esiin tuloksista. Organisaatiomuutoksessa yksiköissä muuttuneet profiilit ovat aiheuttaneet vaikeuksia ohjelman käytössä.

Psykiatrisen ja käytöshäiriöisen potilaan oirekuva ja hoitoisuus eivät jotenkin nouse esiin. He ovat usein hyvin liikkuvia jne. mutta hoitoisuus liittyykin psyykkisiin- ja käytösoireisiin

Vastauksissa missä haettiin positiivista RAI:n käytössä, nousi esiin kaksi teemaa, jotka olivat: **käyttö** ja **ohjelmisto**.

Käyttö

Positiivista RAI:n käytössä oli vastaajien mielestä se, että RAI:n tulokset tuovat konkreettisesti esille tietoa, jota voi käyttää hoidon suunnitteluun tai hoitoneuvottelun tukena. RAI:sta saatava tieto kertoo hyvin potilaan voimavarat ja niissä tapahtuvat muutokset. Positiivisena asiana nähtiin RAI-suunnittelijalta saatava tuki sekä toimiva yhteistyö.

RAI tuo asioita konkreettisesti esille esim. hoitoneuvottelussa ja hoitosuunnitelman teossa.

Ohjelmisto

Vastaajien mielestä RAI:sta saatavien tulosten systemaattisuus antaa hyvän mahdollisuuden toiminnan vertailuun eri osa-alueilla. Ohjelmisto ohjaa hoitosuunnitelmien tekemiseen, nostaen sinne potilaalle tarpeita ja voimavaroja.

Systemaattinen arviointi, jonka avulla voi vertailla osastoja keskenään.

Positiivista sekä negatiivista palautetta osastonhoitajilta sai RAI-vastuuhenkilöiden tapa toimia tehtävässään. Vastuuhenkilöiden tapaa työskennellä kuvattiin joissakin yksiköissä toimintaa tukevaksi ja osavaksi, mutta vastaavasti vastuuhenkilön toiminnan ei toisissa yksiköissä nähty eroavan muun henkilökunnan tavasta toimia RAI:n käytössä.

Miten mielestäsi RAI:n käyttöprosessissa voisi parantaa tai kehittää.

Osastonhoitajien vastauksista nousi kolme teemaa, jotka olivat: **käyttö**, **koulutus** ja **vastuu**.

Käyttö

Yleisenä RAI:n käyttöä parantavana tekijänä nähtiin, että laitoshoidossa määritellyt laatuindikaattorit otettaisiin laajemmin käyttöön yksiköissä kehittämiskohteena. Erityistä lisäkoulutusta toivottiin RAI:n käytöstä sellaisissa yksiköissä, joiden toimenkuva oli muuttunut organisaatio muutoksen myötä. Esimiehet toivoivat, että hoitajille tuotaisiin selvemmin esiin RAI:sta saatavat hyödyt, jotta RAI:n tekemistä ei koettaisi vain perustyötä kuormittavaksi asiaksi.

Laitoshoidon indikaattorit vielä enemmän osaston kehittämiskohteeksi.

Koulutus

Lähes kaikki vastaajat toivat esiin koulutuksen parantamisen kehittämisehdotuksena. RAI:hin liittyviä koulutuksia toivottiin säännöllisiksi henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi. Osastonhoitajat toivoivat erityisesti esimiehien

kouluttamista RAI-mittareiden konkreettiseen tekemiseen. Lisäkoulutusta toivottiin, koska RAI:n tekemisen osaamisen kautta työntekijöiden tukeminen ohjelmiston käytössä olisi helpompaa. RAI:sta saatavan hyödyn parantamiseksi osastonhoitajat toivoivat, että heitä koulutettaisiin RAI:n tulkitsemiseen enemmän.

RAI:n laatimista ja tulkintaa pitäisi opettaa enemmän osastonhoitajille ja muille esimiehille, jotta siitä saatava hyöty lisääntyisi.

Vastuu

Osastonhoitajat näkivät, joissakin yksiköissä parannettavaa RAI-yhteyshenkilöiden roolien vahvistamisessa. Osastonhoitajien mielestä yhteyshenkilöiden roolin vaatima vastuunottaminen ei toiminut kaikissa yksiköissä.

RAI-yhteyshenkilöiden roolien vahvistaminen ja roolin vaatima selkeämpi vastuunottaminen.

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat vapaasti tuoda esiin RAI:hin liittyviä tärkeitä kokemiaan asioita. Näistä vastauksista en saanut muodostettua teemoja vastauksien vähäisen määrän ja toisistaan eroavien aiheiden vuoksi. Vastaajien mielestä THL:n koostamat palauteraportit RAI:sta nähtiin erittäin tärkeänä toimintaa tukevana asiana. Osastonhoitajat toivat esille, että saatujen palauteraporttien tulkinta RAI-suunnittelijan kanssa oli toimiva käytäntö. Suunnittelijalta saatu yhteistyö ja tuki koettiin tärkeäksi toimintaa tukevaksi asiaksi. Yleisesti RAI nähtiin erittäin hyväksi työvälineeksi esimiehille. Yksi vastaaja toi seuraavanlaisen toiveen esiin RAI:hin liittyen:

Toivon vaan, että kaikki potilaat saavat hyvää hoitoa ja oireenmukaista lääkitystä (myös rauhoittavia tai unilääkkeitä), jos hän sitä tarvitsee. Ettei jätetä antamatta / määräämättä koska se näkyy RAI-tilastoissa huonona!

7.2 Vuosikello

Kehittämishankkeen tuloksien pohjalta suunnittelin yhdellä kehällä olevan vuosikellon (kuvio 7.). Kuvio löytyy selkeämpänä liitteestä 4. Vuosikellossa asioiden sisältöön ja niiden sijoitteluun sain apua RAI-suunnittelijalta. Vuosikellon visuaalisen ulkonäön ja sisällön muokkaamiseen sain apua Karelldesign-sisustusarkkitehtitoimistolta. Omat taitoni ja Power Point-ohjelma eivät riittäneet vuosikellon toteuttamiseen mieleiseksi ja tällaisen avun löytyminen omasta perhepiiristä mahdollisti vuosikellon visualisoinnin kehittyneimmillä tietokoneohjelmilla.

Vuosikellossa keskellä näkyy organisaation visio RAI:n käyttöön liittyen. Kehän sisäreunalla kulkee RAI-arviointien hyödyntäminen yksikkötasolla ympärivuotisena toistuvana toimintana. Vuosikellon kehä kuvaa kalenterivuotta ja siinä tapahtuvaa vuoden kahtiajakautumista puolivuositain RAI-arviointien THL:lle lähettämisen ajankohdissa. Ulkokehällä näkyy kalenterikuukausien kohdilla RAI:n käyttöprosessissa toistuvia toimintoja selkeyttämään prosessin kulkua. Jaottelun tarkoitus on koota vuosittain RAI:n käyttöön liittyvät toistuvat toiminnot ja selventää niiden sijoittumista kalenteri vuodelle.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Kyselyn vastauksista tuli esiin se, miten eritasoisesti osastoilla käytetään ja hyödynnetään RAI:ta. Lähijohtajat hyödynsivät RAI-arviointeja toiminnan suunnittelussa, tulokorttien laadinnassa, potilaskohtaisissa arvioinneissa ja koulutuksien tarpeen arvioinnissa. Erityisen hyvänä koettiin THL:n lähettämät puolivuotisarviointit. Se, että lähijohtajat pääsevät yhdenmukaisesti hyödyntämään arvioinneista saatavia tuloksia vaatisi sen, että osasto- ja yksikötasolla RAI-arviointeja tehtäisiin yhtä ahkerasti ja samojen periaatteiden mukaisesti. RAI:n käyttöä yhdenmukaistaisi, jos yksikötasolla tehtäisiin enemmän vertailua yksiköiden välillä. RAI:n arviointien täyttämisen luotettavuuteen arveltiin vaikuttavan sen, että arviointeja täyttävät hoitaja eivät aina näe työssään RAI:sta saatavia hyötyjä ja he eivät hyödynnä RAI:ta omassa työssään ohjelman mahdollistamalla tavalla. Yksiköiden esimiehet toivoivatkin, että RAI:sta saatavat hyödyt saataisiin selkeämmin hoitajien tietoisuuteen ja siten saataisiin motivoitua hoitajia RAI-arviointien tekemisessä. Dalhmanin ja Takasen mukaan RAI-arviointien säännöisellä tekemisellä on selvästi hoitohenkilökunnan ammattitaitoa lisäävä vaikutus, vaikka järjestelmän käyttöönottamisessa on myös nähtävissä vastarintaa. Dahlman ja Takanen tulkitsevat, että ohjelmiston käyttö osastoilla koetaan kiireen vuoksi aikaa vieväksi. RAI:n käytössä tulee kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, että arviointi tehdään huolellisesti ja ajallaan, koska arviointi on juridinen dokumentti. (Dahlman & Takanen 2009, 46.)

Kyselyyn vastanneet osastonhoitajat kokivat usein, että heidän oma koulutuksensa on puutteellista ja siksi heidän on mahdotonta esimerkiksi opastaa työntekijöitä arviointien teossa. RAI:n käyttämisen kouluttamattomuus haittaa lisäksi tulosten hyödyntämistä sekä mittareiden tulkitsemista. Heikkilän, Hammarin, Sohlmanin, Andreasenin ja Finne-Soverin (2015, 56) kokemuksen mukaan aloittelevilla RAI:n käyttäjillä on vaikeuksia tulkita ohjelmistossa olevia kysymyksiä ja siksi heidän on vaikea hyödyntää, tulkita ja

soveltaa siitä saatavaa tietoa. Aloittelevalta ohjelmiston käyttäjältä koko arvioinnin läpi käyminen vie aikaa ja siksi se koetaan työlääksi tehdä. Tällaisissa tapauksissa esimiehen tehtävä on varmistaa työntekijälle tarvittava koulutus ja perehdytys RAI:n tekemiseen, koska on tärkeää, että kaikki arvoinnit on tehty samalla tavalla, jolloin niistä saatava tieto on luotettavaa. Kokemuksen karttuessa ohjelman käyttö helpottuu ja sitä oppii hyödyntämään paremmin. Dahlman ja Takanen (2009, 75) ovat tuoneet myös esiin esimiehien kokemuksen lisäkoulutuksen tarpeesta.

Kehittämishankkeen tuloksissa osa osastonhoitajista toi esiin pettymyksensä RAI-vastuuhenkilöiden roolin heikosta esiintulosta vastuuhenkilön toiminnassa. Osastonhoitajat toivoivat vastuuhenkilöiltä selkeämpää vastuunottamista RAI:n käytössä ja muiden työntekijöiden tukemisessa. Inna (2015) kuitenkin tuo esiin esimiehen vastuun sitouttaa henkilökunta RAI:n käyttöön ja murtaa muutosvastarinta käyttäen perusteluna arvioinneista saatavia hyötyjä.

Lindellin (2012, 27) mukaan esimiehillä on oltava motivaatiota ja halua laadun kehittämiseen ja siksi he toivovat kollegoilta tukea RAI:n käyttöön. Esimiehet toivoivat tilanteita, jossa he voivat jakaa ideoita laadun kehittämisestä kollegoiden kanssa. Tässä kehittämishankkeessa lähiesimiehet eivät tuoneet esiin tarvetta vertaistuesta vaan toivoivat RAI:n käytöstä ja hyödyntämisestä itselleen lisäkoulutusta ja opastusta. Tukea esimiehet kokivat saavansa RAI:n käyttöön ja toiminnan suunnitteluun RAI-suunnittelijalta. Ollilan (2006, 225) mukaan tuen saanti ja antaminen terveydenhuollossa edellyttää vuorovaikutuksellista ilmapiiriä, suunnitelmallisuutta ja asennoitumista johtajilta. Johtamisen onnistuminen edellyttää yksinäisestä toimenkuvasta ja työn vaativuudesta johtuen omia tukijärjestelmiä tuekseen.

Kehittämishankkeeseen osallistuneille lähijohtajille oli määritelty tarkat indikaattorit, joita heidän tulee seurata omassa yksikössään, mutta osa esimiehistä oli löytänyt RAI:hin muitakin hyödyntämistapoja. Osa esimiehistä toivoi, että määritellyt laatuindikaattorit otettaisiin laajemmin käyttöön yksi-

köiden toiminnassa. Dahlmanin ja Takasen mukaan RAI:n antamien tulosten hyödyntäminen oli lähiesimiehillä hallinnossa, hoitotyön johtamisessa, arvioinnissa sekä päätöksen teossa oli vielä vähäistä (Dahlman & Takanen 2009, 60). Pitkäaikaishoidossa yksi seurattavista indikaattoreista oli potilaiden käytössä oleva lääkitys. RAI:n pohjalta on tehty tutkimuksia pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden lääkityksistä aiemminkin. Alanen (2007, 51 - 52) on selvittänyt RAI-arviointien pohjalta muun muassa rauhoittavien lääkkeiden käyttöä. Tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että RAI-arviointien myötä potilaiden lääkkeiden käyttömäärät ovat pudonneet. Lääkkeiden käytön seuraaminen Suomessa on tärkeää, koska rauhoittavien lääkkeiden käyttömäärät ovat täällä korkeammat verrattuna muihin Euroopan maihin. Vuosina 2014-2015 Lahdessa on RAI-arviointien pohjalta ollut projekti, jossa RAI-järjestelmää hyödynnettiin lääkehoidossa olevien ongelmien tunnistamisessa ja seurannassa. Projektin seurauksena monen vanhuksen vointi kohentui, mikä vähensi esimerkiksi päivystyskäyntejä, ja millä taas on nähtävissä yhteiskunnallisiakin vaikutuksia. (Tuomisto 2016.)

Noro (2015, 18) on huomannut työskennellessään usean vuoden RAI:n parissa, että RAI-vertailukehittämiseen osallistuvissa yksiköistä löytyy sellaisia, jotka ovat löytäneet omasta toiminnasta kehittämiskohteita ohjelmiston avulla. Osastot ovat pystyneet RAI:n avulla seuraamaan kehittämisen etenemistä helposti ohjelmistosta saatavien tunnuslukujen kautta. Vertailujen avulla saatu tieto on helpottanut henkilöstöresurssien kohdentamista oikeisiin yksiköihin. Kehittämishankkeeseen vastanneista lähijohtajista vain muutama käytti RAI:ta osastojen väliseen vertailuun. Tuloksia vertailtiin usein kuitenkin omassa yksikössä edellisvuoden tuloksiin osasto- tai potilaskohtaisesti. RAI:sta saatavaa tietoa on mahdollista hyödyntää valtakunnallisella tasolla oman yksikön tai organisaation tason lisäksi tutkimustoimintaan ja kansainväliseen vertailuun. Suomessa RAI:ta käytetään apuna lakien sekä kunnallisten suosituksien laatimisessa. (Noro 2015, 19) Kivisen mukaan vertailu on tärkeää yksiköissä toiminnan kehittämisen kannalta, koska suomalaisesta terveydenhuoltokulttuurista puuttuu vielä

avoimen vertailun perinne. Kulttuurissa on kuitenkin havaittavissa muuttamista, mikä on tärkeää, koska vertailutiedolle on tarvetta terveydenhuollossa. (Kivinen 2008, 187) Lahdessa Vanhusten palveluissa ja kuntoutuksessa sairaalan johtoryhmä tarkastelee RAI:sta saatavia tunnuslukuja yhdessä RAI-suunnittelijan kanssa puolivuositain. Inna (2015) lisää yhdeksi tulevaisuuden haasteeksi RAI:n käytössä ylemmän johdon saamisen mukaan hyödyntämään RAI:ta taloussuunnittelussa.

8.2 Vuosikellon arviointi

Kehittämishankkeessa tavoitteeksi asetettu vuosikellon suunnitteleminen RAI-järjestelmän käyttöön toteutui. Kyselyn pohjalta syntyi vuosikello, jonka visuaalinen muoto hahmottui varsin nopeasti ja sen muoto noudattaa yleisesti käytettyä pyöreää muotoa. RAI:ssa vuosittain toistuvat toiminnot loivat selkeän pohjan vuosikelloajattelulle. Vuosikellon keskeltä löytyvä visio ” RAI-järjestelmän hyödyntäminen toiminnan johtamisessa ” oli löydettävissä Vanhuspalveluiden ja kuntoutuksen laatimista toiminnan tavoitteista selvästi ja helposti. Vuosikellon varsinainen rakenne muotoutui pitkälti järjestelmässä olevista toistuvista rakenteista. Ohjelmisto itsessään sisältää vuoden mittaisen selkeän syklin, joka oli omiaan toteuttaa vuosikellon muotoon. Vuosikellon visualisointia oli mukana toteuttamassa sisustusarkkitehtitoimisto Karelldesign, jonka ammatitaidolla ja -ohjelmien avulla kello sai lopullisen muotonsa.

Vuosikellossa on nähtävissä RAI:n käytössä toistuvat käyttöprosessit ja niiden visualisointi selventää RAI:n käyttöä vuositason tasolla. Vuosikello sisältää esimiestasolla toteutettavia ja huomioitavia toimintoja. Kellossa esitetään yksiköiden kehittäminen koko vuoden ajan jatkuvana prosessina huomioiden kuitenkin RAI:hin liittyvät puolivuositaisarviointit ja yksikön vuositason toiminnan arvioinnin ja suunnittelun.

Kehittämishankkeessa syntyneeseen vuosikellon sisältöön löytyi hyvin asioita kyselyn vastauksista ja RAI-ohjelmiston toiminnasta. Tarkennuksia toimintojen sijoittumiselle kellon sisälle sain RAI-suunnittelijalta ja muutoinkin

hänen antamansa rakentava palaute auttoi sisällön paikalleen asettumisessa. Vuosikellon sisältöön kommentoivien osastonhoitajien mielestä valmistunut vuosikello oli ”selkeä” ja ”hieno”. Sitä, miten lähiesimiehet ottavat valmistuneen vuosikellon vastaan, ei hankkeen valmistuttua ole vielä tietoa. Arvailujen varaan jää myös se, tuottaako vuosikellon käyttö sille toivottua tulosta siitä, mitä tässä kehittämishankkeessa haettiin eli auttaako se uusia RAI:n käyttäjiä oppimaan nopeammin RAI:n käyttöä ja ymmärtämään sen hyödyt työssään. Vuosikellon tarkoituksena on myös yhdenmukaistaa RAI:n käyttöä, jolloin vertailu olisi yhdenmukaista.

Kehittämishankkeessa syntynyt vuosikello on suunnitella ottaa organisaatiossa opetuskäyttöön jo kevään 2016 aikana kotihoidon esimiesten RAI-koulutuksissa. Voin siis tutkija / kehittäjänä sanoa, että kehittämishankkeessa syntyneellä vuosikellolla on mahdollisuudet parantaa RAI:sta saatavien tietojen käyttöä ja hyödyntämistä.

8.3 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämishankkeen prosessin tuloksia voidaan tarkastella laadullisesta näkökulmasta. Kehittämishankkeeseen kuuluu, että usein hankkeen tuottamat tulokset näkyvät vasta hankkeen päättymisen jälkeen. (Seppänen-Järvelä 2004, 39.)

Prosessiarvioinnissa on kyse siitä, että selvitetään mitä tapahtuu, kun prosessia toteutetaan, miten sitä toteutetaan ja toimiiko prosessi suunnitellusti. Uudessa prosessissa on tärkeää arvioida prosessin kehittämismahdollisuuksia ja silloin arvioinnin tulee perustua dokumentaatioon prosessitoiminnasta. Toiminnassa olevan prosessin tavoitteena voi olla itse prosessin toiminnan parantaminen. Prosessiarvioinnissa on mahdollisuus kvantitatiiviseen aineiston keräämiseen, jonka avulla pystytään kuvaamaan toimintaa. Prosessitutkimuksessa laadun katsotaan olevan kiinni pitkälti tutkijan eläytymisessä tiettyihin tilanteisiin, ei niinkään tiettyssä menetelmässä. (Robson 2001, 77–80, 100, 105–106.)

Prosessia arvioitaessa arviointi edellyttää kokonaisuutta, jolla keskitytään vaikutuksiin ja toiminnan saavuttamiseen. Prosessiarvioinnissa kysymyksiä ei tarvitse laatia tarkasti, vaan kysymyksiin on tarkoitus saada vastaus kvalitatiivisesti. Prosessiarvioinnissa kysymykset ovat usein joustavia ja ne täsmentyvät aineiston keräämisprosessin aikana. Kysymyksen asettaminen vaatii prosessin kokonaisvaltaista hahmottamista. (Robson 2001, 75, 131, 156). Myös Virtanen (2007) näkee, että arviointiaineiston keräämistratogia voi perustua yhdistelmään määrällisestä sekä laadullisesta aineiston hankinnasta. Arvioinnintekijä voi soveltaa tutkimusmenetelmiä joustavasti, koska siten saavutetaan usein mielekkäämpi lopputulos. (Virtanen 2007, 156, 158.)

Kehittämishankkeen tavoite oli kehittää vuosikellomalli RAI:n käytöstä Lahden kaupungin Vanhuspalveluille ja kuntoutukselle. Kehittämishankkeessa asetettu tavoite toteutui eli vuosikello valmistui. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli, että vuosikello auttaa uusia RAI:n käyttäjiä oppimaan nopeammin RAI:n käyttöä ja ymmärtämään sen hyödyt työssään. Vuosikellon tarkoituksena on yhdenmukaistaa RAI:n käyttöä, jolloin vertailuista tulisi yhdenmukaisia. Tarkoituksen täyttymisen arviointi ei sisälly tähän kehittämishankkeeseen, koska se tulee näkymään vasta vuosikellon käytön myötä käytännössä jonkin ajan kuluttua.

Kehittämishanke eteni spiraalimallin mukaisesti, jossa toteutui yksi kehä. Kehä koostui suunnittelusta, toteutuksesta ja reflektoinnista. Suunnitteluvaiheessa hanke sai alkunsa, hanke rajattiin ja sille määriteltiin tavoite ja tarkoitus. Hanke jatkui kyselyn suunnittelulla ja toteutuksella. Suunnitteluvaihe sisälsi tässä kyselyn laatimisen ja toteuttamisen. Kyselystä saamani vastaukset olivat reflektion pohjana. Kyselyn vastauksien analysoinnin jälkeen spiraalin jatkui vuosikellomallin suunnitteluun. Kehän jatkui vuosikellon lähettämällä osastonhoitajille arvioitavaksi ja komentoitavaksi. Vuosikellosta tulleet palautteet reflektoin ja niitä pohjana käyttäen muotoilin visuaalisesti sekä sisällöllisesti lopullisen vuosikellon. Vuosikellon ja raportin valmistumisen jälkeen voitiin katsoa kehittämishankkeen päättyneen ja aloittaa prosessin vaiheiden arviointi. (Toikka & Rantanen 2009, 66–67.)

Vuosikellon suunnittelemiselle esitti tarpeen työyksikköni esimies. Tarve vuosikellolle pohjaa RAI-ohjelmiston hyötyjen tehostamisen tarpeesta organisaatioissa. Suunnitelman hankkeesta esitin kesällä 2014, jonka jälkeen hanke eteni aineiston keräämisellä kyselyn avulla. Kehittämishankkeessa aineiston kerääminen kyselyllä osoittautui toimivaksi menetelmäksi tässä hankkeessa. Kyselyllä saavutettiin valitut osastonhoitajat helposti ja nopeasti. Kehittämishankkeeseen valitut osastonhoitajat vastasivat kyselyyn pääosin hyvin, vaikka yleisin vastaamistapa oli kirjoittaa vastaukset ranskalaisilla viivoilla pyydetyn essee-vastauksen sijaan.

Kyselystä saamani vastaukset analysoin teemoittelemalla, ja vastauksien pohjalta suunnittelin vuosikellon ensimmäisen version, jonka lähtin osastonhoitajille kommentoitavaksi. Suunnittelemani vuosikellon arviointiin ja kommentointiin en saanut osastonhoitajia enää sitoutumaan ja vastaamaan kattavasti. Vastaamattomuuteen on voinut vaikuttaa organisaatioissa tapahtuneiden muutoksien kuormittavuus ja epävarmuus työssä yleensä. Työelämän yhteiskumppanina toimineelta RAI-suunnittelijalta sain erittäin paljon ja hyvää tukea hankkeen aikana. RAI-suunnittelijan kanssa kävin useita arvokkaita keskusteluja aiheesta sähköpostitse sekä kasvokkain. Koin saavani häneltä tukea aina, kun sitä tarvitsin. Hankkeessa valmistuneen vuosikellon suunnittelin lopulliseen muotoon RAI-suunnittelijan avustuksella. Kehittämishankkeen eteneminen oli ajoittain erittäin vaikeaa, koska kohdeorganisaatioissa oli hankkeen aikana menossa suuria organisatorisia muutoksia. Nämä muutokset hidastivat kehittämishankkeen etenemistä suunnitelmaseminaarin jälkeen.

8.4 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Tämä kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimusta soveltaen. Laurin (1997, 114) mukaan toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa. Tutkimustyön yksi erottamaton osa on etiikka ja siihen liittyvät kysymykset. Eettisyys nähdään päätöksentekokykyinä ja sille on ominaista, ettei kysymyksiin ole selkeitä vastauksia. Eettiset kysymykset voivat olla vaikeasti

huomattavia tutkimuksen kulussa ja niiden luonne on vaikeasti selvitetävää. Eettiset kysymykset alkavat vaikuttaa tutkimustyössä heti aiheen valinnasta lähtien. (Clarkeburn & Maustajoki 2007, 22, 52–53.)

Kuulan mukaan (2006, 21) eettisyydessä on voimakkaasti mukana ajatus oikeasta ja väärästä ja niitä tarkastellaan arvojen kautta. Hoitotieteellisen tutkimusetiikan ohjeet korostavat sitä, että tutkimuseettiset ratkaisut alkavat aiheen valinnasta, jossa on pohdittu erityisesti, miten aihe vaikuttaa tutkittaviin. Tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa lähtökohtana on siitä saatava hyöty ja sen käyttö hoitotyön kehittämisessä. Kehittämishankkeessa tulee noudattaa eettistä ohjeistusta ja huomioida jo suunnitelma- vaiheessa mahdollisten tutkimuslupien tarve. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173, 177.) Hyvin tehdyssä kehittämishankkeessa on kiinnitetty riittävästi huomiota eettisiin kysymyksiin alusta lähtien, tehtävän vaatimuksellisuudesta huolimatta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1996, 30).

Luotettavuutta arvioidessa tulee kiinnittää huomiota mittareihin, menetelmiin ja niiden käyttöön. Mahdollisimman tarkka dokumentointi parantaa tutkimuksen laatua. Tarkkaan dokumentointiin päästään kirjaamalla kaikki ylös sekä perustelemalla esitetyt valinnat. Kehittämistyön onnistumiseen vaikuttaa se, että sen tekeminen perustuu tarpeeseen ja lopputuloksessa saavutetaan aukoton tulosten ja johtopäätöksien ketju. (Kananen 2012, 162–165.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta arvioidaan hankkeen käyttökelpoisuuden ja hyödyllisyyden näkökulmasta. Kehittämishankkeissa luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksellisen osan kohdalla yleisen tieteellisen tutkimuksen kriteerien pohjalta. Luotettavuuteen liittyvän toistettavuuden arviointia vaikeuttaa se, että kehittämishankkeessa samanlaisten ryhmätilanteiden toistaminen ei ole helppoa, monien ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta johtuen. Kehittämistoiminnan luotettavuutta arvioitaessa tulee arvioida myös osallistujien sitoutumista, koska sitoutuminen vaikuttaa tulosten, aineistojen ja menetelmien luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124.)

Tässä kehittämishankkeessa aihe tuli työelämän tarpeesta ja hankkeen toteuttamiselle haettiin tutkimuslupa sairaalapalvelupäälliköltä. Kyselyn suunnittelussa käytin apuna ohjaavaa opettajaa ja RAI-suunnittelijaa, joiden kanssa kävin läpi kysymykset ja niiden asianmukaisuuden kehittämishankkeen tavoitteisiin nähden. Kyselyyn osallistuneiden osastonhoitajien esimiehiä informoin kehittämishankkeestani ennen kyselyn toteuttamista ja sain heidän suostumuksensa hankkeen toteuttamiselle. Osastonhoitajille takasin nimettömyyden vastauksiinsa ja kyselyyn osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kehittämishankkeessa ei käsitelty potilastietoja. Kehittämishankkeen kyselyn materiaalin käsittelin luottamuksellisesti ja hävitin polttamalla.

Kyselyn analyysin toteutin teemoittelemalla vastaukset. Aineistosta poimin alkuperäisilmaisuja, jotka tiivistin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Pelkistyksen jälkeen johdin pelkistyksistä ala- ja yläteemoja. Päätelmien ryhmittelyssä käytin kyselyssä olleita kysymyksiä. Teemoittelua toteuttaessani pyrin olemaan objektiivinen tulkintoja tehdessäni. Tutkija / kehittäjänä mielestäni onnistuin objektiivisuudessa ja yritin vähäisestä osallistujajoukosta riippumatta saada vastauksista esiin kaiken kehittämishankkeeni kannalta tärkeän ja arvokkaan tiedon.

Kehittämishankkeessa pyrin noudattamaan hyviä eettisiä periaatteita ja tieteellisiä käytäntöjä. Olen pyrkinyt raportissa käyttämään ohjeiden mukaisia viittaus- ja lähdemerkintöjä. Hankkeessa käyttämäni aineisto perustuu tutkittuun tietoon sekä muihin asianmukaisiin lähteisiin.

Raportin luettavuutta parantaakseni luetutin sen kolmella hankkeen ulkopuolisella henkilöllä, joista yksi ei ollut terveydenhuoltoalan ammattilainen. Halusin tällaisen ei terveydenhuoltoalan ammattilaisen mielipiteen sisällyöstä nähdäkseni aukeaako hankkeessa käytetyt käsitteet ja asiat myös hänelle ymmärrettävinä.

8.5 Lopuksi

Tässä kehittämishankkeessa saatavia tietoja voidaan käyttää perehdytetäessä uusia osastonhoitajia käyttämään RAI-järjestelmää. Kyselyssä saatavien tietojen pohjalta voidaan osoittaa RAI:sta saatava hyöty osastonhoitajan työssä ja siten motivoida uusia osastonhoitajia RAI:n käyttöön. RAI:n käytön laajennuttua koko organisaatioon pystytään lisäämään vertailukehittämistä ja parantamaan RAI:n käyttöä Lahden vanhuspalveluissa ja kuntoutuksessa. Nopea RAI:n käytön oppiminen uusilla RAI:ta käyttävillä osastonhoitajilla on toivottavaa, jotta järjestelmästä saatavat tiedot olisivat hyödynnettävissä nopeasti osastoilla sekä kaupungin ylemmässä johdossa. RAI-järjestelmästä saatavia tietoja voidaan käyttää kuntapäätäjätasolla esimerkiksi talouden suunnittelussa ja siksi nopea saatavuus kattaviin RAI:n tuloksiin on kaupungin huonon taloustilanteen vuoksi suotavaa. RAI:n käyttö perustuu kunnissa ja palveluorganisaatioissa vapaaehtoisuuteen. Tämä huomioiden on hienoa todeta, että joka vuosi RAI:n käyttäjien määrä kasvaa. Alustavissa arvioissa on todettu, että palvelurakennemuutoksen myötä voidaan olettaa, että järjestelmä kattaa noin puolet laitoshoidosta, kolmanneksen asumispalveluista sekä saman verran kotihoidosta. Näin laaja käyttäjämäärä antaa hyvät mahdollisuudet viedä RAI-järjestelmä Suomessa kansainväliselle tasolle. (Finne-Soveri 2015, 165.)

Tulevaisuutta ajatellen RAI:n käytössä on vielä paljon mahdollisuuksia, joita ei Suomessa hyödynnetä. Hyvänä esimerkkinä tällaisesta hyödyntämismahdollisuudesta on Lixin, Yanin, Blackburnin, Nianpingin, Schneider-Lindnerin ja Tearein (2014) kirjoittama artikkeli jossa kerrotaan tutkimuksesta, jonka päätarkoitus oli esittää RAI LTC -arviointien luotettavuutta Diabeteksen diagnostisoinnissa. Artikkelissa RAI LTC -arvioiteja käytettiin diabeteksen esiintyvyyden ja sairauten kuolleisuuden tutkimukseen.

Terveystieteidenhuollossa olevien erilaisten tietojärjestelmien käyttöä tutkittaessa on huomattu, että tietojärjestelmien monipuolinen käyttö ei ole kattavaa. Tietojärjestelmien käyttämättömyyteen katsotaan vaikuttavan usein käyttäjien osaamattomuus. Osaamattomuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat

käyttäjien ikä ja pitkä työhistoria. Terveystieteiden huollossa on vielä paljon työntekijöitä, joiden koulutukseen ei ole kuulunut tietotekniikkaa, jolloin tietokoneiden käyttö ei ole samoissa työtehtävissä toimiville aina samantasoista. Tuloksissa on tullut esille, että tietotekniikan hyödyntäminen koetaan joissakin tapauksissa työn luonteen, inhimillisen hoidon ja ihmisen kohtaamisen vastaiseksi. Tietojärjestelmien käytön lisääminen johtamisessa tarkoittaa sitä, että järjestelmien käyttö otetaan osaksi toiminnan kehittämistä ja ohjelmistoja käyttäviä työntekijöitä ohjataan järjestelmien käytössä. (Kivinen 2008, 195–196.)

Tässä hankkeessa kyselyn tuloksia käytettiin vuosikellon kehittämiseen. Kyselyssä saatujen käyttökokemusten pohjalta voidaan puolestaan tehdä parannuksia RAI:n käyttöön ja muuttaa toimintaa tai kehittää toimintakäytäntöjä. Samalla tulokset antavat osallistujille eväitä oman osaamisensa kehittämiseen. Kehittämishankkeen kautta saatua tietoa voivat hyödyntää kaikki organisaation sisällä muita RAI-järjestelmiä käyttävät osastonhoitajat. Tietoja voi käyttää soveltaen eri kaupunkien RAI-järjestelmää käyttävät laitokset.

Vuosikellomallin toimivuuden arviointi muutaman vuoden käyttökokemusten jälkeen on tulevaisuudessa tutkimuksen arvoinen asia. Kiinnostavaa tutkittavaa olisi myös tietää hyödyntääkö organisaatio kehittämishankkeessa syntynyttä vuosikelloa toiminnassaan ja perehdyttäessään RAI:n käyttöä uusille työntekijöille.

LÄHTEET

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteen laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Alanen, H-M. 2007. Antipsychotic Use among Older Persons in Long-Term Institutional and Home Care. University of Tampere, Medical School TUH Pitkäniemi Hospital. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Tampere: Tampereen yliopistopaino y – Juvenes Print.

Alhola, K. & Lauslahti, S. 2005. Taloutta johtamista varten esimiehille ja asiantuntijoille. Helsinki: Edita.

Anttila, P. 1998. Toimintatutkimuksen eteneminen. [Viitattu 10.10.2015] Saatavissa: <http://metodix.com>.

Anttila, P. 1998. Survey eli kyselytutkimus [Viitattu 10.10.2015] Saatavissa: <http://metodix.com>.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi.

Brant, E. Fahey, F. & C. 2003. Introduction: lessons learned from eight case studies. Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries. Milbank Memorial fond. 1–5.

Cerad –kognitiivinen tehtäväsarja. [Viitattu: 10.5.2015] Saatavissa: <http://www.cerad.fi/fi/etusivu>

Clarkeburn, H & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Dahlman, S & Takanen, M. 2009. Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja tervesalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K. & Rinne, J. 2004. Muistihäiriöt. (Toim.) Huovinen, M. 1. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.50–66

Finne-Soveri, H. 2015. Yhdessä eteenpäin. Teoksessa: Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9/2015. Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (Toim.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen Yliopisto Oy. 153–178

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A & Vähäkangas, P. 2005. Rai-järjestelmän vertailukehittämishanke. Teoksessa: Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. A. Noro, H. Finne-Soveri, m. Björkgren & p. Vähäkangas (Toim.) Stakes. 21–34

Heikka, H. 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältä ja kompetenssit. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteidenlaitos, Terveyshallintotiede, Oulun yliopisto.

Heikkilä, R., Hammarin, T., Sohlman, B., Andreassen, P. & Finne-Sovero, H. 2015. Onnistumisen prosesseja – RAI apuna kehittämisessä. Teoksessa: Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9/2015. Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (Toim.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen Yliopisto Oy. 43–65

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, P. 2013. Hoitotyön johtamisosaaminen ja tulevaisuuden osaamishaasteet erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Hätönen, H. 2004. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen.3. painos. Helsinki

Ikäihmisten palveluopas. 2014. PalveluSandra. LAHTI: N-PAINO OY.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista luku 3. 14§ [Viitattu 26.9.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Pykälät: 14§, 14a§, 15§.

Lauri, S. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Artikkelissa Toimintatutkimus. 1.-2. painos. Juva: WSOY. 14–135.

Lehtiojan palvelukeskus. 2015. [Viitattu 26.1.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>

Lepolakoti. 2015. [Viitattu 26.1.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>

Leskinen, S. 2008. Terveystenhuollon organisaatioiden verkkopalvelujen kehittäminen. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja tervetdenhuollon tietohallinto. Terveysthallinnon ja -taloudenlaitos. Kuopion yliopisto.

Lindell, M. 2012. Terveystenhuollon lähiesimiehen vertaistuki. Pro-gradu tutkielma. Terveysttieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Lix, L., Yan, D., Nianping, H.m Schneider-Lindner, V. & Teare, G. 2014. Validity of the RAI – MDS for ascertaining diabetes and comorbid conditions in long-term care facility residents. BMC Health Services Research 201 14:17. [Viitattu: 28.9.2015] Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/17>.

Luukkonen, T & Riikkula, T. 2015. Palvelukeskus Onnelanpolun Sosiaali- palvelujen omavalvontasuunnitelma 2015. Palveluntuottajaa koskevat tiedot. Lahden kaupunki. [Viitattu 26.6.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>

Mattila, M., Pulkkinen, J., Timonen, H., Ruusuvirta, K. & Töyrylä, H. 2015. Lehtiojan Palvelukeskus Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma 2015. Palveluntuottajaa koskevat tiedot. Lahden kaupunki. [Viitattu 26.6.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus, rutiinijohtamisesta tulkin-tataitton. Sipoo.

Noro, A. 2015. Visio Suomesta 2025 – RAI-vertailukehittäminen. Teok-
sessa: Onnistuminen – RAI –vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa.
Raportti 9/2015. Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (Toim.) Terveys- ja hyvin-
voinnin laitos. Tampereen yliopisto Oy. 15–24

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähä-
kangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyt-
töönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Helsing:
Stakes monistamo.

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtaminen hallinta sosiaali- ja ter-
veysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Sosiaali- ja ter-
veyshallinto. Julkisjohtamisen laitos. Vaasan yliopisto.

Organisaatiokaaviot. 2015. [Viitattu 27.1.2015]. Saatavissa:
<http://www.lahti.fi/intra>

Palmi, V. Palsson, J & H. 2003. Toward informed and evidence – based
elderly care: the RAI experience in Iceland. Implementing the Resident
Assesment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term
Care in Eight Countries. Milbank Memorial fond. s.67–82.

Palvelukeskus Onnelanpolku. 2015. [Viitattu: 26.1.2015]. Saatavissa:
<http://www.lahti.fi/intra>.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusme-
todiikka. 1.–2. painos. Juva: WSOY.

Pitkäaikainen laitoshoido, LKS Jalkarannan osastoryhmä. 2014. Tuotteista-
mistyöryhmä 23.6.2014. [Viitattu 26.1.2015]. Saata-
vissa:<http://www.lahti.fi/intra>

RAI-käsikirja 2004. InterRAI. Jyväskylän yliopisto Chydenius-instituutti. So-
siaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Raisoft 2009. [Viitattu 11.4.2011]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/fin-rai/FI/Index.htm>

Rautiainen, I. 2012. Viranhaltijapäätös 22.5.2012. Julkaisematon.

Riekko, K., Salonen, K. & Uusitalo, I. 2010. Puun ja kuorenvälissä, Lähi-johtajuus sosiaali- ja terveysalalla. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 31. Tampereen Yliopisto.

Ripsaluoma, J. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-järjestelmästä. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 17–19

Robson, C. 2001. Opas Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.

Ruokolainen, I. 2014. Kaupunkilainen, Lahden kaupungin tiedotuslehti. 1/2014. Lahti: Esa Lehtipaino Oy. 2–3.

Saloniemi, M. 2012. Osastonhoitajan työssä tarvittava osaaminen. Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala. Opinnäytetyö (YAMK).

SAS-toiminta. 2015.[Viitattu 26.9.2015]. Saatavissa: <http://intra.lahti.fi/palvelut/yhteystiedot-ja-aukiolot/toimipisteet/Sivut/SAS-toiminta.aspx>

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa, Opas käytäntöihin. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 4/2004.

Siirilä, E. 2015. Lepolakoti Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma 2015. Palvelun tuottajaa koskevat tiedot. Lahden kaupunki [Viitattu 26.6.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>

SOTE 2015. Toimenpidesuunnitelma. Sosiaali- terveystoimiala. [Viitattu: 28.9.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>. Lahti.

Sosiaali ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Surakka, T. & Laine, N. 2011. Käsikirja ammattimaiseen esimiestyöhön. Tallinna: Uniprint.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen E. & Saari S. 1994 Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: West-Point Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2007. Rai-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. Helsinki. [Viitattu 6.10.2013]. Saatavissa:

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

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Mikä on RAI? Helsinki. [Viitattu 6.10.2013]. Saatavissa:

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

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuomisto, E. 2016. Valtava urakka menossa: Lahti käy läpi vanhusten lääkityksen. ESS-nettilehti 11.1.2016. [Viitattu 17.1.2016]. Saatavissa: www.ess.fi.

Vanhuspalvelujen ja kuntoutuksen tuloskortti 2015. [Viitattu 1.5.2015] Saatavissa: <http://www.lahti.fi/Intra>.

Vanhusten palveluasumiseen ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon pääsyn kriteerit. 2015. [Viitattu 25.1.2015]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/intra>.

Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimus metodeihin. Toim. Aaltola, J ja Valli, R. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: PS-kustannus WS Bookwell Oy. 103–127

Valvira 2014. Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveuspalvelut. [Viitattu 11.4.2014] Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto.

Vastamäki, J. 2010. Ikkunoita tutkimus metodeihin. Toim. Aaltola, J ja Valli, R. 3.uudistettu ja täydennetty painos. Juva: PS-kustannus WS Bookwell Oy: 128–140

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Vuotilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. [Viitattu 10.10.2015] Saatavissa: www.kaypa-hoito.fi.

Vähäkangas, P. & Niemelä, K. 2015. Johtaminen vanhuspalveluissa. Teoksessa: Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9/2015. Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (Toim.) Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopisto Oy. 128–139

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012a. Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen. RAI johtamisen työväline. RAI vertailukehittämisen seminaari. 27.9.2012 Helsingin messukeskus. [Viitattu 19.1.2015]. Saatavissa: [www.thl.fi/Rai-vertailukehittämisen seminaarit](http://www.thl.fi/Rai-vertailukehittämisen_seminaarit).

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012b. RAI-arvioinnin luotettavuus ja sen turvaaminen. RAI johtamisen työväline. RAI vertailukehittämisen seminaari. 27.9.2012 Helsingin messukeskus. [Viitattu 19.1.2015]. Saatavissa: [www.thl.fi/Rai-vertailukehittämisen seminaarit](http://www.thl.fi/Rai-vertailukehittämisen_seminaarit).

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012c. Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. RAPORTTI 48/2012. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Vähäkangas, P. 2008. Vanhuspalvelujen johtaminen vertailutiedon avulla. Terve Kunta -päivät 22.1.2008. Helsinki. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 4.3.2010]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopa-perit/Ti-2008-VERKKO.pdf>

Vähäkangas, P. & Björkgren, M. 2005. Käyttöönottokoulutus. Teoksessa: Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. A. Noro, H. Finne-Soveri, m. Björkgren & p. Vähäkangas (toim.) Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 35–38

Walden, A. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-järjestelmästä. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

YAMK-opinnäytetyön ohje. [Viitattu 12.3.2014] Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/mod/book/tool/print/index.php>.

LIITTEET

Liite 1. MDS-lomake



Numero _____

MINIMUM DATA SET (MDS) — VERSIO 2.0 LAITOSHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN ARVIOINTIA JA HOIDON TARPEEN KARTOITUSTA VARTEN

Käyttöalue: geriatria, kuntoutus ja vanhusten laitospalvelut.
Arvioidaan 7 viimeksi kulunutta päivää ellei toisin ilmoiteta.

OSA AA. HENKILÖTIEDOT

1.	ASIAKAS		
		(Etunimet)	(Sukunimi)
2.	HENKILÖ-TUNNUS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.	SUKUPUOLI	1. Mies	2. Nainen
4.	SIVILISÄÄTY	1. Naimaton 2. Naimisissa	3. Leski 4. Asumuserossa 5. Eronnut 6. Avoliitossa
5.	KOTIKUNTA	a. Asiakkaan kotikunta	
		b. Asiakkaan kuntakoodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		c. Asiakkaan kotiosoitteen postinumero	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.	VASTUUPIIRI	a. Vastupiiri	
		b. Vastupiirin koodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.	PALVELUN TUOTTAJA	a. Koodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		b. Koodin tarkennin, laitos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		c. Koodin tarkennin, osasto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	LAITOSHOIDON MUOTO	1. Sairaalan/terveyskeskuksen vuodeosastohoito 2. Vanhainkotihoito tai vastaava 3. Kuntoutuslaitos	4. Palvelutalo 5. Muu palveluala
9.	PÄÄTÖS PITKÄAIKAISHOIDOSTA	0. Ei	1. Kyllä
10.	PITKÄAIKAISHOIDON PÄÄTÖS-PÄIVÄMÄÄRÄ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Päivä Kk Vuosi

OSA AB. DEMOGRAFISET TIEDOT

1.	TULOPIIVÄ- MÄÄRÄ	Tulopäivämäärä - ei sisällä uusintakäyntiä. Jos kyseessä on väliaikainen uloskirjaus sairaalaan tms. lähettämisen vuoksi, käytetään aiempaa sisäänkirjauspäivää. <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> Päivä Kk Vuosi		
2.	MISTÄ TULEE (TULOTILANNE)	1. Kotoa tai vast. - ei palveluja 2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä 3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä 4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä 5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava 6. Vanhainkoti	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto 8. Akuutisairaala 9. Psykiatrinen sairaala 10. Kehitysvammalaitos 11. Kuntoutussairaala 12. Muu	
3.	YKSINASUVA (ENNEN SISÄÄN- KIRJOITUSTA)	0. Ei 1. Kyllä 2. Muu yksikkö		
4.	ASUMINEN 5 EDELTVÄN VUODEN AJALTA	Rastita kaikki asumismuodot ennen tulopäivämäärää 5 vuoden ajalta - (vrt. kohta AB2.) Asuminen tässä laitoksessa Asuminen terveyskeskuksen vuodeosastolla Asuminen vanhainkodissa Asuminen palvelutalossa/ryhmäkodissa/vast. Asuminen mielenterveysyksikössä Asuminen kehitysvammaisten yksikössä tai laitoksessa <i>EI MIKÄÄN YLLÄMAINITUISTA</i>		a. b. c. d. e. f. g.
5.	ENTISET AMMATIT			
6.	KOULUTUS (korkein loppututkinto)	1. Ei koulutusta 2. Kansakoulu tai vähemmän 3. Keskikoulu 4. Ylioppilas	5. Opistotasoinen koulutus 6. Yliopistollinen loppututkinto 7. Ei tietoa	
7.	KIELI	a. Kieli 1. Suomi 2. Ruotsi 3. Muu b. Jos muu, mikä		
8.	MIELEN- TERVEYDEN ESITIEDOT	Käykö ASIAKIRJOISTA ilmi jokin mielisairaus, henkinen taantuma tai kehityshäiriö? 0. Ei 1. Kyllä		
9.	HENKISEEN TAANTUMAAN TAI KEHITYSVAMMAI- SUUTEEN LIITTYVÄT TILAT	Rastita kaikki ne tilat, jotka ilmenivät jo alle 22-vuotiaana ja ilmenevät edelleen Ei ole (siirry osaan AC) Elimellinen, kehitysvammaisuuteen liittyvä tila Downin syndrooma Autismi Epilepsia Muu elimellinen taantumaan tai kehityshäiriöön liittyvä tila Kehitysvammaisuus (ei elimellinen)		a. b. c. d. e. f.

OSA AC. TOTTUMUKSET

1. SÄÄNNÖLIISET TAVAT (Edeltävän vuoden ajalta ennen NYKYISTÄ SISÄÄNKIRJOITUSTA tai viimeisen kotona-asumisvuoden ajalta, jos tulee toisesta laitoksesta)	Rastita kaikki paikkansapitävä. Siirry viimeiseen kohtaan, jos tietoa ei ole.	
	PÄIVITTÄISET TOTTUMUKSET	
	On myöhään ylhäällä iltaisin (yli klo 21)	a.
	Säännölliset päivätorkut (vähintään tunti)	b.
	Ulkoilee useammin kuin yhtenä päivänä viikossa	c.
	Harrastukset, lukeminen tai päivän askareet täyttävät päivän	d.
	Viettää suurimman osan ajastaan yksin tai tv:tä katsellen	e.
	Liikkuu itsenäisesti sisätiloissa (tarvittavin apuvälinein)	f.
	Tupakoi vähintään päivittäin	g.
	EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	h.
	RUOKAILUTOTTUMUKSET	
	Erityisruokavalio	i.
	Syö välipaloja päivittäin tai miltei päivittäin	j.
Alkoholin käyttöä vähintään viikoittain	k.	
EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	l.	
PÄIVITTÄISIIN TOIMINTOIHIN LIITTYVÄT TAVAT		
Yöasussa suurimman osan päivää	m.	
Herää WC:hen kaikkina tai useimpina öinä	n.	
Epäsäännöllinen vatsantoiminta	o.	
Käy mieluummin suihkussa kuin kylvyssä	p.	
Käy saunassa	q.	
Kylpee iltapäivisin/iltaisin	r.	
EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	s.	
KANSSAKÄYMINEN		
Päivittäinen yhteys sukulaisiin tai lähiystäviin	t.	
Käy kirkossa tai vastaavassa säännöllisesti	u.	
Löytää voimaa uskosta	v.	
Päivittäin lemmikkieläin seurana	w.	
Osallistuu ryhmätoimintoihin	x.	
EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	y.	
EI TIETOA - Asiakas, hänen läheisensä tai ystävänsä eivät tiedä	z.	

OSA AD. LOMAKKEEN TÄYTTÄJÄT

1. LOMAKKEEN TÄYTTÄJIEN NIMET JA PVM	a. Osa AA	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Nimi	Päivä	Kk	Vuosi					
	b. Osa AB	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nimi	Päivä	Kk	Vuosi						
c. Osa AC	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nimi	Päivä	Kk	Vuosi						



Numero _____

MINIMUM DATA SET (MDS) — VERSIO 2.0
LAITOSHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN ARVIOINTIA JA
HOIDON TARPEEN KARTOITUSTA VARTEN

Käyttöalue: geriatria, kuntoutus ja vanhusten laitospalvelut.
Arvioidaan 7 viimeksi kulunutta päivää ellei toisin ilmoiteta.

OSA A. ARVIOINNIN PERUSTIEDOT

1.	ARVIOINTI-PÄIVÄMÄÄRÄ	MDS-tarkkailujakson viimeinen päivä <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Päivä Kk Vuosi	
2.	ARVIOINNIN SYY (Huom! Jos asiakas kirjoittautuu uudelleen sisään tai hän kirjoittautuu ulos, vain rajoitettu osa MDS:stä täytetään.)	Arvioinnin tärkein syy KOKONAISARVIOINTI 1. Ensimmäinen sisäänkirjaus 2. Vuosittainen arvio 3. Vointi on muuttunut oleellisesti 4. Oleellinen korjaus edelliseen arviointiin 5. Neljännesvuosittainen arvio RAJOITETTU ARVIOINTI, ULOSKIRJAUS 6. Uloskirjaus, todennäköisesti lopullinen 7. Uloskirjaus, paluu todennäköinen 8. Kirjattu ulos ennen ensimmäisen arvion valmistumista RAJOITETTU ARVIOINTI, UDELLEEN SISÄÄNKIRJAUS 9. Uudelleen sisäänkirjaus	
3.	ULOSKIRJAUKSEN TILA	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto 1. Koti tai vast. - ei palveluja 2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiri 3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiri 4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiri 5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava 6. Vanhainkoti 7. Terveyskeskuksen vuodeosasto 8. Akuutteisairaala 9. Psykiatrinen sairaala 10. Kehitysvammalaitos 11. Kuntoutussairaala 12. Kuollut 13. Muu	
4.	ULOSKIRJAUKSEN PÄIVÄMÄÄRÄ	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Päivä Kk Vuosi	
5.	MISTÄ TULEE (UDELLEEN SISÄÄNKIRJAUS)	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto 1. Kotoa tai vast. - ei palveluja 2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä 3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä 4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä 5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava 6. Vanhainkoti 7. Terveyskeskuksen vuodeosasto 8. Akuutteisairaala 9. Psykiatrinen sairaala 10. Kehitysvammalaitos 11. Kuntoutussairaala 12. Muu	
6.	UDELLEEN KIRJOITTAUTUMISEN PÄIVÄMÄÄRÄ	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto. Uudelleen kirjoittautuminen viimeisen sairaalahoidon jälkeen viimeisen 90 vuorokauden ajalta (tai viimeisen arvion tai sisäänkirjauksen jälkeen, jos arviosta on vähemmän kuin 90 vrk). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Päivä Kk Vuosi	
7.	VASTUUSUHTEET	Rastita kaikki soveltuvat kohdat Virallinen edunvalvoja - asiakkaalla rajoitettu toimintakelpoisuus a. Perheenjäsen / muu asioiden hoitaja Virallinen edunvalvoja - asiakkaalla taloudellinen edunvalvoja b. Asianomainen itse Muu virallinen asioiden hoitaja c. EI KUKAAN YLLÄ OLEVISTA	d. e. f.
8.	MUUT MÄÄRÄYKSET	Rastita kaikki soveltuvat kohdat. Tarkasta myös sairauskertomuksen merkinnät Hoitoahtoa a. Ravitsemustavan rajoitukset Elvytyskielto b. Lääkkeiden rajoitukset Ei saa lähettää sairaalaan c. Muut hoitoon liittyvät rajoitukset Dokumentti elinten luovutuksesta d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA Ruumiinavausta koskeva toive e.	f. g. h. i.

OSA E. MIELIALA JA KÄYTTÄYTYMINEN

1.	MASENNUKSEN, AHDISTUKSEN TAI SURULLISUUDEN MERKIT	<p>Kirjaa havainnot viimeisen 30 vrk:n ajalta välittämättä oletetusta syystä</p> <p>0. Ei viitettä tällaisesta oireesta viimeisen 30 vrk:n aikana</p> <p>1. Oire ilmenee korkeintaan viitenä päivänä viikossa</p> <p>2. Oire ilmenee päivittäin tai miltei päivittäin (6-7 päivänä viikossa)</p>		
		<p>AHDINGON SANALLINEN ILMAISEMINEN</p> <p>a. Kielteisiä ilmaisuja kuten "millään ei ole väliä", "parempi olla kuollut", "miksi elää näin kauan", "antakaa kuolla"</p> <p>b. Toistuvia kysymyksiä kuten "minne menen", "mitä teen"</p> <p>c. Toistuvia sanallisia ilmaisuja esim. avunpyyntöjä kuten "luoja auttakoon"</p> <p>d. Jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku; asiakas ärsyyntyy helposti, on kiukkuinen siitä, että on joutunut kyseiseen laitokseen tai suuttuu saadusta hoidosta</p> <p>e. Itsensä vähätely: "en ole mitään", "minusta ei ole kenellekään hyötyä"</p> <p>f. Epärealistiselta vaikuttavan pelon ilmaisuja: hylätyksi tulemisen, yksinäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko</p> <p>g. Ilmaisee toistuvasti arvelevansa, että jotain kauheaa tapahtuu, että hän kuolee, saa sydänkohtauksen</p> <p>h. Terveysteen liittyvät toistuvat valitukset, etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan</p>	<p>i. Toistuvat ahdistuneet valitukset/huoli (ei-terveydellinen); esim. toistuva huomionherättämisen tarve/tarvitsee vakuutteluja alkatauluista/aterioista/pyykistä/vaateista/ihmissuhteista</p> <p>UNIRYTMİ</p> <p>j. Huonotuulisuus aamuisin</p> <p>k. Unettomuus, unirytmän muutos</p> <p>SURUN, APAATTISUUDEN, AHDISTUKSEN ILMENEMINEN</p> <p>l. Surullinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme - esim. otsa rypyssä</p> <p>m. Itku, kyynelehtiminen</p> <p>n. Toistuvat fyysiset eleet: vaeltelu, käsien vääntely, levottomuus, hypistely, poimiminen</p> <p>KIINNOSTUNEISUUDEN MENETYS</p> <p>o. Vetäytyy aktiviteeteistaan - ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiviteetteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa</p> <p>p. Vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen</p>	
2.	MIELIALAN PYSYVYYS	<p>Yksi tai useampi viite masennuksesta, surusta tai ahdistuksesta. Pirstämisyrityksillä, lohdutuksella tai vakuutellulla ei ole ollut vaikutusta viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>0. Ei tällaisia oireita</p> <p>1. On oireita, mutta ne</p> <p>2. On oireita, mutta ne eivät lieydy helposti</p>		
3.	MIELIALAN MUUTOS	<p>Mielialan muutos verrattuna 90 vrk sitten tehtyyn arvioon (tai verrattuna edelliseen arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)</p> <p>0. Ei muutosta</p> <p>1. Parantunut</p> <p>2. Huonontunut</p>		
4.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT OIREET	<p>(A) Käyttäytymiseen liittyvien oireiden tiheys viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>0. Ei oireita</p> <p>1. Tämän tyyppinen käytös ilmeni 1 - 3 vuorokautena viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>2. Tämän tyyppinen käytös ilmeni 4 - 6 päivänä, mutta ei päivittäin</p> <p>3. Tämän tyyppinen käytös ilmeni päivittäin</p> <p>(B) Käyttäytymiseen liittyvän oireen muuttuvuus viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>0. Ei käytösoireita TAI oire helposti muutettavissa</p> <p>1. Käytösoire ei ole helposti muutettavissa</p>	<p>(A) (B)</p> <p>a. VAELTELU - kuljeskeli ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan</p> <p>b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTTÖ (kiroillut, uhkaillut, kiljunut muille)</p> <p>c. FYYNINEN PAHOINPITELY (lyönyt, raapinut, lähennellyt, tönänyt muita)</p> <p>d. SOSIAALISESTI SOPIMATON/HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN (äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista käyttäytymistä tai julkista riisuutumista, solkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, varastoinut tai kätkenyt tavaroita tai penkonut muiden tavaroita)</p> <p>e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOON (vastusteleo lääkkeiden/injektioiden otto, päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua tai syömistä)</p>	
5.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVIEN OIREIDEN MUUTOS	<p>Käyttäytymiseen liittyvien oireiden muutos verrattuna 90 vrk sitten tehtyyn arvioon (tai viimeksi tehtyyn arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)</p> <p>0. Ei muutosta</p> <p>1. Parantunut</p> <p>2. Huonontunut</p>		

OSA F. PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI

1.	ALOITEKYKY JA OSALLIS- TUMINEN	Seurustelee vaivattomasti muiden kanssa	a.
		Suunnitellut tai ohjatut toiminnot sujuvat vaivattomasti	b.
		Suorittaa vaivattomasti oma-aloitteisia toimintoja	c.
		Asettaa omia tavoitteita	d.
		Osallistuu laitoksen elämään (ystävystyy/säilyttää ystävyssuhteensa; on mukana ryhmätöihin; innostuu uusista aktiviteeteista; osallistuu uskonnollisissa toimituksissa)	e.
		Hyväksyy kutsun useimpiin ryhmätöihin	f.
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	g.
2.	EPÄVAKAAT IHMISSUHTEET	Peitely tai avoin konflikti tai toistuvaa henkilökunnan arvostelua	a.
		Ei viihdy huonetoverinsa kanssa	b.
		Ei viihdy muiden asukkaiden kanssa	c.
		Ilmaisee avoimesti ristiriitoja tai vihaa perhettä tai ystäviä kohtaan	d.
		Henkilökohtainen kontakti perheeseen/ystäviin puuttuu	e.
		Hiljainen läheisen perheenjäsenen/ystävän menetys	f.
		Ei sopeudu helposti päivittäisten rutiinien muutokseen	g.
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	h.
3.	ENTISET ROOLIT	Samaistuu voimakkaasti entisiin rooleihinsa ja elämäntilanteeseensa	a.
		Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyksi roolinsa/tilanteensa vuoksi	b.
		Käsittää päivittäisten tapojen/tekemisten olevan kovin erilaisia aiempiin, laitoksen ulkopuolisiin tapoihin verrattuna	c.
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	d.

OSA G. FYYSINEN TOIMINTAKYKY JA RAKENTEELLISET ONGELMAT

1.	(A) PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN SUORITUSKYKY (ADL) - Kirjaa asiakkaan SUORIUTUMINEN KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA viimeisen 7 vrk:n aikana - valmisteluja ei oteta huomioon			
	<p>0. ITSENÄINEN - Ei apua/valvontaa; TAI apua/valvontaa annettu korkeintaan 1-2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>1. OHJAUKSEN TARVETTA - Valvontaa, rohkaisua, kehoituksia annettu 3 kertaa tai useammin; TAI ohjausta (3 kertaa tai useammin) sekä fyysistä apua annettu vain 1-2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>2. TARVITSEE RAJOITETUSTI APUA - Tekee itse paljon. Saanut fyysistä apua raajojen ohjattuna liikkutena tai muussa sellaisessa toiminnassa, joka ei edellytä painon kannattelua 3 kertaa tai useammin; TAI enemmän apua annettu vain 1 - 2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>3. TARVITSEE RUNSAASTI APUA - Teki osan itse. Sai apua 3 kertaa tai useammin seuraavissa toimitissa: - tukea painon kannattelussa - sai henkilökunnalta täyden avun osan ajasta, mutta ei koko ajan viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>4. TÄYSIN AUTETTAVA - henkilökunnan täysi apu kaikkina viikonpäivinä viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT LAINKAAN viimeisen 7 vrk:n aikana</p>			
	(B) ANNETTU ADL-APU - Kirjaa ENIN ANNETTU APU KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA viimeisen 7vrk:n aikana. Kirjaa annettu apu huomioimatta asiakkaan kohtaan A kirjattua suoriutumiskykyä			
	0. Ei mitään fyysistä apua tai valmistelua henkilökunnalta		(A)	(B)
	1. Apua vain valmisteluissa		SUORITUSKYKY	ADL-APU
	2. Yhden henkilön fyysinen apu			
	3. Kahden tai useamman henkilön fyysinen apu			
	8. Itse ADL-toimintaa ei ole tapahtunut viimeisen viikon aikana lainkaan			
a.	LIIKKUMINEN SÄNGYSSÄ	Miten siirtyy makuulta istumaan ja takaisin, kääntyy sängyssä ja miten vartalon asento vaihtuu sängyssä		
b.	SIIRTYMINEN	Miten siirtyy tasolta toiselle: sängystä/sänkyyn, tuolista/tuoliin, pyörätuolista/pyörätuoliin, seisomaan/seisomasta (älä kirjaa tähän WC:tä tai kylpyä)		
c.	HUONEESSA KÄVELY	Miten asiakas kävelee huoneessaan paikasta toiseen		
d.	KÄYTÄVÄLLÄ KÄVELY	Miten asiakas kävelee yksikkönsä käytävällä		
e.	LIIKKUMINEN YKSIKÖSSÄ	Miten asiakas liikkuu huoneensa ja käytävän välillä samassa kerroksessa. Jos liikkuu pyörätuolilla, kirjaa liikkumisitsenäisyys tuoliin pääsyn jälkeen		
f.	LIIKKUMINEN YKSIKÖN ULKO-PUOLELLE	Miten asiakas liikkuu yksikköön/yksiköstä (muille alueille kuten ruokailuun, hoitoihin, aktiviteetteihin). Jos laitos on yksikerroksinen, kirjaa miten asiakas tulee ja poistuu kauemmaksi samassa kerroksessa. Jos hän liikkuu pyörätuolilla, kirjaa miten itsenäisesti liikkuu tuoliin päästyään		
g.	PUKEUTUMINEN	Miten asiakas pukeutuu, kiinnittää ja riisuu kaikki tavalliset arkivaatteensa (sisä- ja ulkovaatteet) proteesin kiinnitys ja irrotus mukaan lukien		
h.	RUOKAILU	Miten asiakas syö ja juo (taitavuutta ei oteta huomioon). Käsittelee myös letku- ja laskimonsisäisen ravitsemuksen		
i.	WC:N KÄYTTÖ	WC:n, urinaalin ja portatiivin käyttökyky. Siirtyminen WC:hen ja sieltä pois, pyyhkiminen, vaatteiden kohennus, katettrin tai avanteen hoitaminen, vaippojen vaihto		
j.	HENKILÖ-KOHTAINEN HYGIENIA	Kyky ylläpitää henkilökohtaista hygieniaa: hiusten kampaaminen, hampaiden pesu, parranajo, ehostaminen, kasvojen pesu, käsien pesu ja kuivaus, alapesu (ALA KIRJAA kylpyä tai suihkua)		
2.	KYLPEMINEN	Miten asiakas käy kylvyssä/suihkussa. Käsittelee kokovartalon pesun sienellä, siirtymisen suihkuun tai altaaseen ja sieltä pois (tukan- ja selän pesua ei oteta huomioon). Kirjaa suurin avun tarve ; suoriutuminen ja annettu apu	(A)	(B)
		(A) KYKY KYLPEÄ/KÄYDÄ SUIHKUSSA		
		0. Itsenäinen - ei mitään apua		
		1. Silmälläpito - tarkkailuapua		
		2. Fyysinen apu vain siirtymisissä		
		3. Fyysinen apu osin peseytymisessä		
		4. Täysin autettava		
		8. Tätä toimintaa ei esiintynyt lainkaan viimeisen 7 vrk:n aikana		
		(B) ruutu täytetään edellä olevan kohdan 1(B) mukaisesti (katso annettu ADL-apu)		

OSA H. PIDÄTYSKYKY VIIMEISEN 14 VRK:N AIKANA

1. PIDÄTYSKYVYN LUOKITUS KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA			
0. <i>PIDÄTYSKYKYINEN</i> - Täysi hallinta (<i>käsittää myös virtsakatetrin tai avanteen, jotka eivät vuoda</i>)			
1. <i>YLEENSÄ PIDÄTYSKYKYINEN</i> - RAKKO: pidätyskyvyn korkeintaan kerran viikossa tai harvemmin; SUOLI: pidätyskyvyn harvemmin kuin viikoittain			
2. <i>TOISINAAN PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: pidätyskyvyn kahdesti viikossa tai useammin, mutta ei päivittäin; SUOLI: pidätyskyvyn kerran viikossa			
3. <i>USEIN PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: taipumus päivittäiseen pidätyskyvyttömyyteen, mutta hallintakykyä on vielä jonkin verran jäljellä (päivävuoron aikana); SUOLI: pidätyskyvyn 2 - 3 kertaa viikossa			
4. <i>PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: ei rakon hallintaa, useita virtsankarkailuja päivittäin; SUOLI: kokonaan (tai miltei kokonaan) pidätyskyvyn			
a.	ULOSTEEN PIDÄTYSKYKY	Suolentoiminnan hallinta apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellainen on käytössä	
b.	VIRTSAN PIDÄTYSKYKY	Rakon toiminnan hallinta (jos on tiputtelua, ei kuitenkaan alushousujen läpi). Kirjaa tulos apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellaiset ovat käytössä	
2.	SUOLEN TOIMINTA	Säännöllinen - vähintään joka kolmas päivä Ummetus	
		a.	Ripuli
			Ulosteen pakkautuminen
		b.	<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>
3.	APUVÄLINEET JA OHJELMAT	Mikä tahansa ohjelmoitu WC-opetus Rakon uudelleen koulutusohjelma Virtsakondomi/ulkoinen virtsankerääjä Katetri (sisäinen) Toistokatetrointi	
		a.	Ei käytä WC:tä/portatiivia/urinaalia/ alusastiaa
		b.	Vaipat
		c.	Peräruiskeet/huuhtelut
		d.	Mikä tahansa avanne
		e.	<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>
4.	MUUTOS VIRTSANPIDÄTYSKYVYSSÄ	Muutos virtsanpidätyskyvyssä 90 vrk sitten tehtyyn arvioon verrattuna (tai edelliseen arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk) 0. Ei muutosta 1. Parantunut 2. Huonontunut	

OSA I. DIAGNOOSIT

Rastita vain ne diagnoosit, joilla on yhteys asiakkaan nykyiseen toimintakykyyn, kognitiiviseen statukseen, mielialaan, käytökseen, lääkinnällisiin tai hoidollisiin ohjelmiin tai kuolemanvaaraan (älä kirjaa inaktiivisia diagnooseja)		
1.	SAIRAUDET	<p><i>Jos mikään seuraavista ei koske asiakasta, RASTITA RUUTU "EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA"</i></p> <p>ENDOKRINOLOGIA/METABOLIA/RAVITSEMUS</p> <p>Diabetes mellitus (sokeritauti) <input type="checkbox"/></p> <p>Hypertyreosi (kilpirauhasen liikatoiminta) <input type="checkbox"/></p> <p>Hypotyreosi (kilpirauhasen vajaatoiminta) <input type="checkbox"/></p> <p>SYDÄN/VERENKIERTO</p> <p>Arteroskleroottinen sydäntauti (sepelvaltimotauti) <input type="checkbox"/></p> <p>Sydämen rytmihäiriöt <input type="checkbox"/></p> <p>Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta <input type="checkbox"/></p> <p>Syvä laskimotukos <input type="checkbox"/></p> <p>Verenpainetauti <input type="checkbox"/></p> <p>Hypotensio <input type="checkbox"/></p> <p>Alaraajojen verenkierron häiriö <input type="checkbox"/></p> <p>Muu sydän- ja verisuonitauti <input type="checkbox"/></p> <p>MUSKULOSKELETAALITAUDIT</p> <p>Artriitti <input type="checkbox"/></p> <p>Lonkkamurtuma <input type="checkbox"/></p> <p>Raajan puuttuminen (amputaatio) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporoosi (luukato) <input type="checkbox"/></p> <p>Patologinen murtuma (sairaudesta johtuva) <input type="checkbox"/></p> <p>NEUROLOGIA</p> <p>Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/></p> <p>Afasia (kielellinen ilmaisukykyyn häiriö) <input type="checkbox"/></p> <p>CP (synnytyksen tai kehityksen yhteydessä tapahtunut aivovaurio) <input type="checkbox"/></p> <p>Aivohalvaukset <input type="checkbox"/></p> <p>Muu dementia (kuin Alzheimerin tauti) <input type="checkbox"/></p> <p>Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaukset/heikkous) <input type="checkbox"/></p> <p>Multipple skleroosi <input type="checkbox"/></p> <p>Paraplegia (alaraajojen halvaus) <input type="checkbox"/> x.</p> <p>Parkinsonin tauti <input type="checkbox"/> y.</p> <p>Tetraplegia (nelirajahalvaus) <input type="checkbox"/> z.</p> <p>Kouristelutaipumus (epilepsia tai vastaava) <input type="checkbox"/> aa.</p> <p>TIA (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö) <input type="checkbox"/> bb.</p> <p>Aivotrauma <input type="checkbox"/> cc.</p> <p>PSYKIATRIA/MIELIALA</p> <p>Ahdistuneisuushäiriö <input type="checkbox"/> dd.</p> <p>Depressio <input type="checkbox"/> ee.</p> <p>Maaninen depressio (bipolaarinen depressio) <input type="checkbox"/> ff.</p> <p>Skitsofrenia <input type="checkbox"/> gg.</p> <p>KEUHKOSAIRAUDET</p> <p>Astma <input type="checkbox"/> hh.</p> <p>Emfyseema/COPD (Keuhkolaajentuma/krooninen ilmasteiden ahtautuma) <input type="checkbox"/> ii.</p> <p>AISTIT</p> <p>Katarakta (harmaakaihi) <input type="checkbox"/> jj.</p> <p>Diabeettinen retinopatia (diabeteksen aiheuttama verkkokalvon sairaus) <input type="checkbox"/> kk.</p> <p>Glaukooma (viherkaihi) <input type="checkbox"/> ll.</p> <p>Maculan degeneraatio (silmänpohjarappeuma) <input type="checkbox"/> mm.</p> <p>MUUT</p> <p>Allergia <input type="checkbox"/> nn.</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> oo.</p> <p>Syöpä <input type="checkbox"/> pp.</p> <p>Munuaisten vajaatoiminta <input type="checkbox"/> qq.</p> <p>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> rr.</p>
2.	INFEKTIOT	<p><i>Jos mikään seuraavista ei koske asiakasta, RASTITA RUUTU "EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA"</i></p> <p>Antibiootille resistentti infektio (esim. MRSA) <input type="checkbox"/> a.</p> <p>Clostridium Difficile <input type="checkbox"/> b.</p> <p>Konjunktiviitti (silmän sidekalvon tulehdus) <input type="checkbox"/> c.</p> <p>HIV <input type="checkbox"/> d.</p> <p>Pneumonia (keuhkokuume) <input type="checkbox"/> e.</p> <p>Hengitystieinfektio <input type="checkbox"/> f.</p> <p>Septikemia (verenmyrkytys) <input type="checkbox"/> g.</p> <p>Sukupuolitauti <input type="checkbox"/> h.</p> <p>Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> i.</p> <p>Virtsatieinfektio viimeisen 30 päivän aikana <input type="checkbox"/> j.</p> <p>Virushepatiitti (viruksen aiheuttama maksatulehdus) <input type="checkbox"/> k.</p> <p>Haavainfektio <input type="checkbox"/> l.</p> <p>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> m.</p>
3.	MUITA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOOSEJA JA ICD-10 KOODEJA	<p>a. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>b. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>c. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>d. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>e. _____ <input type="checkbox"/></p>

OSA J. TERVEYDENTILA

1.	TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA	<p>Rastita kaikki ongelmat viimeisen 7 vrk:n aikana ellei muuta ajanjaksoa anneta</p> <p>NESTEYTYSTILAA ILMAISEVAT</p> <p>Painonnousu tai -lasku 1,5 kg tai enemmän 7 vrk:ssa</p> <p>Ei voi maata selälään hengenahdistuksen vuoksi</p> <p>Kuiva; erittää enemmän nesteitä kuin ottaa</p> <p>Riittämätön nesteiden otto; EI juonut kaikkea tarjottua nestettä viimeisen 3 vrk:n aikana</p> <p>MUUT</p> <p>Harhaluuloisuus</p> <p>Huimaus/pyöritys</p> <p>Turvotus</p>	<p><input type="checkbox"/> Kuume</p> <p><input type="checkbox"/> Harhaisuus</p> <p><input type="checkbox"/> Sisäinen verenvuoto</p> <p><input type="checkbox"/> Toistuva aspiraatio viimeisen 90 vrk:n aikana</p> <p><input type="checkbox"/> Hengenahdistus</p> <p><input type="checkbox"/> Pyörtyminen / tajunnanmenetys</p> <p><input type="checkbox"/> Epävarma kävely</p> <p><input type="checkbox"/> Oksentelu</p> <p><input type="checkbox"/> Pahoinvointi</p> <p><input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</p>	<p><input type="checkbox"/> h.</p> <p><input type="checkbox"/> i.</p> <p><input type="checkbox"/> j.</p> <p><input type="checkbox"/> k.</p> <p><input type="checkbox"/> l.</p> <p><input type="checkbox"/> m.</p> <p><input type="checkbox"/> n.</p> <p><input type="checkbox"/> o.</p> <p><input type="checkbox"/> p.</p> <p><input type="checkbox"/> q.</p>
2.	KIVUN OIREET	<p><i>Kirjaa suurin määrä kipua viimeisen 7 vrk:n aikana</i></p> <p>a. KIVUN TIHEYS. Miten usein asiakas valittaa kipua/esiintyy viiletä kivuista</p> <p>0. Ei kipuja (siirry kohtaan J4)</p> <p>1. Kipuja harvemmin kuin päivittäin</p> <p>2. Kipuja päivittäin</p>	<p>b. KIVUN VOIMAKKUUS</p> <p>1. Lievä kipu</p> <p>2. Kohtalainen kipu</p> <p>3. Ajoittain vaikea/sietämätön kipu</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
3.	KIVUN SIJAINTI	<p><i>Rastita kaikki kohdat, joissa kipua esiintynyt viimeisen 7 vrk:n aikana</i></p> <p>Selkäkipu</p> <p>Luukipu</p> <p>Rintakipu tavallisten toimintojen yhteydessä</p> <p>Päänsärky</p> <p>Lonkkakipu</p>	<p><input type="checkbox"/> Leikkauksen jälkeinen haavakipu</p> <p><input type="checkbox"/> Nivelkipu (muu kuin lonkka)</p> <p><input type="checkbox"/> Pehmytosakipu (leesio, lihas)</p> <p><input type="checkbox"/> Vatsakipu</p> <p><input type="checkbox"/> Muu</p>	<p><input type="checkbox"/> f.</p> <p><input type="checkbox"/> g.</p> <p><input type="checkbox"/> h.</p> <p><input type="checkbox"/> i.</p> <p><input type="checkbox"/> j.</p>
4.	TAPATURMAT	<p><i>Rastita seuraavista kaikki soveltuva</i></p> <p>Kaatonut viimeisen 30 vrk:n aikana</p> <p>Kaatonut viimeisen 31-180 vrk:n aikana</p> <p>Lonkkamurtuma viimeisen 180 vrk:n aikana</p>	<p><input type="checkbox"/> Muu murtuma viimeisen 180 vrk:n aikana</p> <p><input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</p>	<p><input type="checkbox"/> d.</p> <p><input type="checkbox"/> e.</p>
5.	TERVEYDENTILAN VAKAUS	<p>Terveystila/sairaudet ovat muuttaneet asiakkaan kognitiivista kykyä, ADL-kykyä, mielialaa tai käytöstä epävakaaksi (vaihtelevaksi, epävarmaksi tai huonommaksi)</p> <p>Parhailtaan akuutti sairaus/kroonisen tai toistuvan sairauden akuuttivaihe</p> <p>Sairauden terminaalivaihe, elinaikaa jäljellä 6 kk tai vähemmän</p> <p>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</p>	<p><input type="checkbox"/> a.</p> <p><input type="checkbox"/> b.</p> <p><input type="checkbox"/> c.</p> <p><input type="checkbox"/> d.</p>	

OSA K. SUUN TERVEYS/RAVITSEMUSTILA

1.	SUUN ONGELMAT	Puremisongelma	a.		
		Nielemisongelma	b.		
		Kipu suussa	c.		
		EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	d.		
2.	PITUUS JA PAINO	Kirjaa (a.) pituus sentteinä ja (b.) paino kiloina viimeisen 30 vrk:n ajalta olevan punnituksen mukaan. Käytä johdonmukaisesti osaston rutiinikäytäntöä (aamupaino virtsauksen jälkeen, ennen ruokaa, ilman kenkiä ja yöpukeissa)			
	a. pituus cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. paino kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.	PAINON MUUTOS	a. Painon lasku: 5 % tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana TAI 10 % tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana 0. Ei 1. Kyllä			
		b. Painon nousu: 5 % tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana TAI 10 % tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana 0. Ei 1. Kyllä			
4.	RAVITSEMUS- ONGELMAT	Valittaa monien ruokien mausta	a. Jättää ruoastaan syömättä 25% tai enemmän useimmilla aterioilla	c.	
		Valittaa nälkää säännöllisesti tai toistuvasti	b. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	d.	
5.	RAVITSEMUS- TAPA	Rastita kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana			
		Laskimonsisäinen ravitseminen (subclavia)	a.	Välipalat	f.
		Letkuravitseminen	b.	Erytisastioita/ruokailuvälineitä	g.
		Hienonnettu ruoka	c.	Asiakas on painonmuutokseen tähtäävällä dieetillä	h.
		Ruiskulla suun kautta annettava ruoka	d.	EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	i.
		Terapeuttinen dieetti	e.		
6.	LASKIMON SISÄINEN/ LETKU- RAVITSEMUS	Siirry osaan L, jos 5a tai 5b eivät ole ajankohtaisia			
		a. Kirjaa kokonaiskalorimäärä, jonka asiakas on saanut letkuravitsemuksena viimeisen 7 vrk:n aikana 0. Ei ollenkaan 3. 51 - 75% 1. 1 - 25% 4. 76 - 100% 2. 26 - 50%			
	b. Kirjaa keskimääräinen nestemäärä, jonka asiakas on saanut laskimonsisäisesti tai letkulla viimeisen 7 vrk:n aikana 0. Ei ollenkaan 3. 1001 - 1500 ml/vrk 1. 1 - 500 ml/vrk 4. 1501 - 2000 ml/vrk 2. 501 - 1000 ml/vrk 5. 2001 ml/vrk tai enemmän				

OSA L. SUUN TERVEYS/HAMPAISTO

1.	SUUNTERVEYS JA SAIRAUKSIEN EHKÄISY	Debristä (= pehmeää, helposti poistettavaa ainetta) suussa ennen nukkumaanmenoa	a.
		Hammaspoteesi tai pois otettava silta	b.
		Osa hampaista tai kaikki omat hampaat puuttuvat - ei ole tai ei käytä proteeseja (tai osatukia)	c.
		Murtuneet, heiluvat tai kariotiset hampaat	d.
		Tulehtuneet ikenet, ikenissä turvotusta, verenvuotoa, paiseita, haavoja tai suun ihottumaa	e.
		Päivittäinen hampaiden puhdistus (omat hampaat tai proteesi) - asiakas tai henkilökunta puhdistaa	f.
		EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	g.

OSA N. AKTIIVISUUS JA HARRASTAMINEN

1.	HEREILLÄ- OLOAIKA	Rastita asianmukaiset ajanjaksot viimeisen 7 vrk:n aikana Hereillä koko ajan tai suurimman osan ajasta (ei yli tunnin torkkuja) Aamulla <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Illalla <input type="checkbox"/> c. Iltapäivällä <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> d.
(Jos asiakas on tajuton, siirry OSAAN O.)		
2.	KESKIMÄÄRÄINEN HARRASTEISIIN OSALLISTUMIS- AIKA	Hereillä ollessa, kun asiakas ei saa hoitoja ja ADL-tukea 0. Suurin osa - yli 2/3 ajasta 2. Vähän - vähemmän kuin 1/3 ajasta 1. Toisinaan 1/3 - 2/3 ajasta 3. Ei ollenkaan
3.	MIELUISIN HARRASTE- YMPÄRISTÖ	Rastita kaikki mieluisat paikat, jotka asiakas asettaa harrasteissaan etusijalle Oma huone <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Vanhainkodin/terveyskeskuksen Päiväsali <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> ulkopuolella Vanhainkodissa/terveyskeskus- sairaalassa osaston ulkopuolella <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e.
4.	MIELUISIMMAT HARRASTEET (nykyiseen toimintakykyyn sopeutettuina)	Rastita kaikki MIELTYMYKSET riippumatta siitä onko kyseinen toiminto nykyisin saatavilla Korttipeli/muut pelit <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> Matkailu/ostokset <input type="checkbox"/> g. Taide/käsityöt <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> Ulkoilu (kävelen/pyörätuolla) <input type="checkbox"/> h. Liikunta/urheilu <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> TV:n katselu <input type="checkbox"/> i. Musikki <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> Puutarhan tai kasvien hoito <input type="checkbox"/> j. Lukeminen/kirjoittaminen <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> Puhelminen, keskustelu <input type="checkbox"/> k. Henkinen/uskonnollinen harrastus <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> Muiden auttaminen <input type="checkbox"/> l. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> m.
5.	TOIVOO MUUTOSTA PÄIVITTÄISIIN RUTIINEIHIN	Kirjaa asiakkaan toiveet päivittäisistä rutiineista 0. Ei muutosta 1. Pieni muutos 2. Suuri muutos a. Asiakkaan nykyiset harrasteet b. Asiakkaan osallistumisaktiivisuus nykyisiin harrasteisiin

OSA O. LÄÄKITYS

1.	LÄÄKKEIDEN LUKUMÄÄRÄ	Kirjaa erilaisten lääkkeiden lukumäärä viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa "0" (nolla) jos lääkkeitä ei ole käytetty
2.	UUDET LÄÄKKEET	Saa lääkkeitä, jotka on aloitettu viimeisen 90 vrk:n aikana 0. Ei 1. Kyllä
3.	INJEKTIOT	Kirjaa kuinka monena PÄIVÄNÄ asiakas sai injektion viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa "0" (nolla) jos ei injektioita
4.	NIIDEN PÄIVIEN LUKUMÄÄRÄ, JOLLOIN SAI SEURAAVIA LÄÄKKEITÄ	Kirjaa PÄIVIEN lukumäärä, viimeisen 7 vrk:n aikana; Laita "0" (nolla), jos lääkettä ei käytetty. Huom! Laita "1" (yksi), jos käytössä on pitkävaikutteinen, harvemmin kuin kerran viikossa annosteltava lääke a. Antipsykootti (neurolepteihin kuuluva valmiste) <input type="checkbox"/> d. Unilääke b. Anksiolyytti (ahdistusta lievittävä ja/tai rauhoittava lääke) <input type="checkbox"/> e. Diureetti (nesteenoistolääke) c. Antidepressantti (masennuslääke) <input type="checkbox"/> f. Analgeetti (kipulääke)

OSA P. ERITYISHOIDOT

1.	ERITYISHOIDOT, TOIMINNOT JA OHJELMAT	a. ERITYISHOITO <i>Rastita</i> hoidot ja ohjelmat, joita asiakas on saanut viimeisen 14 vrk aikana. (Huom! - Laske mukaan vain sisäänkirjauksen jälkeiset hoidot)																										
		HOIDOT Kemoterapia Dialyysi IV-lääkitys Nestetasapainon seuranta Akuuttiilan lääketieteellinen seuranta Avanteen hoito Happihoito Sädehoito Imu Trakeostomian hoito Verensiirrot Ventilaattori tai respiraattori	<table border="1"> <tr><td>a.</td></tr> <tr><td>b.</td></tr> <tr><td>c.</td></tr> <tr><td>d.</td></tr> <tr><td>e.</td></tr> <tr><td>f.</td></tr> <tr><td>g.</td></tr> <tr><td>h.</td></tr> <tr><td>i.</td></tr> <tr><td>j.</td></tr> <tr><td>k.</td></tr> <tr><td>l.</td></tr> </table>	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	ERITYISOHJELMAT a. Alkoholilääkkeiden vieroitusohjelmat b. Alzheimerin tautiin/dementiaan erikoistunut yksikkö c. Hospice-yksikkö (saattohoitoyksikkö) d. Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi e. Muu lyhytaikaishoito f. Tarvitaan opetusohjelma kotiinpaluuta varten (lääkkeiden otto, taloustyöt, ostokset, liikkuminen, ADL:t) g. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA h. i. j. k. l.	<table border="1"> <tr><td>m.</td></tr> <tr><td>n.</td></tr> <tr><td>o.</td></tr> <tr><td>p.</td></tr> <tr><td>q.</td></tr> <tr><td>r.</td></tr> <tr><td>s.</td></tr> </table>	m.	n.	o.	p.	q.	r.	s.				
a.																												
b.																												
c.																												
d.																												
e.																												
f.																												
g.																												
h.																												
i.																												
j.																												
k.																												
l.																												
m.																												
n.																												
o.																												
p.																												
q.																												
r.																												
s.																												
		b. TERAPIAT - Kirjaa päivien lukumäärä ja jokaisen terapiamuodon yhteinen minuuttimäärä (jos on annettu vähintään 15 min/vrk) viimeisen 7:n vuorokauden aikana. (Laita "0", jos terapiaa oli vähemmän kuin 15 min tai ei ollenkaan.) Huom! Vain sisäänkirjauksen jälkeiset terapiat. (A) = Anna niiden päivien lukumäärä, jolloin terapiaa annettiin 15 minuuttia tai enemmän (B) = Anna minuuttien lukumäärä viimeisen 7 vrk:n aikana		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PV</th> <th>MIN.</th> </tr> <tr> <th></th> <th>(A)</th> <th>(B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b. Toimintaterapia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>c. Fysioterapia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>d. Hengitysterapia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		PV	MIN.		(A)	(B)	a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut			b. Toimintaterapia			c. Fysioterapia			d. Hengitysterapia			e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)					
	PV	MIN.																										
	(A)	(B)																										
a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut																												
b. Toimintaterapia																												
c. Fysioterapia																												
d. Hengitysterapia																												
e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)																												
2.	MIELIALAAN, KÄYTKÖSEEN JA KOGNITIOON VAIKUTTAMINEN	Kirjaa kaikki interventiot tai strategiat viimeisen 7 vrk:n aikana riippumatta siitä, missä ne on annettu Erityinen käytösoireen arviointiohjelma Mielenterveysasiantuntijan arvio viimeisen 90 vrk:n aikana Ryhmäterapia Asiakkaan mielialan/käyttäytymisen erityistarpeen mukainen ympäristönmuutos Uudelleen orientoituminen (esim. realiteettiterapia) EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA		<table border="1"> <tr><td>a.</td></tr> <tr><td>b.</td></tr> <tr><td>c.</td></tr> <tr><td>d.</td></tr> <tr><td>e.</td></tr> <tr><td>f.</td></tr> </table>	a.	b.	c.	d.	e.	f.																		
a.																												
b.																												
c.																												
d.																												
e.																												
f.																												
3.	HOITAJIEN ANTAMA KUNTOUTUS JA YLLÄPITOHOITO	Kirjaa jokaisesta kuntoutusmuodosta, ylläpitohoidosta, tai tavasta niiden PÄIVIEN LUKUMAÄRÄ, jolloin kyseistä hoitomuotoa annettiin 15 minuutin ajan tai kauemmin viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa 0 (nolla), jos hoitomuotoa oli vähemmän kuin 15 min/vrk.		<table border="1"> <tr><td>a. Passiivinen liikehoito</td><td></td><td>f. Käveleminen</td><td></td></tr> <tr><td>b. Aktiivinen liikehoito</td><td></td><td>g. Pukeutuminen tai siistiytyminen</td><td></td></tr> <tr><td>c. Avustaminen lastan tai tuen käytössä</td><td></td><td>h. Syöminen tai nieleminen</td><td></td></tr> <tr><td>OPASTAMINEN JA HARJOITTELU:</td><td></td><td>i. Amputaatio/proteesin hoito</td><td></td></tr> <tr><td>d. Vuoteessa liikkuminen</td><td></td><td>j. Kommunikaatio</td><td></td></tr> <tr><td>e. Siirtyminen</td><td></td><td>k. Muu</td><td></td></tr> </table>	a. Passiivinen liikehoito		f. Käveleminen		b. Aktiivinen liikehoito		g. Pukeutuminen tai siistiytyminen		c. Avustaminen lastan tai tuen käytössä		h. Syöminen tai nieleminen		OPASTAMINEN JA HARJOITTELU:		i. Amputaatio/proteesin hoito		d. Vuoteessa liikkuminen		j. Kommunikaatio		e. Siirtyminen		k. Muu	
a. Passiivinen liikehoito		f. Käveleminen																										
b. Aktiivinen liikehoito		g. Pukeutuminen tai siistiytyminen																										
c. Avustaminen lastan tai tuen käytössä		h. Syöminen tai nieleminen																										
OPASTAMINEN JA HARJOITTELU:		i. Amputaatio/proteesin hoito																										
d. Vuoteessa liikkuminen		j. Kommunikaatio																										
e. Siirtyminen		k. Muu																										

Numero _____

OSA R. TIETOJA ARVIOINNISTA

1.	OSALLIS- TUMINEN ARVIOON	a. Asiakas:	0. Ei	1. Kyllä		
		b. Perhe:	0. Ei	1. Kyllä	2. Ei perhettä	
		c. Muu tärkeä henkilö:	0. Ei	1. Kyllä	2. Ei ketään läheisiä	
2. ARVIOIJEN NIMET						
a.	Nimi		Osat		Pvm	
b.					Pvm	
c.					Pvm	
d.					Pvm	
e.					Pvm	
f.					Pvm	

Liite 2. Saatekirje kyselylle

Lahdessa 5.11.2014

Hyvät osastonhoitajat!

Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa Johtamisen- ja kehittämisen koulutusohjelmassa YAMK-tutkintoa ja koulutuksen sisältöön kuuluu kehittämishankkeen tekeminen. Oman hankkeeni aiheena on RAI (Itc) käyttö osastonhoitajan työvälineenä, vuosikello-mallin suunnittelu RAI-järjestelmään. Kehittämishankkeen aiheen olen saanut Sairaalapalvelupäällikkö---- . Työelämässä työtäni ohjaa RAI suunnittelija ----- ja hankkeen ohjaajana koulussa toimii opettaja ----- . Olen saanut sähköpostitse suositukset hankkeen toteuttamiseen kanssanne ---- sekä -----.

Hankkeeni kohderyhmänä on kymmenen RAI Itc:tä käyttävää osastonhoitajaa ja siksi toivon teidän vastaavan tässä sähköpostissa liitteenä oleviin avoimiin kysymyksiin RAI käytöstä essee-tyyppisellä vastauksella. Vastaukset palautetaan sähköpostitse allekirjoittaneelle, jolloin voin tarvittaessa palata täsmentämään vastauksia. Vastaajien nimiä ei tulla missään hankkeen vaiheessa julkaisemaan.

Kyselyn vastaukset toivon saavani käytettäväkseni viimeistään 30.11.2014
Sähköpostiini: tarja.ylitalo@student.lamk.fi

Vastauksianne mielenkiinnolla odottaen!

Tarja Ylitalo

Liite 3. Saatekirje vuosikellolle

Hei NIMI !

Viime syksynä sait @-postiisi kyselyn koskien YAMK:n opintojeni kehittämishanketta. Hankkeen aiheena oli Vuosikello-mallin suunnittelu RAI-järjestelmään - RAI osastonhoitajan työvälineenä.

Kehittämishankkeeni alkaa olla loppusuoralla, mutta tarvitsesin vielä teidän vastaajien mielipiteitä ja ajatuksia siitä mitä RAI vuosikellon tulisi sisältää. Tässä sähköpostissa on liitteenä suunnittelemani vuosikello, jonka sisältöön toivon saavani teiltä vielä kommentteja. Mitä selkeitä kiinnekohtia RAI:n käytössä osastonhoitajan työvälineenä teillä on, Onko RAI:n käytössä jotain vuosittain toistuvaan vuosikelloon sisällytettävää toimintaa yms..

Toivon teidän kommentoivan aiasa mahdollisimman pian kuintekin viimeistään 5.8 mennessä.

Ehdotuksia, kommentteja ja mielipiteitä mielenkiinnolla odottaen.

Tarja Ylitalo

Liite 4. Teemoittelu esimerkki

ALKUPERÄISILMAISUT	PELKISTETYILMAISUT	ALALUOKKA TEEMAT	YLÄLUOKKA TEEMAT
Seuraan potilaiden kokonaisvaltaista kuntoa, toimintakykyä, rauhoittavien/unilääkkeiden käyttöä, avuntarvetta.	Asiakkaiden hoidon seuraaminen	HOIDON SUUNNITTELU JA SEURAAMINEN	POTILAS
Seuraan potilaiden hoitoisuutta laatumittareiden tuloksista	Potilaiden toimintakyvyn muutoksien seuraaminen		
Mahdollistaa potilaiden kokonaislääkityksen arvioinnin ja siihen puuttumisen, jos lääkkeitä menee paljon	Lääkehoidon arviointi ja muuttaminen		
Pystyn puuttumaan potilas kohtaisiin RAI-tuloksiin esim. miksi ei ole kuntoutusta	Potilaiden hoidon kyseenalaistaminen		
Hoitosuunnitelman tekemisessä	Potilas hoidon suunnittelu		
Seuraan tiettyjä mittareita esim. kipumittaria	Potilaskohtainen mittareiden seuraaminen		
Se on apuna oikean hoitopaikan pohdinnassa	Potilashoidon suunnittelu		
Katson sovittujen tavoiteindikaattorien tuloksia ja puutun	Tavoitteiden toteutumisen seuraaminen	TOIMINNAN SUUNNITTELU JA SEURAAMINEN	TOIMINTA
Saan kokonaiskuvan yksikköni asukkaiden toimintakyvystä	Toiminnan seuraaminen		
Tuloksista löytyy uusia kehittämiskohteita yksikölle	Toiminnansuunnittelu		
Nostan tulostietoon selkeitä RAI-arvoja ja seuraan niitä	Toiminnansuunnittelu		
Palauteraportit antavat tärkeää tietoa osaston erityispiirteistä esim. budjettiin	Toiminnansuunnittelu		
RAI-tulosten läpikäynti yksikössä sekä johtoryhmässä	Yksikön toiminnan arviointi	YKSIKÖN TOIMINNAN OHJAAMINEN, KEHITTÄMINEN JA ARVIOINTI	JOHTAMINEN
Tulosten avulla saan tietoa hoitotyön laadusta ja kehittämiskohteista	Apua laadun seurantaan ja kehittämiseen		
Ohjaan yksikön toimintaa tulosten mukaan	Apua toiminnan ohjaamiseen		

Henkilökunnan koulutustarpeiden suunnitteluun RAI:n pohjalta	Apu henkilöstöjohtamisessa	HENKILÖSTÖJOHTAMISEN SUUNNITTELU JA ARVIOINTI	
Henkilöstöressurssien suunnittelu ja arviointi	Apu henkilöstöjohtamisessa		
THL:n palauteraporttien pohjalta tuloksien vertailu valtakunnallisella tasolla	Vertailu valtakunnallisella tasolla	YKSIKKÖKOHTAINEN VERTAILU	
Voin vertailla oman yksikön toimintaa	Yksikön tulosten vertaaminen vuositasolla		
Raporttien/tuloksien läpi käyminen palveluesimiesten kanssa	Vertailu yksiköiden välillä		

