

Opinnäytetyö (AMK)

Sosiaali-ala

NSOSTK13

2016

Mirka Järvinen

OMAISHOIDON OHJAAJIEN JA
PALVELUOHJAAJIEN
KOKEMUKSIA
TOIMINTAKYKYTESTI RAI:N
KÄYTTÖÖNOTOSTA

Mirka Järvinen

OMAISHOIDON OHJAAJIEN JA PALVELUOHJAAJIEN KOKEMUKSIA TOIMINTAKYKYTESTI RAI:N KÄYTTÖÖNOTOSTA.

Tämä tutkimus käsittelee Turun kaupungin omaishoidon ohjaajien sekä ikäihmisten palvelutorin palveluohjaajien kokemuksia toimintakykytesti RAI Screenerin käyttöönotosta. Tutkimuksen tavoitteena on antaa Turun kaupungin avopalveluihin kattava kuva siitä, mitä hyötyä työntekijät ovat saaneet uudesta toimintakykytestistä ja minkälaista tukea he ovat saaneet työyhteisössään toimintakykytestin käyttöönottovaiheessa sekä mahdollisissa ongelmatilanteissa.

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluiden avulla. Haastateltavia oli yhteensä kymmenen. Aineisto on yhtenäinen huolimatta eri työpisteistä, haastateltavien vastauksien tunnistamattomuus oli tärkeä osa tutkimusta.

Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että RAI Screeneriä pidettiin laajana toimintakykymittarina joka auttoi arvioimaan asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisemmin. Myös työyhteisön toimintatavat yhtenäistyivät ja jokainen työyhteisön jäsen tiesi, että kaikki työntekijät kysyvät asiakkaan arviointikäynnillä samat asiat.

RAI Screener oli kuitenkin myös puutteellinen. Vaikka uutta toimintakykytestiä muotoiltiin laajaksi, puuttui testistä paljon oleellista tietoa ikäihmisen toimintakykyyn liittyen, kuten uni ja yöavun tarve. Osa haastateltavista koki RAI Screenerin myös tulkinnanvaraisena. Työntekijät ymmärsivät kysymyksiä eri tavalla ja näin tuloksien vertailu vaarantuu. Puolet haastateltavista eivät nähneet hyötyä RAI Screenerin käyttöönotossa. RAI Screener nähtiin liian laajana sekä raskaana varsinkin hyväkuntoisille ikäihmisille.

ASIASANAT:

: Toimintakyky, Ikääntyneet, Toimintakykymittari, RAI.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Bachelor of social studies

2016 | 44

Liisa Pirinen

Mirka Järvinen

CAREGIVER ADVISORS AND SERVICE ADVISORS EXPERIENCES ON THE IMPLEMENTATION OF THE RAI – ABILITY TO FUNCTION TEST

This study concerns caregiver advisors and service advisors experiences on the implementation of the RAI- ability to function test in Turku. The aim of the study is to give a comprehensive picture of the perceived benefits of the RAI, as well as the amount of support employees have received while using the RAI.

The method used in this study structured interviews; a total of ten employees were interviewed.

The results indicate that the RAI Screener is a comprehensive ability to function test for the elderly which provides an extensive evaluation of the client's ability to function. The implementation of the RAI also increased the uniformity of evaluations, employees can be confident that clients are evaluated using the same questions, regardless of who performs the evaluation.

However, the results also indicate some deficiencies in the RAI test. Although the new ability to function - test is perceived as extensive, matters such as sleep, and need of night-time assistance are not included in the test. Some respondents claimed that the questions used in the test can be interpreted in several ways, which decreases the comparability of the results. Half of the respondents did not see any benefits in using the RAI Screener in their workplace. The RAI Screener was seen being too burdensome and extensive, especially to healthy elderly clients.

KEYWORDS:

Ability to function, Elderly, Ability to function- test, RAI

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 RAI-TOIMINTAKYKYMITTARIN KÄYTTÖ OMAISHOIDOSSA JA PALVELUTORILLA	6
2.1 Omaishoidontuki sekä palvelutori	6
2.2 Toimintakyky ikäihmisillä	8
2.3 Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointi	12
2.4 RAI-toimintakykymittari	16
2.5 RAI- Screener	19
3 TUTKIMUSTAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1 Aineiston keruu	22
4.2 Haastateltavat	23
4.3 Aineiston analyysi	25
5 TULOKSET	27
5.1 RAI Screenerin käyttöönotto	27
5.2 RAI Screeneristä saatu hyöty	28
6 POHDINTA	31
6.1 Luotettavuus	31
6.2 Tulosten tarkastelu	32
6.3 Kehitys – ja jatkotutkimusideat	35
LÄHTEET	38

LIITTEET

Liite 1. Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus.
Liite 2. Haastattelun runko.

1 JOHDANTO

Teen laadullisen tutkimuksen opinnäytetyönäni toimintakykytesti RAI Screenerin käyttöönotosta Turun avopalvelussa, yli 18-vuotiaiden omaishoidontuessa, sekä ikäihmisten palvelutorissa. Molempien työpisteiden asiakaskunta on pääosin ikäihmisissä. Avopalveluissa on ennen ollut käytössä ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa toimintakykytesti RAVA. Marraskuussa 2015 toimintakykytesti RAI Screener otettiin käyttöön. Suurin syy toimintakykytestin vaihdokselle on RAVAn suppeus, testi on myös ollut käytössä jo 80-luvulta.

Varsinkin omaishoidontuessa viranhaltijat eivät ole saaneet tukea päätöksiensä tekoon ja perusteluun RAVAn suppeuden takia. RAI Screener tulisi uutena työkaluna tukemaan viranhaltijoiden työtä sekä perustelemaan päätöksiä. RAI Screener -toimintakykymittari auttaa viranhaltijan turvassa sekä tekee asiakkaiden päätöksistä tasa-arvoisempia.

Tutkimuksen idea tuli entisen kesätyöpaikkani esimieheltä, omaishoidontuen palveluesimieheltä. Hän on kiinnostunut miten RAI Screenerin käyttöönotto omaishoidontuessa sujuu työntekijöiden näkökulmasta; minkälaista hyötyä RAI Screeneristä on asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin? Saavatko työntekijät tarpeeksi tukea uuden toimintakykymittarin käyttöönotossa työyhteisössään? Onko RAI Screener tarpeeksi laaja? RAI Screener on uusi asia avopalveluissa ja Turussa ylipäätänsä, joten esimiehen mielestä tarvetta on tutkia RAI Screenerin ensiaskelia avopalvelussa.

Alkuperäisen idean mukaan tutkimukseni olisi rajoittunut vain omaishoidon ohjaajiin. Omaishoidon ohjaajien tunnistamattomuus oli tärkeää, joten etsin avopalveluista toisen työpisteen joka käyttää myös RAI Screeneriä ikäihmisten arviointiin. Sain luvan ikäihmisten palvelutorin esimieheltä haastatella heidän palveluohjaajaansa myös. Näin saan aineiston koon kasvamaan, sekä yksittäisten työntekijöiden mielipiteet pysymään paremmin turvassa.

Tutkimus koostuu omaishoidon ohjaajien sekä palvelutorin työntekijöiden teema-haastatteluista RAI Screenerin käyttöön otosta. Tutkimuksen tietoperustassa keskitytään toimintakykyyn, ikäihmisten toimintakykyyn, toimintakyvyn arviointiin ja toimintakyvyn arviointiin käytettyihin mittareihin. Olen kiinnostunut, mitä toimintakykymittareita Suomessa on käytössä ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja kuinka paljon niitä käytetään.

Tutkimus käsittelee myös Turun avopalvelun yli 18-vuotiaiden omaishoidontukea sekä palvelutoria. RAI-järjestelmä on myös suuri tarkastelun kohteeni, perustuuhan opinnäytetyöni täysin tähän uuteen toimintakykymittariin. Käsittelen RAI:ta, sen tuloa Suomeen sekä historiaa. Tutustun myös RAI:n suppeampaan versioon, RAI Screeneriin, jota avopalveluissa käytetään.

2 RAI-TOIMINTAKYKYMITTARIN KÄYTTÖ OMAISHOIDOSSA JA PALVELUTORILLA

2.1 Omaishoidontuki sekä palvelutori

Vanhuspalvelujen sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta tehdään Turussa avopalveluissa. Avopalvelut ovat useimmiten kotihoitoa. Avopalveluihin kuuluvat myös omaishoito, palvelutori, tilapäishoito, muistitoiminta (muistikoordinaattorit & päivätoiminta) sekä tukipalvelut. (Turku, 2015)

Tutkimukseni koostuu palvelutorin palveluohjaajien sekä omaishoidon ohjaajien haastatteluista. Omaishoitolain (2006) mukaan omaishoidolla tarkoitetaan "vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla." Omaishoitaja on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Omaishoidon tuki muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista, sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta ja myös hoidettavalle järjestettävistä vapaapäivistä.

Omaishoito on suhteellisen uusi termi. Laissa omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen asiakkaan kotikunnan kanssa. Omaishoitotilanteiden sitovuus sekä omaishoitajan tekemän hoidon vaativuus vaihtelevat mm. hoivan sisällön, keston ja rasittavuuden suhteen. Omaishoitolaki tuli voimaan vuonna 2006. Tuensaajien määrä alkuvuosista (vuodesta 1994 noin 12 000) on noussut jatkuvasti ja oli vuonna 2009 noin 36 000. Omaishoidontuen avulla hoidetaan valtaosin ikäihmisiä, jotka usein ovat hyvin vaikeahoitaisia eli ilman omaishoitajan apua olisivat esimerkiksi laitoshoidon tai vähintään kotihoidon tarpeessa. (Kaivolainen ym. 2011, 13-16.)

Omaishoitolain (2006) mukaan "kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos: 1) henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotiloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa; 2) hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta

ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla; 3) hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia; 4) omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää; 5) hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva; 6) ja tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista."

Omaishoidon tuki on vanhuksen, vammaisen tai sairaan kotioloissa tapahtuvan hoidon turvaamiseksi maksettava hoitopalkkio ja / tai palveluja, jotka määritellään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tuki maksetaan omaishoitajalle, joka voi olla omainen esimerkiksi puoliso, lapsi tai vanhempi tai jokin muu läheinen henkilö tai sukulainen. Tuen suuruus määräytyy sen mukaan kuinka paljon apua hoidettava tarvitsee ja kuinka suuresti hoidettava asiakas on. Yleisesti omaishoidontuen hakijan kanssa tehdään toistaiseksi voimassaoleva sopimus kunnan kanssa. Sopimuksen omaishoidosta ja päätöksen omaishoidontuen myöntämisestä tekee Turussa omaishoidontuen ohjaaja. Omaishoitosopimukseen liittyy aina hoito- ja palvelusuunnitelma (Turku, 2015.)

Toinen avopalveluiden piste jossa suoritan tutkimustani, on ikäihmisten palvelutori. Turussa palveluohjausta annetaan mm. ikäihmisten palvelutori Poijussa. Palvelutori on ikäihmisten, yli 65-vuotiaiden, ja heidän läheistensä ohjaus- ja neuvontapalvelupiste. "Palvelutori yhdistää asiakkaat, tekijät ja palvelut. Henkilökunta auttaa palvelutorilla löytämään yksilöllisiä, omatoimisuutta ja kotona selviytymistä tukevia sekä elämän eri tilanteisiin sopivia ratkaisuja niin julkisten, yksityisten kuin kolmannen sektorin palveluista. Liikkeelle ei lähdetä valmiista vaihtoehtoista vaan asiakkaalle laaditaan häntä parhaiten tukeva palvelukokonaisuus." Turussa on tarjolla myös tukipalveluita ikäihmisille. Kotona asumisen tueksi on mahdollista saada sauna-, ateria-, kaupparinki- ja turvapalvelua sekä siivousteleitä. Tarkoitus on tukea vanhuksen toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että hän voi asua turvallisesti kotona mahdollisimman pitkään. (Turku, 2015.)

Pietiläisen & Seppälän (2003, 10-11) mukaan palveluohjaus käsitteellä kuvataan niitä toimintoja, joilla asiakkaan ja palveluohjaajan yhteistyönä suunnitellaan, järjestellään, yhteen sovitetaan ja määritellään palveluja, joita asiakas tai hänen

perheensä tarvitsee sen hetkessä elämäntilanteessaan elämönhallintansa tueksi. Asiakaslähtöisen palveluohjauksen tavoite on asiakkaan sekä hänen perheensä elämönhallinta. Palveluohjaus on työmenetelmä joka perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteistyölle, palveluohjaajan ja asiakkaan kumppanuudelle sekä asiakkaan oman kontribuution ja itsemääräämisen kunnioittamiselle.

Palveluohjauksessa keskiössä on asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde sekä asiakaslähtöinen ja ratkaisukeskeinen työtap. Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa lähtökohtana on asiakkaan kunnioittaminen sekä hänen kanssaan samaa kieltä puhuminen. Ikäihmisiä kohdatessa on tärkeää että heitä kuullaan ja heidän asioistaan ollaan kiinnostuneita. Ikäihmisen kohtaaminen tulisikin nähdä ainakin tasavertaisena, ainutlaatuisena ja merkittävänä. Kokemus siitä, että ikäihminen on tullut kuulluksi omana itsenään lisää uskoa omiin voimavaroihin sekä voimaannuttaa ikäihmisen omaehtoiseen selviytymiseen. (Lehtonen, 2014, 3-4.)

Palveluohjaus on prosessi jossa pyritään konkreettiseen päämäärään ja edetään vaiheesta toiseen. Palveluprosessin vaiheet voivat olla esimerkiksi: asiakkaiden valikointi, palvelutarpeen arviointi, palveluiden suunnittelu ja järjestäminen, tavoitteiden toteutumisen seuranta ja järjestelyjen korjaaminen, palvelukokonaisuuden korjaaminen ja lopulta palveluohjauksen päättäminen. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 12.)

2.2 Toimintakyky ikäihmisillä

Toimintakyvyn käsite voidaan Voutilaisen & Vaaraman (2005, 8) mukaan määrittellä monin eri tavoin, eikä yleisesti hyväksytyä sekä yhtenäistä käsitteistöä ole vielä vuonna 2005 ollut. Toimintakyky voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky on ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista kuten syömisestä, juomisesta, pukeutumisesta yms., mitä juurikin RAVA toimintakykytesti usein mittaa. Psyykinen toimintakyvyn käsite liittyy elämönhallintaan ja ihmisen mielenterveyteen. Mm. itsearvostus, mieliala ja erilaisista haasteista selviytyminen kuuluu psyykkiseen toimintakykyyn, osa-alueeseen jota RAVASTA puuttuu.

Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsitteilyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Sosiaalinen toimintakyky taas käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Ihmissuhteet toisten kanssa ovat iso osa tätä toimintakyvyn osa-aluetta. (Voutilainen & Vaarama, 2005, 8.)

Terveys 2000 -tutkimuksen perustuloksissa tutkittiin mm. toimintakykyä niin aikuisten kuin ikäihmistenkin näkökulmasta. Tutkimuksessa ilmenee, että fyysisen toimintakykyyn liittyvissä kysymyksissä työikäisistä 97 % suoriutui oman arvionsa mukaan pukeutumisesta ja riisuutumisesta ja varpaankynsien leikkaamisesta vaikeuksista ja 65–74-vuotiaista sama prosentti oli yli 90 %. Sen sijaan 85 vuotta täyttäneistä vain noin puolet arvioi edellä mainittujen toimintojen sujuvan vaikeuksista. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkitseviä eroja edellä mainituissa suoriutumisissa. (Koskinen ym. 2002, 72.)

Terveys 2000-tutkimuksessa keskityttiin myös enemmän fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, koska psyykkisestä tai sosiaalisesta toimintakyvystä ei ollut mainintaa. Kognitiivisesta toimintakyvystä kertoi muistitesti, jossa piti luetella mahdollisimman monta eläintä. Työikäisillä keskiarvo oli 24,8 sanaa, naisilla enemmän kuin miehillä. 65–74 -vuotiaat luettelivat keskimäärin 20,5 eläintä, mutta yli 84-vuotiaat enää noin 13,7. Tehtävässä siis kognitiivinen toimintakyky selkeästi heikkeni iän myötä. (Koskinen ym. 2002, 79.)

WHO on julkaissut vuonna 2001 ICF (International Classification of Functioning Disabilities and Health) -toimintakykymallin. Mallissa (liite 1) eri toimintakyvyn osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään, mm. ympäristö -ja yksilötekijät vaikuttavat suorituksiin ja osallistuminen sekä ruumiin/kehon toiminnot ja ruumin rakenteet vaikuttavat suorituksiin samoin kuin lääketieteellinen terveydentila. (Pohjola 2006, 20.)

Ikääntymisestä Fone & Lundgren-Lindquist (2003, 1044) kertovat miten ikääntyminen on moniosainen kokonaisuus, eikä yksi tietty riskitekijä vaikuta yksilön ikääntymiseen. Ikääntymistä voi olla erilaista, esimerkiksi "usual ageing" eli "ylei-

nen ikääntyminen" mikä tarkoittaa ikääntymistä jossa ilmenee ikään liittyvä sairaus tai toimintakyvyn vaje, kuten fyysisen kunnon heikentyminen. "Successful ageing" eli onnistuneessa ikääntymisessä taas terveys sekä korkea aktiivisuus säilyvät elämänkaaren loppupuolellakin.

Terveyden, hyvinvoinnin sekä aktiivisuuden tasojen suhdetta ikäihmisillä on vaikeaa selvittää. Ei ole selvää, onko sairauden puuttuminen osasyynä aktiivisuuden lisääntymiseen, vai johtaako fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus sekä positiivinen elämäntapa ikäihmisellä parempaan terveyteen. On kuitenkin tutkittu, että positiivinen elämäntapa vaikuttaa enemmän kuin sairauden läsnäolo. Myös minäpystyvyyden- tunteen avulla monet ikäihmiset saivat ylläpidettyä tyydyttäviä aktiivisuuden tasoja huolimatta kroonisesta sairaudesta. (Fone & Lundgren-Lindquist, 2003, 1044.)

Terveys vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn sekä elämäntapaan. Terveys on voimavara jonka avulla vanhus selviää arkisista toiminnoista sekä voi osallistua kaikkiin häntä itseään koskeviin päätöksiin. Ehkä suurin ikäihmisen hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttava tekijä on terveys. Heikentynyt terveydentila voikin suoraan vaikuttaa koettuun toimintakykyyn supistamalla mahdollisuuksia jatkaa elämää aikaisempaan tapaan, ennen sairauden tai vaivan puhkeamista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16-17.) Itsehallinnollisen elämän kannalta on oleellista toimintakyvyn säilyminen ja arkirutiineista, kuten ruuanlaitosta, selviytyminen mahdollisimman pitkään sairaudesta katsomatta. Kuilua yksilön edellytysten ja ympäristön vaatimusten välillä voidaan kaventaa kahdella tavalla: parantamalla yksilön omaa toimintakykyä tai / ja vähentämällä ympäristön yksilölle asettamia ehtoja. (Laukkanen, 2001, 101-102.)

Pohjolan (2006, 36–37) mukaan yleinen toimintakykyisyys eli selviytyminen arkisista, päivittäisistä askareista mahdollisimman itsenäisesti ikääntyneenäkin nousee helposti esille eliniän pidentessä. Vanhushuollon ensisijainen tavoite onkin tukea ikääntyneiden toimintakykyä ja samalla myös ikäihmisen kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään.

Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 jopa joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias. Näistä huomattavalla osalla on vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista (Physical Activities of Daily Living, PADL) ja asioiden, eli kodin ulkopuolisten asioiden, hoitamisessa (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). Nämä vaikeudet tietenkin lisääntyvät vuosien lisääntyessä. Krooniset sairaudet ja niiden vakavuus sekä oireet; alentunut kognitiivinen kyvykkyys, depressiivisten oireiden määrä sekä heikentynyt näkö, kuulo, tasapaino ja fyysinen toimintakyky, ovat yhteydessä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (Laukkanen, 2001, 95.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn voi jakaa myös neljään eri osa-alueeseen. Fyysiseen toimintakykyyn liittyy vahvasti ikäihmisen liikkumiskyky. Rantakokon ja Suominen (2014, 29) mukaan keskeinen osa ikäihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua on liikkumiskyky. Kävelyn ja portaiden nousun vaikeudet eli liikkumisvaikeudet, ovat usein ensimmäisiä merkkejä toimintakyvyn heikentymisestä. Liikkumisvaikeudet heikentävät mahdollisuutta suoriutua itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, joka lisää riskiä joutua palveluiden piiriin ja lopulta jopa laitoshiitoon. Liikkumiskyky voi heikentyä hitaasti vuosien aikana esimerkiksi lihasvoiman heikentymisen johdosta tai äkillisesti esimerkiksi tapaturman seurauksena. Mikäli liikkumiskyky heikentyy hitaasti, prosessin alussa huomataan usein prekliinisiä liikkumisvaikeuksia joita on mm. kulkemisen hidastuminen ja tarve pysähtyä lepäämään.

Ikäsidonnaiset kognitiivisten toimintojen heikkenemiset ovat erityisiä juuri ikäihmisillä. Ne voimistuvat kun kognitiivisiin toimintoihin liittyy ulkopuolista kuormitusta, esimerkiksi jonkin asian nopea suorittaminen tai muistaminen. Erityisesti oman toiminnan aloittamista ja myös ohjaamista vaativat toiminnot ovat herkempiä iän ja sen lisääntymisen vaikutuksille, kuin vain vähän toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia vaativat tehtävät. (Rantakokko & Suominen, 2014, 49.)

Lähdesmäen & Vornasen (2009, 20) mukaan psyykkisen toimintakyvyn heikentymisen voi vanhuksella nähdä mm. asiakkaan väsymyksen, haluttomuuden ja aloitekyvyttömyyden kautta. Vanhuksella ei tule enää uni, hän murehtii monia

asioita sekä voi kokea itsensä tarpeettomaksi. Painopiste psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa onkin psykososiaalisen ja mahdollisesti hengellisen toimintakyvyn tukeminen ikäihmisestä riippuen.

Vanhuksen sosiaalisessa toimintakyvyssä tarkastellaan vanhuksen vuorovaikutustaidot, sosiaaliset taidot, roolien vaatimuksista selviytyminen, yhteisössä toiminen sekä yhteiskunnassa toimiminen. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät ongelmat niukentavat ikäihmisen onnistumista erilaisista tehtävistä ja roolisuorituksista hänen iälleen, sukupuolelleen ja sosiaaliselle ja kulttuuritaustalleen ominaisella tavalla. Ikäihmisellä voi mm. olla haitta orientoitumisessa aikaan ja/tai paikkaan sekä haitta sosiaalisessa kanssakäymisessä tai taloudellisessa toimeentulossa. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 83.)

Ammatillisen vanhustyön päämääränä on edistää ikäihmisen hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänlaatua. Vanhustyössä tärkeää myös on saada vanhukselle tuntemus, että hän on tasavertainen kansalainen ja ihminen, toimintakyvystä huolimatta. Ikäihmisen elämänhallinta, turvallisuudentunne, sekä edellytys mielekkäseen toimintaan osallistuminen ovat tärkeitä päämääriä vanhustyössä. Vanhustyön ydin onkin olla kokonaisvaltaisesti tukena vanhusten toimintakyvyn kanssa. Vanhuksen toimintakyky on "kyky selvitä arkeen liittyvistä toiminnoista sekä kykyä kokea erilaisia kokemuksia ja elää laadukasta elämää." (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 18.)

2.3 Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointi

Vanhuksen toimintakyvyn arvioinnilla pyritään selvittämään ikäihmisen sen hetkinen lähtötilanne. Myöhemmin tätä lähtötilanteen arviointia vertaamalla uuteen arviointiin, voidaan tutkia käytettyjen toimintakyvyn tukemiseen menetelmien vaikuttavuutta. Toimintakyvyn arviointi on luonteeltaan enemmän laadullista arviointia mikä tarkoittaa, että siinä ei ole kyse arvoista ja luvuista tuottavasta mittaamisesta. Toimintakyvyn arvioinnin avulla saadaan kokonaiskäsitys vanhuksen omista voimavaroista ja ongelmista, eli siitä missä vanhus tarvitsee apua ja missä

ei. Arviointi antaa myös tietoa, onko vanhus jossain asiassa tai toiminnassa täysin autettava vai kenties vain osittain autettava. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 51-52.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 29-31) kertoo palvelutarpeen ilmetessä, se on selvitettävä ja arvioitava kattavasti. Palvelutarpeen kartoituksen jälkeen alkaa iäkkään henkilön tarvitsemien palvelujen suunnittelu ja toteutus. Palvelusuunnitelma tehdään mahdollisten tarpeiden pohjalta yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa myös hänen omaisensa kanssa. Palvelusuunnitelma kattaa siis kaikki iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja avuntarpeen kannalta tarpeelliset toimet ja niitä toteuttavat paikat ja pisteet. "Palvelutarpeiden selvittäminen on toteutettava monipuolisesti, luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa."

"Palvelutarpeen arviointi on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa asiakkaan elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja mittarit apuvälineitä." Arviointi tehdään usein silloin kun iäkäs henkilö ei selviä arjestaan ilman toisen henkilön apua tai tällainen tilanne on nähtävissä tulevaisuudessa. Toimintakyky voidaan arvioida mittareita käyttäen, keskustellen tai pelkästään havainnointia käyttämällä. Arvioinnin lopputulos on aina subjektiivinen eri tekijöiden summa; arvioijan, arvioidun sekä hänen läheisensä vuorovaikutus. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2011.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin käytetään eri mittareita. Ikäihmisen toimintakyvyn tarkka arviointi on haasteellista ja vaatii alan ammattilaiselta suurta huolellisuutta. Mittarin pätevyys tulee ilmi, kun kyseinen mittari mittaa juuri haluttua toimintakyvyn osa-aluetta. Pätevyyden lisäksi samanaikaisesti on arvioitava mittarin luotettavuutta. Mittari on luotettava, jos se antaa samansuuntaisia tuloksia mittauksista toistettaessa silloinkin, kun arvioijan tekijä vaihtuu. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009,51.)

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin on kehitetty useita mittareita ja mittaristoja. Useimmat mittareista on suunniteltu mittaamaan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa (ADL eli Activities of Daily Living) kuten syömisessä, peseytymisessä ja pukeutumisessa. (Pohjola, 2006, 36-37).

Voutilainen & Vaarama (2005, 2) kertovat tutkimuksessaan miten fyysisen toimintakyvyn mittareina ikäihmisten palvelutarpeen arvioinnissa Manner-Suomen kunnissa käytettiin pääsääntöisesti RAVA -indeksiä. Muita fyysistä toimintakykyä mittaavia mittareita käytettiin vähän. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin useampia mittareita kuten MiniMental State Examination (MMSE)-mittaria tai CERAD-tehtäväsarjaa. Useimmiten mittareita oli aina kaksi kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen. Kuitenkin psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen oli hyvin vähäistä verrattuna fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen.

Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa Lähdesmäki & Vornanen (2009, 76-78) mukaan hoitajan tai muun alan ammattilaisen tulisi selvittää ikäihmisen minäkäsitystä, itsearvostusta, persoonallisuutta sekä mielialaa. Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää mm. vapaamuotoisia tai strukturoituja haastatteluja, havainnointia ja erilaisen psyykkisen toimintakyvyn arviointimittareita sekä neuropsykologisia tutkimuksia.

Vanhuksen psyykkistä toimintakykyä arvioidessa täytyy myös muistaa arviointiperusteiden suhteellisuus koska arviointi edellyttää aina tutustumista vanhukseen ja hänen elämänsä historiaansa. Normaalina pidetyt asiat ovat sopimuksenvaarisia ja kulttuurisidonnaisia ikäihmisestä riippumatta. Ikäihmisen psyykkistä toimintakykyä arvioidessa, täytyy ottaa huomioon ikäihmisen ikävaihe, elämänsä historia, elämäntapa sekä kulttuuritausta. Ikäihmisen psyykkistä toimintakykyä voi arvioida depressioseulasta iäkkäiden tarpeisiin kehitetyllä mittarilla, Myöhäisiän Depressioseulalla, GDS-15, tai Tyytyväisyys elämään -testillä. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 78-81.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin avulla Lähdesmäen & Vornasen (2009, 82-83) mukaan hoitaja tai muu alan ammattilainen saa tietoa mm. vanhuksen ihmisuhteista, vuorovaikutustaidoista, sosiaalisista taidoista, suhteisiin kuuluvien roolien vaatimuksista sekä yhteiskunnassa ja yhteisössä toimimisesta. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen voi käyttää esimerkiksi verkostokarttaa.

Kuten Liikanen & Kaisla (2007) sanoivatkin tekstissään, toimintakykytestit kertovat vain osan asiakkaan oikeasta tilanteesta, tukiverkosta ja kotona pärjäämisestä. Esimerkiksi RAVA testissä ei oteta lähes ollenkaan huomioon asiakkaan sosiaalista sekä psyykkistä hyvinvointia. Toimintakykytestien puutteita ovat mm. sosiaaliset verkostot, ympäristöön liittyvä hallittavuus sekä hyvinvoinnin ulottuvuus.

Toimia-sivustolla (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos, 2011) on mainittu iäkkäiden palvelutarpeen arviointiin käytettyjä mittareita mm. Barthelin indeksi, CES-D The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Cohen- Mansfieldin levottomuusasteikko, GDS-15 Myöhäisiän depressioseula, IADL-asteikko sekä Katzin asteikko. Myös MMSE on mainittu hyvänä mittarina iäkkään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä käytettynä. RAVA-mittari on mainittu olevan riittämätön mittari, RAVAn pätevyys on ilmeisesti riittämätön arvioidessa henkilöitä joiden palvelutarpeeseen vaikuttavat vaikeudet välineellisissä päivittäistoimissa (IADL), käytösoireissa, psyykkisissä oireissa, muisti - ja ajatustoiminnoissa sekä ympäristötekijöissä. RAI-toimintakykymittaria ei sivustolla mainita lainkaan.

Toimintakyvyn arviointi ei ole helppoa ikäihmisillä tai muistisairailla. Virkolan (2009, 78-79.) mukaan muistisairaahan toimintakyvyn arviointitilanteeseen liittyy paljon haasteita niin sairastuneen ihmisen, omaisen kuin ammattilaisen ja palvelujärjestelmänkin lisäksi. Toimintakyvyn arviointi käsitetään asiakkaan kotona tapahtuvaksi tilanteeksi, jossa on paikalla sairastuneen henkilön sekä mahdollisesti hänen omaisten lisäksi ammattilaisia, esimerkiksi kaupungin kotihoidon tai sosiaalialan ammattilaisia. Henkilön toimintakykyä, arkiselviytymistä sekä elämäntilannetta arvioidaan jotta saadaan selville, tarvitseeko ikäihminen esimerkiksi ko-

tihoidon palveluita, päivätoimintaa tai kuntoutusta. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan myös erilaisten etuuksien, kuten hoitotuen ja omaishoidontuen myöntämiseen.

Arviointitilanteen haasteita ovat oikean ajatuksen ja mielipiteen muodostaminen ikäihmisen toimintakyvystä ja elämäntilanteesta sekä muistisairaahan kohtaaminen oman elämänsä parhaimpana asiantuntijana. Haasteet ovat erilaiset, jos asiakas asuu yksin verrattuna jos asiakas asuu puolison tai muun läheisen kanssa. Haasteet näkyvät myös siinä onko omaiset paljon vaikka vähän tekemisissä asiakkaan kanssa. Haasteisiin vaikuttavat myös asiakkaan elämänhistoria - ja tavat. (Virkola, 2009, 79.) Esimerkiksi työharjoitteluni perusteella omaishoidon tuen arviointikäynti on vain yhden kerran ja kestää keskimäärin tunnin. Saako siinä ajassa tarpeeksi selkeän kuvan asiakkaan toimintakyvystä?

Virkolan (2009, 83) mukaan toimintakyvyn arviointia tulisi muistisairaiden kanssa sairauden etenevän luonteen vuoksi tehdä järjestelmällisesti ja säännöllisesti kertaluontoisuuden sijaan. Muistisairaahan ikäihmisen toimintakyvyn arviointi tulisi olla myös elämäntilannetta laajemmin kartoittava tilanne, jossa otetaan huomioon fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden lisäksi asiakkaan elämänhistoria, kokemukset sekä ympäristön merkitykset toimintakyvylle.

Toimintakykytestien toimivuudesta Voutilainen & Vaarama (2005, 34) olivat sitä mieltä, että Suomessa ei vuonna 2005 ollut yleisessä käytössä sellaista yhteinäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa jonka avulla ikäihmisten toimintakyky, voimavarat ja avun tarve olisi voitu arvioida tarpeeksi laajasti. He huomasivat myös tutkimuksessaan, että psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arviointi jäi liian marginaaliksi.

2.4 RAI-toimintakykymittari

RAI (Resident Assessment instrument) on terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2014) mukaan ”kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmän tietopohja koostuu palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä kerätystä standardoidusta

tiedosta." Standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu validoituihin kysymyslomakkeisiin, joiden avulla arvioidaan iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden sekä psykiatristen potilaiden palvelutarve. Järjestelmään kuuluu myös kysymyslomakkeiden lisäksi työtä helpottavia käsikirjoja sekä apuvälineitä asiakkaan yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Tiedonkeruu on tietokoneistettu, jotta järjestelmään sisältyvät mittarit olisivat heti ammattilaisten käytettävissä.

RAI sai alkunsa Yhdysvalloista 80-luvun lopulla monitieteellisen tutkimusryhmän avulla. RAI:n alkuperäinen tarkoitus oli kohentaa hoidon laatua kaikkialla liittovaltioiden hoitokodeissa. Myöhemmin RAI:hin lisättiin algoritmi luomaan maksu järjestelmää. RAI levisi Yhdysvalloista ympäri maailmaa, tekijänoikeus Yhdysvallan ulkopuolella on InterRA®. Vuodesta 1990 InterRA® on kehittänyt alkuperäistä RAI ideaa kattamaan myös kuntoutuksen, akuutin hoidon, kotihoidon, mielenterveyden, kehitysvammatyön, palliatiivisen työn ja lastentauti työn. Nykyään InterRAI on käytössä lähes kaikkialla maailmalla eri muodoissa. (Finne-Soveri yms. 2008, 8.)

Suomessa RAI-järjestelmän copyright oikeudet omistaa InterRAI, jonka kanssa terveyden- ja hyvinvoinninlaitos on tehnyt RAI-järjestelmän käyttöoikeutta Suomessa koskevan sopimuksen. Koska järjestelmään sisältyy useita mittareita sen käyttö edellyttää, että työntekijällä on tietokonesovellus. Käyttäjä voi veloitusetta rakentaa sellaisen omaan käyttöönsä tai ostaa kaupallisen sovelluksen markkinoilta. Kaupallisen sovelluksen tuottajalta THL edellyttää sopimusta InterRAI:n kanssa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2014.)

Noron ym. (2005, 23) mukaan RAI-järjestelmässä "Hoidon laadun ajatellaan kohenevan siksi, että asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon, ja olevan edullista siksi, ettei voimavaroja tuhjata tuloksettomaan tai virheelliseen toimintaan. Laitosten ja organisaatioiden toiminnan ajatellaan parantavan toimintaansa siksi, että organisaatiossa tehtävät päätökset voidaan perustaa suoraan asiakkaan tarpeisiin. Maksujärjestelmän puolestaan ajatellaan johtavan järkevään varojen jakoon silloin, kun perusteeksi omaksutaan asiakkaan tarpeet ja voimavarat."

RAI-järjestelmä on tehty mm. hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten eri palvelurakenteentasoille. RAI-järjestelmän keskus on laaja-alainen yksilön eli asiakkaan voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus. Tällä kartoituksella saadaan tehtyä asiakalle yksilöllinen hoito - ja palvelusuunnitelma. Jokainen RAI- muoto sisältää kysymyssarjan nimeltä Minimum Data Set, MDS (pienin tarvittava tietomäärä), käsikirjan sekä apuvälineen yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamiseen. MDS- kysymykset kattavat vähäisimmän tarkoituksenmukaisen tiedon oleellisilta alueilta. MDS-kysymysten ei ole tarkoituskaan kattaa kaikkea tietomäärää. (Noro ym. 2005, 22-23.)

RAI on myös monidimensionaalinen globaalisti laajalti dokumentoitu mittari, jossa on monia eri arvioinnin kohteita. PADL toiminnoista selviytymisen lisäksi RAIssa arvioidaan kognitiivista kyvykkyyttä, depressiivisiä oireita, ravitsemustilaa, käytöksen poikkeavuuksia, sosiaalista osallistumista, hoidon laatua sekä terveyteen liittyvää elämän laatua. (Morris ym. 1990, Laukkasen 2001, 97 mukaan.)

Laitosversion arvioinnin MDS osa-alueita ovat mm. kognitiivinen kyky, kommunikatio ja kuulo, näkö, mieliala ja käytös, fyysinen toimintakyky, pidätyskyky, ravitsemustila ja lääkitys. Vanhuksen heikkoudet ja vahvuudet pyritään tuomaan esiin RAI-mittarin avulla. Suunnitelmien teon apuväline RAPS (Resident Assessments Protocols) perustuu eri ongelmakohtien suunnitelmalliseen yhdistämiseen MDS lomakessa . Tietokoneohjelman avulla listataan vanhuksen aktivoituneet ongelmakohdat eli kohdat jossa ikäihminen tarvitsee apua. RAI-mittari antaa tietoa mm. ikäihmisen ravitsemuksesta ja lääkityksestä. Mittarilla seurataan vanhuksen BMI-arvoja ja niiden vanhusten määrää, jotka syövät yli yhdeksää lääkettä. Kotihoidolla on oma RAI-järjestelmänsä, jossa painotetaan lisäksi omaisten ja läheisten muodostamamaa tukijärjestelmää sekä selviytymistä päivittäisistä toimista. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 64-65.)

RAI-järjestelmän mittarit ovat rakennettu useista samaa osa-aluetta mittaavista kysymyksistä tai yhdistelmäksi usean osa-alueen kysymyksiä. Kaikki nämä mittarit kuvaavat asiakkaiden tarpeita palvelujärjestelmässä ja asiakasrakennetta.

Mittarit soveltuvat palvelutarpeen arviointiin. Mittareiden tarkemmat ominaisuudet ovat: arjesta suoriutuminen, psyykkinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi sekä terveydentila, ravitsemus ja kipu (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2014.)

2.5 RAI- Screener

Turun omaishoidontuessa sekä palvelutorilla on käytössä suppeampi versio RAI:sta, nimeltään RAI Screener. RAI screener on suomalainen ja se on kehitelty Oulussa. RAI- Screener Oulu- järjestelmässä mitataan eri toimintoja kuten kognitiota, muistia, päätöksentekokykyä (CPS), päivittäisiä toimintoja (ADLH), väli- netoimintoja (IADL), masennusta (DRS), painoindeksiä (BMI), kipua (Pain), palvelutarvetta (MAPLe_5 ja MAPLe_15), terveydentilan vakautta (CHESS), Self Reliance (SRI) asiakkaan itsenäisyyttä sekä laitoshoitoon joutumisen uhkaa (CAP 4). Jokaisesta toiminnosta tulee erilainen mittari, joka kuvaa asiakkaan toimintakykyä edellä mainituissa toiminnossa. Arviointi antaa tietoa asiakkaan voimavaroista. Näiden pohjalta palvelutarpeen arvioija päättää palveluun pääsyn kriteerit huomioiden. (RAIsoft, 2013.)

RAI Screenerissä kognitioasteikolla (CPS) tarkastellaan lyhytaikaismuistia, ymmärretyksi tulemista, päätöksentekokykyä ja kykyä syödä itse. ADLH (Activities of Daily Living) mittarin arvo lasketaan hierarkkisesti asiakkaan suoriutumiskyvyn perusteella neljästä toiminnoista: asiakkaan liikkumista kotona, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista, syömistä sekä WC:n käyttöä. ADL:n pitkässä asteikossa (ADL_28) mittarissa arvioidaan asiakkaan suoriutumiskykyä mm. sängyssä liikkumisessa, siirtymisessä, pukeutumisessa ja syömisessä. Mitä suurempi arvo mittarista tulee, sitä huonompi asiakkaan toimintakyky on päivittäisissä toimissa. (RAIsoft, 2013.)

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) toiminnoissa kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä välineellisten toimintojen kuten kauppakäyntien, puhelimen käytön, lääkkeenoton, raha-asioiden ja tavallisten kotitöiden näkökulmasta. Masennusasteikolla (DRS) tarkastellaan mielialaa ja käyttäytymistä viimeisen kolmen

vuorokauden ajalta. Masennusasteikossa kysytään mm itkuisuudesta ja surullisuudesta sekä kielteisten asioiden ilmaisusta ("Olisin mieluummin kuollut") ja jatkuvasta kiukusta itseään tai muita kohtaan. Mikäli asiakas saa seitsemästä masennukseen liittyvästä kysymyksestä kolme pistettä tai enemmän, on syytä epäillä masennusta. (RAIsoft, 2013.)

Painoindeksissä (BMI) tarkastellaan asiakkaan pituutta ja painoa sekä kipuasasteikolla (Pain) tutkitaan asiakkaan kivun esiintymistiheyttä ja kivun voimakkuutta. Kipumittarin arvoasteikko on 0-3, mitä suuremman arvon mittari saa, sitä enemmän asiakkaalla on kipuja. (RAIsoft, 2013.)

Maple- mittari (Method for Assigning Priority levels) sisältää mm. asiakkaan koetun terveyden, asiakkaan toivomukset toimintakykyyn liittyen, aiempien sairaalahoitojen määrän sekä läheisten tarpeet. Mittari sisältää esimerkiksi seuraavat osat ja muuttujat: ADL, CPS sekä käyttäytymiseen liittyvät oireet, lääkitys sekä haavaumat. Mittari kuvaa asiakkaan palvelujen tarvetta asteikolla 1-5. Mitä suurempi arvo, sitä enemmän asiakkaalla on palveluntarvetta. (RAIsoft, 2013.)

CHESS (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs) mittarilla arvioidaan terveydentilan vakautta ja se sisältää mm. oksentelun ja hengenahdistuksen esiintymisen sekä päätöksenkäyvyn heikentymisen. SRI, itsenäisen selviytymisen asteikko, arvioi asiakkaan kykyä selviytyä itsenäisesti. SRI-mittari voi saada joko arvon 1 (Itsenäinen) tai 2 (Ei itsenäinen). Mittarin arvo on 2 mikäli kaksi tai enemmän seuraavista toteutuu: asiakkaalla on vaikeuksia aterioiden valmistuksessa, kulkuvälineiden käytössä, tavallisissa kotitaloustöissä, henkilökohtaisen hygienian huolehtimisessa, kylpemisessä tai liikkumiseen käytetty aika on vähäinen viimeisen kolmen vuorokauden aikana. Laitoshiitoon joutumisen uhka ilmenee mm. kun asiakas on ajoittain pidätyskyvytön, asiakkaan yleisessä hoidossa on tapahtunut muutos, asiakkaalla on todettu Alzheimerin tauti ja asiakkaalla on äkillinen muutos henkisissä toiminnoissa. (RAIsoft, 2013.)

3 TUTKIMUSTAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on antaa omaishoidontuelle ja palvelutorille kattava raportti RAI:sta. Raporttiin tulee omaishoidon ohjaajien ja palvelutorin työntekijöiden kokemuksia toimintakykytesti RAI:sta.

Tutkimukseni tavoitteena on antaa kattava kuvan siitä, mikä uudessa toimintakykymittari RAI Screenerissä on ollut hyödyllistä, miten RAI on auttanut avopalvelun työntekijöitä heidän tekemissään päätöksissä ja miten RAI on sopinut avopalveluihin mm. laajuutensa kannalta. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää ovatko työntekijät kokeneet saavansa tarpeeksi tukea työyhteisössään RAI-järjestelmän käyttönotossa ja ongelmatilanteissa. Tutkimustani voidaan hyödyntää pohdittaessa, onko RAI Screener pätevä mittari omaishoidontuen ja palvelutorilla tehtävien päätösten arviointiin ja ylipäätensä ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin avopalveluissa.

Tavoitteenani on, että tutkimustani voi tulevaisuudessa käyttää arvioimaan onko RAI Screener soveltuva toimintakykymittari ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin Turun avopalveluissa omaishoidontuessa sekä palvelutorilla. Tutkimukseni avulla voi myös arvioida kenelle asiakasryhmälle RAI Screener on soveltuvin.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten omaishoidontuessa sekä palvelutorilla on toimintakykytesti RAI otettu käyttöön?
2. Mitä hyötyä RAI:sta on ollut omaishoidontuen ja palvelutorin työntekijöille?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Aineiston keruu

Käytin opinnäytetyöni menetelmänä teemahaastatteluja. Haastattelun tein lomakkeen (liite 2) avulla avoimien kysymyksiensä kanssa. Valitsin haastattelun sen henkilökohtaisuuden vuoksi. Tahdoin, että haastateltavat saavat itse omin sanoin kertoa mielipiteistään, mielestäni kyselylomake voisi rajoittaa vastauksen laajuutta. Hirsijärvi ja Hurme (2011, 34-35) kertovat hyvin haastattelun eduista. Haastattelutilanteessa ihminen on subjekti. Haastateltava saa itse kertoa omin sanoin mielipiteensä sekä hän on haastattelutilanteessa merkittävä ja aktiivinen osapuoli. Asioiden selventäminen on myös iso osa haastattelua. Mielipiteiden kysyminen kasvokkain auttaa haastattelijaa syventämään aiheesta haluttua tietoa haastateltavalle. Myös ei-kielelliset vihjeet auttavat löytämään mahdollisia motiiveja ja haastateltavan oikeita ja omia mielipiteitä tutkittavasta asiasta. Kasvotusten pystyn johdattelemaan haastattelua haluamani suuntaan, mahdollisesti silloin kun huomaan ei-kielellisissä vihjeissä piileviä mielipiteitä jotka uskon olevan tärkeitä tutkimukseni tuloksiin nähden.

Haastattelun ja kyselyn ero Tuomi & Sarajärvi (2002, 75) mukaan on tiedonantajajan toiminta tiedonkeruuvaiheessa. Haastattelussa haastateltava vastaa suullisesti ja kyselyssä kirjallisesti. Haastattelun etuna on ennen kaikkea joustavuus, jonka vuoksi kallistunkin enemmän haastattelun kuin kyselyn tekoon. Haastattelijana minulla on mahdollisuus toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja ja yksinkertaisesti käydä keskustelua. Voin myös muokata haastattelua haastattelun aikana ja esittää kysymykset siinä järjestyksessä kuin katson aiheelliseksi.

Suuren tietomäärän saanti on tärkeintä haastattelutilanteessa. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen haastattelijan etukäteen valitsemien teemojen ja niihin liittyvien spesifien kysymysten varassa (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 77), kuten minun tapauksessani kokemukset RAI:n käyttöön otosta.

Teemahaastattelu-nimen eduista Hirsijärvi ja Hurme (2011, 48) kertovat, että se "ei sido haastattelua tiettyyn leiriin, kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen, eikä se ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, miten "syvälle" aiheen käsittelyssä mennään. Sen sijaan nimi kertoo siitä, mikä tässä haastattelussa on kaikkein oleellisinta, nimittäin se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa.". Teemoina haastattelussani oli: RAI:n hyödyllisyys, RAI:sta saatu tieto, RAI apuvälineenä työssä.

4.2 Haastateltavat

Haastateltavat valitsin sen mukaan ketkä Turun avopalveluissa ottivat käyttöön RAI Screenerin. Haastateltaviksi valikoitui ikäihmisten palvelutori sekä omaishoidontuki. Tahdoin haastatella samaa RAI versiota käyttäviä, jotta saisin aineistot yhdistettyä. Siksi en valinnut esimerkiksi kotihoidon työntekijöitä, koska he käyttävät RAI HC-versiota, joka on selkeästi laajempi kuin RAI Screener. Käytin samaa haastattelulomaketta kaikille, omaishoidon ohjaajille sekä palvelutorin työntekijöille.

Tahdoin myös rajata selkeästi aineistoni, jotta aineistoni ei olisi liian laaja. Tämän vuoksi valitsin kaksi kokonaisuutta, omaishoidon sekä palvelutorin. Haastateltavien valinnassa ehtona käytin myös, että työntekijän oli täytynyt tehdä vähintään kolme RAI Screeneriä kokonaisuudessaan yksin sekä RAI Screener koulutukset oli oltu käytynä. Tutkimuksen kannalta oli tärkeää että kokemukset RAI:n hyödyistä ja käyttöönotosta olivat täysin omia mielipiteitä ja omia kokemuksia. Valitsin myös tehtyjen RAI Screenereiden määräksi kolme, jotta aineisto olisi tasapainoisempi. On täysin eri asia tehdä yli 20 RAI Screeneriä verrattuna kolmeen.

Haastattelut olivat anonyymeja, jotta haastateltavat voisivat vapaasti kertoa kokemuksiaan ja tutkimuksen luotettavuus säilyy. Nauhoitin haastattelut litteroinnin helpottamiseksi puhelimeillani. Poistin nauhoitukset heti litteroinnin jälkeen. Käytin myös haastattelun runkoa ja kirjoitin kaikki pääasiat ylös haastattelun yhteydessä runkoon. Tein tämän sen vuoksi, jos jostain syystä nauhoitteeni olisivat

hävinneet tai tuhoutuneet ennen litterointia, minulla olisi hyvä runko haastattelusta silti. Hävitin haastattelun rungot litteroinnin jälkeen.

Haastattelussa pysyin haastattelurungossani. Kysymykset suunnittelin mahdollisimman epäjohdatteleviksi, jotta työntekijän mielipide nousisi itse esille. En tehnyt kysymyksiä joihin voi vastata vain "kyllä" tai "ei", tahdoin saada esille työntekijöiden omia kokemuksia RAI Screeneristä saatavasta hyödystä.

Haastattelut suoritin jokaiselle sopivana etukäteen sovittuna ajankohtana. Haastattelut suoritin 8.2–19.2.2016 välisellä ajalla. Jokainen sai haastattelusta tietoa etukäteen, sekä mahdollisuuden lukea opinnäytetyösuunnitelmani. Jokainen sai ennen haastattelua tietoa mitä tutkimukseni koskee ja mitä asioita tutkimukseni tulen käsittelemään. Haastattelusta oli mahdollisuus kieltäytyä halutessaan. Haastattelut suoritin jokaisen työhuoneessa tai muussa suljetussa tilassa, johon ei haastattelu-aikaan päässyt kukaan muu. Haastattelussa käytin apunani äänitintä. Pyysin myös nauhoittamiseen jokaiselta haastateltavalta luvan ja siitä sai kieltäytyä halutessaan.

Ennen haastattelun alkua kertasin vielä mistä asiasta on kyse ja painotin, että haastattelut tulevat olemaan täysin anonyymejä. Selvensin kysymyksiä myös tarvittaessa. Esimerkiksi RAI Screenerin järjestelmään liittyvissä kysymyksissä painotin jokaiselle haastateltavalle että kysymykseni painottuvat ainoastaan ajalle marraskuuhun 2015 jälkeen, jolloin kaikki koulutukset olivat jo käytynä.

Haastatteluja tuli yhteensä viisi (5) omaishoidon puolelta ja viisi (5) palvelutorin puolelta. Haastattelut kestivät noin viisitoista minuuttia vaihdellen kahdeksasta minuutista 24 minuuttiin. Jokainen haastateltava suostui haastatteluun ja kertoi mielellään mielipiteitään RAI Screeneristä. Jokainen haastateltava suostui myös nauhoitukseen. Uskon, että anonyymiyys helpotti työntekijöitä vastaamaan rehellisemmin.

Pysyin annetussa haastattelu rungossani. Jatkokysymyksille ei ollut tarvetta, haastateltavat vastasit jo valmiiksi selkeästi ja laajasti kysytyihin kysymyksiin. Ainoastaan selvensin kysymyksiä tarvittaessa, kuten mistä ajanjaksosta oli kyse

RAI Screenerin käyttöönotto - osiossa. Haastattelun lomassa saatuja kommentteja oli, että kysymykset olivat osittain samanlaisia ja kysymyksiin oli vaikea vastata koska RAI Screener oli vielä niin vieras ja vähän käytetty. Tehtyjen RAI Screenerien määrä haastateltavien kesken vaihteli neljän ja kahdenkymmenenviiden välillä.

Sain aineistoni helposti kerätyksi, jokainen haastateltava oli hyvin yhteistyökykyinen. Monet olivat myös hyvin kiinnostuneita tutkimukseni tuloksista ja tahtoivat tietää vastaukset tutkimuksen valmistuttua.

4.3 Aineiston analyysi

Analysoin aineistoni "omaishoidon ohjaajien ja palveluohjaajien kokemukset RAI Screenerin käyttöönotosta", analyysin mukaan käymällä läpi kaikki haastattelut ja rakennan niiden pohjalta tulokset, josta selviää omaishoidon ohjaajien sekä palvelutorin työntekijöiden näkemykset RAI Screenerin hyödystä ja käyttöönotosta.

Vaikka haastattelin omaishoidontuen ohjaajia sekä palvelutorin palveluohjaajia, aineistoani oli vain yksi. Haastateltavia oli vain kymmenen, jolloin aineiston jakaminen toisi mielestäni liikaa yksittäisten työntekijöiden mielipiteitä esiin. En halunnut anonyymiyden vaarantuvan, joten päätin pitää aineiston yhtenäisenä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä Tuomi & Sarajärven (2002, 110-111) mukaan yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään, samalla tavalla kuin aineistoni analysoin. Aion 1. pelkistää molemmat aineistoni jolloin 2. karsin haastattelun tuloksista epäollenset vastaukset pois ja 3. tiivistän vastauksia. Tämän jälkeen 4. ryhmittelen vastaukset tiettyihin kategorioihin ja lopuksi luon 5. teoreettiset käsitteet.

Teemat, eli osittain jopa teoriani, aineistoni analyysissä minulla on jo valmiina (1. RAI Screenerin käyttöönotto ja 2. RAI Screeneristä saatu hyöty) joten käytin analyysissäni myös teorialähtöistä aineistonanalyysiä. Kun aineiston analyysi perus-

tuu jo olemassa olevaan teoriaan, tai malliin kuten minun tapauksessani, puhutaan teorialähtöisestä tutkimuksesta. Aineiston analyysia, jota voidaan kutsua myös deduktiiviseksi analyysiksi, ohjaa siis valmis malli ja tarkoituksena voi olla tämän mallin testaaminen uudessa yhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 95-99.)

Aloitin aineiston analyysin litteroimalla aineistoni. Nauhoitusten perusteella litteroin aineistoni sanasta sanaan. Litterointia tuli yhteensä haastattelurungon kanssa 43 sivua Arial 12 fontilla 1,5 rivivälillä. Tämän jälkeen ylivivasin aineistostani omaan tutkimukseeni tärkeät ja tarpeelliset ilmaukset jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini.

Pelkistin ilmaukset ja jaoin ne teemoittain eri osa-alueisiin aineistoni mukaan: RAI Screenerin käyttöönotto sekä RAI Screeneristä saatu hyöty. Vertailin vastauksia keskenään, etsin eroavaisuuksia sekä yhtäläisyyksiä. Etsin pelkistetyistä ilmauksista johtopäätökset tutkimuskysymyksiini jonka pohjalta tein aineiston analyysin.

5 TULOKSET

RAI Screener on otettu avopalveluissa käyttöön vasta marraskuussa 2015. Työntekijöiden kokemukset ovat siis vasta alkuvaiheessa ja tehtyjen RAI:den määrä haastateltavien kesken vaihteli neljästä tehdystä RAI Screeneristä 25 tehtyyn RAI Screeneriin. Määrät ovat suhteellisen pieniä, joten kokemuksetkin rajoittuvat vain vähäisten kokemusten mukaan. Myös aineiston analyysissä kysymykset olivat osittain samankaltaisia joten vastauksetkin olivat usein samoja. Varsinkin kysymykset 1, 2 & 3 muistuttavat tosiaan paljon. (Liite2)

Monet haastateltavat myös painottivat myös sitä, että RAI Screener on vielä vieras ja vähän käytetty minkä vuoksi myös vastaaminen oli osittain haasteellista. RAI Screener on vielä niin uusi mittari Turun avopalveluissa, että esimerkiksi omaishoidon kriteeristöjen perustaminen RAI Screeneristä saatuihin arvoihin on vielä liian aikaista. Monet painottivat että ensin RAI Screeneriin täytyy saada rauhassa tutustua ja tulkinnanvaraisuutta pienennettävä, jottai RAI Screeneristä tulisi pätevä mittari.

5.1 RAI Screenerin käyttöönotto

Lähes kaikki haastateltavista piti RAI Screenerin järjestelmää helppokäyttöisenä, Yksi haastateltava kymmenestä piti järjestelmää sekavana. Järjestelmää kuvailtiin myös selkeänä. Järjestämä siirtyy automaattisesti kysymyksestä toiseen, jolloin järjestelmää on helppo käyttää. RAI Screener järjestelmässä on kronologinen järjestys.

Jokainen haastateltavista sai mielestään apua ja tukea työyhteisöltään, niin RAI Screenerin käyttöönottovaiheessa marraskuussa 2015, kuin nykyhetken mahdollisissa ongelmatilanteissa. Apu ilmeni usein keskusteluna työkaverien kesken sekä kyselemällä vinkkejä työkavereilta. *”Se on yhteistyötä alusta loppuun. Täytyy pitää yhtenäiset linjat ja keskustella jos tulee epäselvyyksiä.”*

Jokainen haastateltavista myös mainitsi erityisasiantuntijoiden avun ongelma- ja käyttöönotto-tilanteissa hyvinvointitoimialalla olevan hyvää ja helposti saatavilla.

Haastateltavat eivät kuitenkaan olettaneet että erityisasiantuntijoiden apu olisi saatavilla heti ja nyt, vaan he olivat valmiita odottamaan vastausta muutamia päiviä. Haastateltavista yksi kymmenestä mainitsi RAIsoftin käsikirjan olleen apuna käyttöönotossa, sekä yksi haastateltava harmitteli hyvinvointitoimialalta tulleiden ohjeistuksien vähyyttä.

Apu ilmeni myös työyhteisön RAI vastaavilta saatuna apuna. Ainoastaan yksi haastateltavista ei tiennyt oman työyhteisönsä RAI-vastaavaa. RAI- vastaavaan tukeuduttiin paljon esimerkiksi ongelmatilanteissa, loput haastateltavista osasivat nimetä RAI vastaavan. Useimmat kertoivat ongelmatilanteissa kääntyvänsä hänen puoleen ensisijaisesti. *"Kaikki kulkee samassa RAI veneessä"* viittasi hyvin hyvinvointitoimialalla saatuun tukeen RAI Screenerin käyttöönotossa ja ongelmatilanteissa.

Haastateltavista kaksi kymmenestä kertoi tässä vaiheessa RAI Screenerin tulkinnanvaraisuudesta. *"Sisältöä pitäisi käydä läpi, sisältö on kaikista vaikein oppia. Pieni työyhteisö täyttää sisältöä samalla tavalla jotta saatais mahdollisimman tasapuoliset vertailut."* Yksi haastateltavista mainitsi myös että RAI Screener lomake ei ole jouheva tai keskusteleva. *"Voiks tässä mainita, että se ei keskustele? Se ei etene jouhevasti"*

Yhteenvetona RAI Screenerin käyttöönotto on sujunut hyvin. Järjestelmä on ollut helppokäyttöinen ja työyhteisössä jokainen on saanut apua niin käyttöönotto- kuin ongelmatilanteissa. RAI-vastaava oli lähes kaikille tuttu, ja kaikki pitivät hyvinvointitoimialan asiantuntijoita apuna.

5.2 RAI Screeneristä saatu hyöty

RAI Screenerista saatu hyöty osoittautui omaishoidontuessa sekä palvelutorilla laaja-alaiseksi ja monipuoliseksi. RAI Screeneristä saatua hyötyä kuvailtiin eri tavoin. RAI Screener on auttanut syvällisemmin kartoittamaan asiakkaan tilannetta sekä auttanut kokonaisvaltaisemmin ja laajemmin arvioimaan asiakkaan toimintakykyä. *"Kokonaisvaltaisemmin tulee tarkisteltua toimintakykyä."* Seitsemän kymmenestä haastateltavasta olivat sitä mieltä että

asiakkaat tulevat myös tasa-arvoisemmin arvioitua ja työyhteisössä työtavat ovat yhtenäistyneet sekä kotikäynti on rutinoituneempi. *"Se (RAI Screener) pitää sen käynnin koossa tavallaan"*

Työntekijät muistavat kysyä kaikki kotikäynnillä läpikäytävät asiat, joka auttaa myös yhtenäistämään asiakkaiden arviointia. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjoittaminen helpottui kahden haastateltavan mielestä. Haastateltavista yksi myös oli sitä mieltä että omaishoidon kielteisissä päätöksissä huomaa RAI Screenerin arvojen pienuuden. Haastateltavista loput eivät nähneet RAI Screeneristä saatujen arvojen eroavaisuuksia kielteisissä tai myönteisissä päätöksissä.

RAI Screeneristä saatu hyöty näkyi myös asiakkaan tilanteen seurantaan ylipäättänsä tai seuranta nollatilanteesta eteenpäin. RAI Screeneristä saa yhden haastateltavan mielestä faktatietoa mihin nojata sekä se turvaa omaa selustaa työntekijänä.

Hyöty näkyi myös moniammatillisessa muodossa. Haastateltavista kahden mielestä hyöty näkyi helpompana asiakkaan ohjaamisena kotihoitoon. Haastateltavista yksi kertoi, että moniammatillisuus, esimerkiksi keskustelu muiden alan ammattilaisten kanssa kuten kotihoidon henkilökunnan kanssa, helpottui, mikä lisäsi RAI Screenerin hyötyä. *"No, mikäli kotikäynnillä ilmenee kunnallisen kotihoidon tarve, niin RAI:sta nousseet mittariarvot voi tukea tai auttaa kotihoidon piiriin pääsyssä."*

RAI Screeneriä pidettiin laajana toimintakykykymittarina. Vaikka RAI Screener on laaja, puuttui siitä oleellisesti palveluohjaukseen ja omaishoidontukeen kuuluvia osa-alueita. Fyysisen toimintakyvyn puutteita RAI Screenerissä haastateltavien mukaan oli yöavun tarve ja uni jota RAI Screenerissä ei mainita lainkaan. Apuväline osio oli myös puuttellinen, RAI Screenerissä on vain sisällä käytettävät liikkumisen apuvälineet, ei ulkona käytettäviä tai muita fyysisen toimintakyvyn apuvälineitä, kuten suihkutuolia tai wc-tuolia. Myös kaatumisia kysyttiin vain kolmen kuukauden ajalta, mutta tarve olisi kysyä esimerkiksi kaatumisia puolen

vuoden ajalta. Painonpudotusta RAI Screener käsittelee, mutta ei tarkenneta onko painonpudotus ollut tarkoituksenmukaista vai ei.

Psyykkisiä puutteita oli mm. että RAI Screener palvelee vain ikäihmisiä, edelleen psyykkisesti sairaat jäävät toimintakykytestin ulkopuolelle. RAI Screeneriä ei kannata tehdä psyykkisesti sairaalle. *"Ni mun mielestä tä RAI ei missään nimes niinku palvele kuin ehkä tiettyä, eli ikäihmisiä, eikä välttämättä sitä psyykesairauttakaan anna sieltä."* Omaishoitajan jaksaminen ja asiakkaan hoidon sitovuus olivat myös puutteellisia osa-alueita mittarissa.

Sosiaalisia puutteita oli mm. taloudellinen tilanne sekä lääkärikäynnit, kuten kontrollikäynnit, puuttuivat RAI Screeneristä. Ennaltaehkäisevä ote on RAI Screenerissä liian suppea, esimerkiksi tukipalveluiden osalta. *"No ehkä juurikin sellanen ennaltaehkäisevä näkökulma, sellainen ajatus kun useilla asiakkailla on perussairauksia niin niiden hoitotasapainosta tulee kysytyä ja hammaslääkärikäynneistä, jotenkin oleellisia asioita kysyä ja muistuttaa ja tarvittaessa ohjata eteenpäin."* Sosiaalinen aktiviteetti- osio oli myös puutteellinen ja liian suppea.

Yhteenvedona RAI Screenerin puutteista huolimatta, neljä kymmenestä haastateltavasta mainitsi, että RAI Screener on liian laaja tai yksityiskohtainen, tai liian raskas hyväkuntoiselle ikäihmiselle. *"Ne kysymykset on hyviä. Mut jotenki se on vähän raskasoutuinen, se on turhan laaja jollain tavalla. Hyväkuntoselle ikäihmiselle on turhan laaja "*

Haastateltavista puolet mainitsi myös, ettei saanut RAI Screeneristä tarvitsemaansa hyötyä ja apua työssään. *"Tuntuu etten ole huomannut hyötyä vielä. Toivottavasti siitä saadaan uusi mittari kun aloitetaan täyttämään kohtia samalla tavalla."* Kuusi haastateltavaa kymmenestä mainitsi RAI Screenerin olevan aikaa vievä tai raskas tai se toi lisätyötä.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus

Laadullinen tutkimus on Tuomen & Sarajärven (2002, 122) mukaan luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa joten eettisyys on laadullisessa tutkimuksessa äärimmäisen tärkeää, koska tiedonhankintakeinot ovat vapaamuotoisia.

Hain tutkimuslupaa hyvinvointitoimialan hallinnosta ennen opinnäytetyöni aloitusta. Hain tutkimuslupaa tutkuspäälliköltä joka ohjasi minut laittamaan hakemuksen eteenpäin. Lopulta sain tutkimusluvan suullisesti ympärivuorokautisen hoidon johtajalta.

Aloitin haastattelut heti tutkimuslupani saatua. Kysyin jokaiselta työntekijältä luvan haastattelun tekoon. Työntekijöillä oli oikeus kieltäytyä haastattelusta halutessaan. Haastattelut olivat anonyymejä opinnäytetyössäni. Painotin ennen haastattelun alkua oikeudesta kieltäytyä haastattelusta ja / tai nauhoituksesta. Haastattelut suoritin suljetussa tilassa yksin haastateltavan kanssa.

Valitsin haastateltavani sen mukaan ketkä käyttävät Turun kaupungin avopalveluissa RAI Screeneriä. Rajasin tehtyjen RAI Screenereiden määrän vähintään kolmeen. Enimmillään tehtyjä RAI Screenereitä oli 25. Suuri vaihteluväli oli haastateltavien tunnistamattomuuden kannalta välttämätöntä. Vaikka vaihteluväli voi vaikuttaa suurelta, oli haastateltaville anonyymiuden säilyminen ehdottoman tärkeää. Aineistoni pysyi yhtenäisenä RAI Screenereiden tehtyjen määrän eroavaisuuksista huolimatta.

Analysoin aineistoni litteroimalla haastattelut sanasta sanaan jonka perusteella peilasin vastauksia teemoihini. Litteroinnin huolellisuudella sain pidettyä luotettavuuden hyvällä tasolla.

Tutustuin myös kokonaisvaltaisesti RAI:hin ennen haastatteluideni tekoa, jotta toimin eettisesti oikein. Tein itse myös muutaman RAI Screenerin haastattelussa ollessani, jotta ymmärsin paremmin mitä työntekijät ovat tarkoittaneet. Mielestäni

tämä auttoi saamaan RAI Screeneristä laajempaa käsitystä sekä ymmärtämään esimerkiksi RAI järjestelmää. Pidin kuitenkin omat mielipiteeni erossa haastattelavista, en missään nimessä halunnut oman mielipiteeni vaikuttavan haastateltaviin tai tutkimuksen tuloksiin.

6.2 Tulosten tarkastelu

RAI Screener toimii uutena toimintakykymittarina joka auttaa Turun avopalveluita arvioimaan ikäihmisen toimintakykyä. Lähdesmäen & Vornasen mukaan (2009, 51-52) vanhuksen toimintakyvyn arvioinnilla pyritään selvittämään ikäihmisen sen hetkinen lähtötilanne. Myöhemmin tätä lähtötilanteen arviointia vertaamalla uuteen arviointiin, voidaan tutkia käytettyjen toimintakyvyn tukemiseen menetelmien vaikuttavuutta.

RAI Screeneriä käytetäänkin tällä hetkellä juuri tähän tarkoitukseen; jokaiselle ikäihmisten palvelujen piiriin tulevalle, on se joko tukipalvelut, kotihoito tai omaishoito, arvioidaan hänen sen hetkinen toimintakykynsä. Tämän jälkeen, toimintakykyä voidaan arvioida uudelleen ja tarkastella sen mahdollisesti heikentyvyyttä tai parantuvuutta. Tämän vuoksi uskon, että RAI Screeneriä tehdään jokaiselle Turun avopalveluiden piiriin tulevalle ikäihmiselle, huolimatta asiakkaan toimintakyvystä.

Toimintakyvyn arvioinnin avulla saadaan kokonaiskäsitys vanhuksen omista voimavaroista ja ongelmista, eli juuri siitä missä vanhus tarvitsee apua ja missä ei. Arviointi antaa myös tietoa, onko vanhus jossain asiassa ja toiminnassa täysin autettava vai kenties vain osittain autettava. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 51-52.) RAI Screenerissä erottuu ADL toimissa suuresti, onko henkilö täysin vai osittain autettava: tarvitseeko hän apua vain ohjauksen muodossa vai jopa raajojen kannattelun muodossa. Näiden perusteella RAI Screener palvelee hyvin ikäihmisten toimintakyvyn arviointia.

Toimintakykymittari RAI on uusi ja kiehtova asia Turun avopalveluissa. Ennen RAI:ta ei Suomessa vuonna 2005 ollut yleisessä käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa jonka avulla ikäihmisten toimintakyky,

voimavarat ja avun tarve voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa. He huomasiivat myös, että psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arviointi jäi liian vähäiselle huomiolle. (Voutilainen & Vaarama 2005, 34.) RAI Screener mittarissa psyykkisen toimintakyvyn arviointi on osuudeltaan laajempi, vaikkakin psyykkisesti sairaan arviointi ei RAI Screenerin avulla onnistu. Myös ympäristötekijät ovat huomioitu paremmin esimerkiksi asunnon kunnan ja läheisverkoston kartoittamisen avulla.

RAI Screenerin sisällöstä haasteltavat kertoivat että sitä olisi voinut rajoittaa tiettyyn asiakasryhmään, kuten palvelutorilla toimintakykytestiä ei olisi tehty jos asiakas on hyväkuntoinen ja tarvitsee vain pientä apua tukipalveluiden muodossa. Myös psyykkisesti sairaat jäivät haastateltavien mukaan RAI Screenerin ulkopuolelle, vaikka mieliala tarkasteltiin siinä laajemmin kuin esimerkiksi RAVAssa.

Kuitenkaan Toimia-sivustolla ei ole mainintaa RAI toimintakykymittareista. Mittari on ollut Suomessa jo jonkin aikaa ja kansanvälisesti jo 1980-luvulta, mutta silti RAI tuntuu olevan vielä vähän käytetty ja arvioitu. Sivuston mukaan muita ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin käytettyjä mittareita on mm. CES-D The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Cohen- Mansfieldin levottomuusasteikko, IADL-asteikko ja MMSE palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. RAVA-mittari on mainittu olevan riittämätön mittari, RAVAn pätevyys on ilmeisesti riittämätön arvioidessa henkilöitä joiden palvelutarpeeseen vaikuttavat vaikeudet väli-neellisissä päivittäistoimissa (IADL), käytösoireissa, psyykkisissä oireissa, muisti- ja ajatustoiminnoissa sekä ympäristötekijöissä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2011.) RAI Screenerissä RAVA-mittarista puuttuvat osaset ovat täydennetty. IADL toiminnot ovat kattavat kysyen raha-asioiden hoidosta puhelimen käyttöön. Psyykkisiä oireita käsittelee mieliala-osio (DRS) sekä ympäristötekijät ovat laajemmin otettu huomioon. Muisti- ja ajatustoiminnot on kysytty CPS asteikon avulla.

RAI Screener on silti haastateltavien mukaan laaja, mutta silti puutteellinen. Toimintakykytestin lisäksi työntekijän täytyi muistaa kysyä monia asioita testin ulkopuolelta, pelkkä toimintakykymittari ei riittänyt asiakkaan kokonaisvaltaiseen toi-

mintakyvyn arviointiin, mitä RAI Screeneriltä ehkä odotettiin. Esimerkiksi omaishoidontuessa ei voinut käyttää pelkkää RAI Screeneriä vaan kotikäynnillä piti olla hoito- ja palvelusuunnitelma mukana, jotta muistaisi kysyä kaikki omaishoidontuen arviointikäyntiin liittyvät kysymykset. Laajuutensa lisäksi RAI Screenerissä oli monen haastateltavan mukaan silti liikaa sisältöä ja sisältö oli varsinkin hyväkuntoisille asiakkaille liian yksityiskohtainen ja raskas.

Tämä teki RAI Screeneristä erikoisen toimintakykymittarin. Toisaalta mittarista puuttui paljon, mitä piti muistaa kysyä mittarin ohi, mutta kuitenkin toisaalta RAI Screener on liiankin laaja. Mittarissa ei ollut tasapainoa, eikä mittaria voinut yksin käyttää ikäihmisen arviointiin. RAI Screenerissä oli myös paljon turhaa, joka voi tuntua turhalta näpyttelyltä ja aikaavievältä.

Kuitenkin, puolet haastateltavista mainitsi, ettei saanut RAI Screeneristä tarvitsemaansa hyötyä ja apua työssään. RAI Screenerissä oli paljon puutteita, mutta samalla myös paljon aikaa vieviä ja jopa turhia yksityiskohtia. RAI Screeneristä luvattiin paljon haastateltavien mukaan ja siksi monet siihen pettyivät. Hyväkuntoiselle RAI Screener on liian raskas, vaikka olisi hyvä tehdä alkukartoitus asiakkaasta, oli tilanne mikä tahansa.

Paperilla RAI Screener vaikuttaa hyvältä mittarilta, mutta käytäntö on näyttänyt toisin. Kaikki RAVAsta puuttuvat kohdat ovat parantuneet, mutta osittain jopa liiankin. Huonokuntoisemmalle ikäihmiselle RAI Screener tuntuu toimivan paremmin kuin hyväkuntoiselle, vaikka mittariarvoista ei suuremmin hyötyä ole vielä huomattu. RAI Screener on laajempi ja kattavampi kuin RAVA, jo sivumäärästä voi päätellä sen. Turun avopalveluissa RAI Screener tulee mahdollisesti olemaan parempi ja kattavampi ikäihmisten toimintakykyä arvioidessa kuin RAVA.

Yksi suuri asia, joka ilmeni haastatteluissa, oli tulkinnanvaraisuus. RAI Screenerissä on kohtia jossa eri työntekijät voivat tulkita vastauksen eri tavalla. Esimerkiksi ADL toimintojen vastausvaihtoehtoja on kahdeksan erilaista, jolloin yhtenäisen linjan saaminen työntekijöiden kesken voi olla mielestäni haasteellista. Tavoitteena on yhdenmukaistaa RAI arvioinnin käytäntöjä ja saada väline asiakkaiden tasalaatuisempaan arviointiin.

Turussa RAI Screener on vielä alkuvaiheessa. RAI Screener otettiin pikkuhiljaa käyttöön vasta marraskuussa 2015. Tuloksinvaraisuutta esiintyy työyhteisön kesken paljon, jonka pois saaminen ja työtapojen yhtenäistäminen vie aikaa. Asenteet RAI Screeneriä kohtaan ovat ajoittain olleet jyrkät, minkä vuoksi on mittarin sisäänajo kestänyt kauan ja jatkuu edelleen.

Käyttöönotto sujui omaishoidontuessa ja palvelutorilla hyvin asenteista huolimatta. RAI Screener herätti paljon tunteita työyhteisön kesken. Uusi seitsemän sivuinen toimintakykymittari korvasi vanhan yhden sivun mittaisen, niin väistämättä tunteet kuohuvat ja suuria muutoksia on työyhteisössä tapahtumassa. Tutkimuksen tulos olisi asenteiden takia voinut muuttua jos olisin ottanut aineistooni mukaan myös ne, jotka olivat tehneet yhden tai kaksi RAI Screeneriä. Asenne uutta toimintakykymittaria kohtaan näkyi selkeästi siinä, kuinka monta RAI Screeneriä työntekijä oli tehnyt kahdessa kuukaudessa koulutuksien jälkeen.

Asenteista huolimatta työyhteisö auttoi aina toisiaan. Jokainen haastateltava tunsi saavansa apua työyhteisöltään niin ongelma - kuin käyttöönottilanteessa. Kukaan ei pelännyt kysymistä, vaan kaikki auttoivat kaikkia. Myös erikoisasiantuntijat saivat hyvää palautetta, he olivat helposti saatavilla. Vaikka käyttöönotto oli kankea, oli silti apua aina saatavilla.

RAI Screener on edelleen käytössä omaishoidontuessa sekä palvelutorilla. Vaikka uusi toimintakykymittari on raskas, käytetään sitä silti lähes päivittäin. Asenteet muuttuvat pikkuhiljaa ja omaishoidontuki on kokoamassa kriteeristöä RAI Screenerin mittariarvoja apuna käyttäen.

6.3 Kehitys – ja jatkotutkimusideat

RAI Screener toimii ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa. Osittain kuitenkin täytyy jakaa kenelle kaikille asiakasryhmille RAI Screenerin tekee. Psykkisesti sairaille RAI Screener ei ole soveltuva, ei myöskään kehitysvammaisille. Myös hyväkuntoiset ikäihmiset, esimerkiksi yksinasuvat jotka tarvitset vain tukipalveluja esimerkiksi turvpuhelimen muodossa, olisi hyvä jättää testin ulkopuolelle. Vaikka alkukartoitus tärkeää onkin, ei suuren ja raskaan toimintakykytestin

tekeminen tunnu järkevältä asiakkaalle kenen toimintakyvyssä ei ole ongelmaa. Tämä testi myös rasittaa asiakasta, jonka vuoksi hyväkuntoiselle en näe syytä testin tekemiseen.

RAI Screener jatkaa matkaansa Turun avopalveluissa. Tavoitteena on että alkukankeuden jälkeen on tulkinnanvaraisuutta saatu pienennettyä ja asiakasryhmät kohdennettua oikeaksi. Tärkeintä on, että työyhteisö oli aina apuna jokaiselle haastateltavalle. Jokainen haastateltava sai aina apua tarvittaessaan työyhteisöltä. Uuden toimintakykymittarin käyttöönotto ei ole koskaan helppoa, mutta työyhteisön voimalla siitäkin selvitään.

RAI Screenerin käyttöönotto sujui omaishoidontuessa sekä palvelutorilla hyvin. Apua oli saatavilla niin työyhteisön kuin erityisasiantuntijoiden kesken. Hyöty herätti pohdintaa ja olisi hyvä että omaishoidossa ja palvelutorilla tarkasteltaisiin kenelle kaikille asiakasryhmille RAI Screeneriä tehdään. RAI Screener on liian raskas ja pitkä hyväkuntoiselle ikäihmiselle. Vaikka alkukartoitus on aina hyvä tehdä, tulisi toimintakykytesti tehdä vasta tilanteen niin oikeasti vaatiessa. Myös psyykkisesti sairaat ja kehitysvammaiset olisi hyvä jättää RAI Screenerin ulkopuolelle, koska RAI Screener keskittyy vain ikäihmisiin.

Tulkinnanvaraisuutta työyhteisön kesken pitäisi myös pienentää. On ehdottoman tärkeää että työyhteisön kesken toimintatavat ovat samat jotta tuloksia voidaan vertailla. Esimerkiksi RAI arvojen lisääminen omaishoidon tuen kriteeristöön ei onnistu jos työntekijät täyttävät RAI Screenerin eri tavoin. Tulkinnanvaraisuuden pienentäminen voisi onnistua esimerkiksi kehittämisillan avulla, jossa käydään kohta kohdalta läpi joka ikinen RAI Screenerin kysymys ja täten varmistetaan että jokainen työntekijä on ymmärtänyt kysymykset samalla tavalla. Omaishoidon tuki on tämän jo tehnyt, ja se osoittautui hyväksi, joten uskon että sama auttaisi palvelutoria.

Myös tärkeää on, että RAI Screenerin tekoa jatketaan omaishoidon tuessa sekä palvelutorilla. Mitä enemmän testiä tekee sitä nopeammin ja helpommin se työntekijältä onnistuu. Asenteet voivat muuttua mitä tutummaksi RAI Screener tulee.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia asiakkaiden mielipiteitä RAI Screeneristä. Tuntuu testin teko raskaalta myös asiakkaalle? Onko asiakkaiden mielestä testin teko turhaa ja aikaa vievää? Valitettavasti vain gradu-tasoisissa töissä saa haastatella asiakkaita Turun kaupungilla, joten itse en tätä haastattelumuotoa voinut käyttää.

Kaiken tämän jälkeen "kaikki kulkee samassa RAI veneessä", on kuitenkin oivaltavin asia, mitä tutkimukseni opetti. Työyhteisön voima on suuri uusissa työyhteisöä mullistavissa tilanteissa.

LÄHTEET

Finne-Soveri, H. Noro, A., Jonsson, P., Ljunggren, G., Grue, E., Jensdóttir, A., Björkgren, M., Lindman, K., Schroll, M., Srbye, L. 2008. Nord RAI network and research in the care for older persons final report 1998-2008 : on behalf of the NordRAI group. Helsinki: Valopaino Oy.

Fone, S. & Lundgren-Lindquist, B. 2003. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65 – 85 year olds. Disability and rehabilitation, Vol 25, Ni. 18, 1044-1051.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2011. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Kaivolainen, M.; Kotiranta, T.; Mäkinen, E.; Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M (toim.) 2011. Omaishoito, tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Laukkanen, P. 2001. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa Talo, J. (toim). Toimintakyky - viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 95-102.

Lehtonen, A. 2014. Esitys ikäihmisten palveluohjauksen järjestämisestä Turussa. Palvelutori Turussa -projekti. Moniste. Turku: Turun kaupungin hyvinvointitoimiala.

Liikanen, H-L. & Kaisla, S. 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmistä. Työpapereita 3:2007. Helsinki: Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tuki-jana. Helsinki: Edita Prima.

Morris, JN. Hawes, C & Fries, BE. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. The Gerontologist 1990; 30: 293-307.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Omaishoitolaki. 2.12.2005/937.

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Painopörssi Oy.

Pohjola, L. 2006. TOIMIVA-testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa. Kuopio: Kopijyvä.

Raisoft. RAI Screener Oulu, Mittarikäsikirja. 28.02.2013.

Rantakokko, M., Suominen, H. Ikääntyminen ja liikkumiskyky. 2014. Teoksessa Leikas, J.(toim.) Ikäteknologia. Raisio: Newprint Oy, 49.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virkola, E. Muistisairaiden ihmisten toimintakyvyn arviointi. 2009. Teoksessa Pohjolainen, P., Heimonen, S.(toim.). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti, 78.83.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Stakesin monistamo.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 2014. www.thl.fi -> thl.fi -> aiheet -> ikääntyminen -> palvelujen ja hoidon laatu -> ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen -> tietoa RAI-järjestelmästä -> mikä on RAI?/RAI-järjestelmän yleisimmät mittarit. Viitattu 30.10.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>

ja

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-yleisimmat-mittarit>

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. [www.thl.fi/toimia](http://www.thl.fi) -> Suositukset -> läikkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 27.1.2016.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Turku. 2015. www.turku.fi -> Sosiaali-ja terveysterveystyöt -> Sosiaalipalvelut -> Kotiin annettavat palvelut -> Omaishoidontuki. Viitattu 23.12.2015.

<http://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotiin-annettavat-palvelut>

Turku. 2015. www.turku.fi -> Sosiaali-ja terveysterveystyöt -> Sosiaalipalvelut -> Kotiin annettavat palvelut -> Ikäihmisten palvelutori Poiju / Kotona asumista tukevat palvelut. Viitattu 23.12.2015.

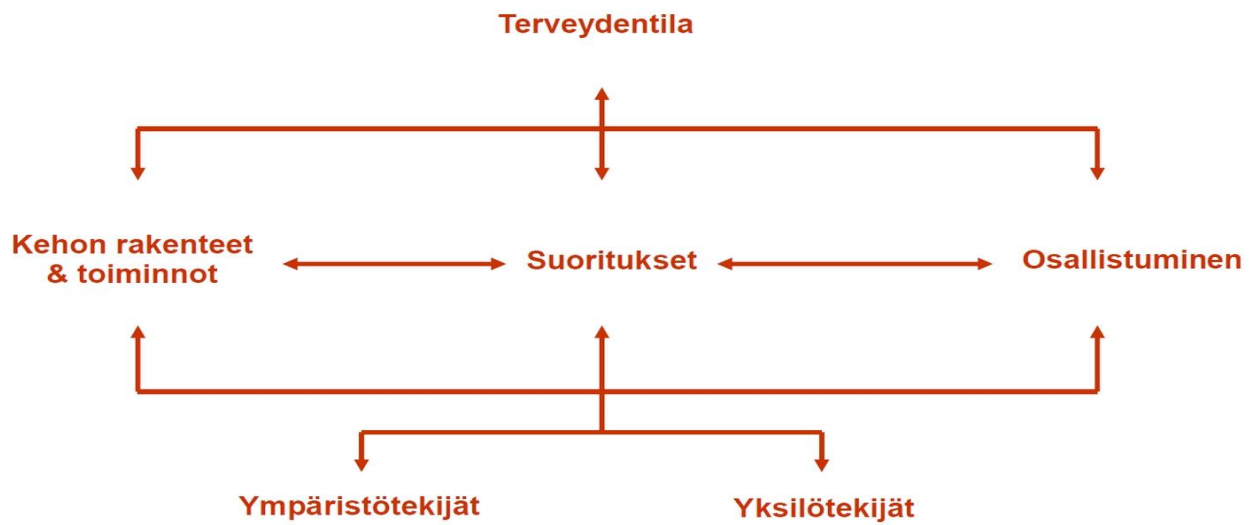
<http://www.turku.fi/palvelutori> ja <http://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotona-asumista-tukevat>

Turku. 2015. www.turku.fi -> Sosiaali-ja terveysterveystyöt -> Sosiaalipalvelut -> Kotiin annettavat palvelut. Viitattu 25.1.2016.

<http://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotiin-annettavat-palvelut>

Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Haastattelun runko

Perustiedot:

1. Nimi
2. Työpaikka, työnimike
3. Haastattelupaikka & kellonaika
4. Tehtyjen RAI:den määrä

Haastattelu:

RAI:

1. Millä tavalla RAI on auttanut sinua työssäsi?
2. Millä tavalla RAI on osoittautunut hyödylliseksi työssäsi?
3. Miten sait RAI:sta lisähyötyä työhösi?
4. Miten RAI on tuonut turvaa työssä tekemiisi päätöksiin?
5. Mitä mieltä olet RAI:n laajuudesta?

6. Jäitkö kaipaamaan RAI:sta jotain lisää? Puuttuiko RAI:sta oleellisesti jotain?

RAI-järjestelmä:

1. Mitä mieltä olet RAI järjestelmän helppokäyttöisyydestä?
2. Miten olet käyttöönottovaiheessa saanut tarpeeksi apua työyhteisössäsi?
Onko apua ollut tarpeeksi saatavilla?
3. Tiedätkö keneen ottaa yhteyttä työyhteisössäsi ongelmatilanteissa?
4. Oletko ongelmatilanteessa saanut helposti apua ja tukea työyhteisössäsi?