

**RAI-
järjestelmän hyödyntäminen asumis-
yksikön johtamistyössä**

Laura Kumpulainen

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2020

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Terveyden edistäminen

Tekijä(t) Kumpulainen, Laura	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2020
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi RAI-järjestelmän hyödyntäminen asumisyksikön johtamistyössä		
Tutkinto-ohjelma Terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Riitta Räsänen, Sirpa Tuomi		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ikääntyneiden määrä on kasvussa. Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa ennusteiden mukaan 25,6 prosenttiin. Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 tavoitteena on turvata iäkkäille mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on lisätä mahdollisuuksia laadukkaisiin sosiaali- ja terveystalouteihin yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sekä oikea-aikaisesti. Palveluiden toteutuksen tulee tukea iäkkään terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää asumisyksikön johtamistyössä. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä ja osaamista RAI-järjestelmän hyödyntämisestä asumisyksikössä tehtävässä johtamistyössä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Aineiston hankinnan tietokantoina käytettiin Medic-, EBSCO-, ProQuest Central- ja PubMed- tietokantoja. Aineistoksi valittiin kymmenen englanninkielistä tutkimusartikkeliä, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineiston analyysistä nousi esiin neljä näkökulmaa, jotka kuvasivat RAI-järjestelmän käyttöä johtamisessa ja kehittämisessä. Nämä olivat: RAI henkilökunnan työkaluna, RAI johtamisen välineenä, RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä sekä RAI tiimityöskentelyn työkaluna. Henkilökuntaa tulee kouluttaa ja sitouttaa RAI-järjestelmän käyttöön. Johtajan tulee tunnistaa RAI:n tarjoamat mahdollisuudet ja käyttää niitä yksikön kehittämisessä. Tiimityöskentely mahdollistaa laadukkaamman hoidon toteutumisen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää entistä laadukkaampien ja vaikuttavampien palveluiden kehittämisessä ikääntyneille.</p>		
Avainsanat (asiasanat) vanhuspalvelut, johtaminen, RAI-järjestelmä, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kumpulainen, Laura	Type of publication Master's thesis	Date June 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 61	Permission for web publication: x
Title of publication Utilization of the RAI System in the Management of a Housing Unit		
Degree programme Health program		
Supervisor(s) Räsänen Riitta; Tuomi Sirpa		
Assigned by		
Abstract <p>The number of older people is growing. The proportion of the population over the age of 65 will increase to 25.6 per cent by 2030. The goal of the quality recommendations regarding good aging and improved services for 2017-2019, is to ensure as healthy and functional aging as possible for the elderly, as well as high-quality and effective services for those who need them. The purpose of the Elderly Services Act is to increase opportunities for high-quality social and health services in accordance with individual needs and in a timely manner. The implementation of services must support the health, well-being, functional capacity, independent performance and inclusion of an elderly person.</p> <p>The purpose of the thesis was to find out how the RAI system could be utilized in the management of a housing unit. The aim was to increase understanding and competence in the usage of the RAI system in management in a housing unit.</p> <p>The thesis was carried out as a literature review. Medic, EBSCO, ProQuest Central and PubMed databases were used for data acquisition. Ten English language research articles that answered the research question were selected as data. The data was analyzed by using data-driven content analysis. Four aspects emerged from the analysis of the data and they described the use of the RAI system in management and development. Those were RAI as a tool for the staff, RAI as a management tool, RAI as a tool in quality improvement supporting decision-making and RAI as a tool for teamwork. Staff must be trained and committed to using the RAI system. The director must identify the opportunities offered by RAI and use them in the development of the unit. Teamwork enables high-quality quality care. The of the study can be utilized in the development of better and more effective services for the elderly people.</p>		
Keywords/tags (subjects) Elderly services, Management, Resident Assessment Instrument, Literature review		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	5
2.1	Vanhuspalvelut	5
2.2	Palveluiden laatu ja ikääntyneiden elämänlaatu.....	5
2.3	Tehostettu palveluasuminen.....	8
2.4	Johtaminen	9
2.5	Vaikuttavuuden arviointi ja päätöksenteko johtamisessa	10
2.6	Ikääntyneiden toimintakyky ja sen arviointi	12
2.7	RAI-järjestelmä	13
2.8	RAI-vertailutieto.....	16
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	17
4	Tutkimuksen toteutus	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus.....	18
4.2	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	19
4.3	Sisällönanalyysi	21
5	Opinnäytetyön tulokset	24
5.1	RAI henkilökunnan työkaluna.....	24
5.2	RAI johtamisen välineenä.....	25
5.3	RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä	26
5.4	RAI tiimityöskentelyn työkaluna.....	28
6	Pohdinta	30
6.1	Opinnäytetyön eettisyys	30
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	31
6.3	Tulosten tarkastelu	32
	RAI johtamisen välineenä.....	34
	RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä	35
	RAI tiimityöskentelyn työkaluna.....	36
6.4	Johtopäätökset ja kehittämissideat	36

Lähteet	39
Liitteet	46
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.....	46
Liite 2. Aineiston pelkistäminen.....	47
Liite 3. Aineiston ryhmittely.....	53
Liite 4. Aineiston luokittelu.....	57

KUVIOT

Kuvio 1. ICF-luokitus	12
Kuvio 2. RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman toteutus	15
Kuvio 3: RAI:n mittarit ja niiden käyttöalueet.....	15

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessi sähköisistä tietokannoista	20
Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä	21
Taulukko 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä	22
Taulukko 4. Esimerkki aineiston luokittelusta.....	23
Taulukko 5: RAI henkilökunnan työkaluna.....	24
Taulukko 6: RAI johtamisen välineenä.....	26
Taulukko 7: RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä	27
Taulukko 8: RAI tiimityöskentelyn työkaluna.....	28

1 Johdanto

Suomessa väestön keski-ikä nousee johtuen syntyvyyden pienentymisestä sekä elinajanodotteen kasvusta. Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa ennusteiden mukaan 25,6 prosenttiin. (Väestön ikääntyminen Suomessa, 2019.) Samaan aikaan 15-64 vuotiaiden osuus väestöstä kääntyy laskuun ennusteiden mukaan (Väestö, 2020). Vuonna 2017 vastasyntyneiden elinajanodote oli pojilla 78,7 ja tytöillä 84,2 vuotta (Elinajanodote, 2018). Elinajanodotteen kasvun myötä myös hyvin iäkkäiden määrä kasvaa. Tällä hetkellä yli 90-vuotiaita on noin 50 000 ja ennusteiden mukaan vuonna 2065 heitä olisi jo 190 000. (Väestön ikääntyminen Suomessa, 2019.)

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on muun muassa lisätä ikääntyneen mahdollisuuksia laadukkaisiin sosiaali- ja terveystalveluihin yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sekä oikea-aikaisesti. Palveluiden toteutuksen tulee tukea iäkkään terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta. Sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaa tulee johtaa niin, että se tukee asiakaslähtöisten palveluiden kokonaisuutta, kuntouttavan työtteen edistämistä, yhteistyötä eri viranomaisten ja ammattiryhmien välillä sekä erilaisten toimintatapojen kehittämistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista, 28.12.2012/980.)

Sosiaali- ja terveystalveluministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat laatineet laatusuosituksen, joka koskee iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä. Tämän suosituksen tavoitteena on turvata iäkkäille mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.)

Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin on kehitetty RAI-järjestelmä, joka on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. RAI-järjestelmässä on eri osia riippuen asiakkaan tarpeesta, esimerkiksi kotihoitoon, mielenterveystyöhön ja pitkäaikaishoitoon soveltuvat osiot. (Tietoa RAI-järjestelmästä, 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, miten RAI-arviointijärjestelmää voidaan hyödyntää asumisyksikön johtamistyössä. Tulosten avulla voidaan kehittää laadukkaampia ja vaikuttavampia palveluita ikääntyneille.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

2.1 Vanhuspalvelut

Lainsäädännössä on määritelty kuntien tehtäväksi huolehtia ikääntyneen väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja toimintakyvystä. Laki määrää kunnan velvollisuudesta laatia suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelmassa on oltava kuvattuna muun muassa ikääntyneiden hyvinvoinnin tila, palveluiden laatu ja riittävyys, eri toimijoiden vastuut sekä kunnan tekemä yhteistyö muiden tahojen, kuten yritysten ja järjestöjen kanssa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista, 28.12.2012/980.)

Väestön vanhetessa erilaisten palveluiden tarve kasvaa ikääntyneille. Suomessa on kansallisena tavoitteena mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään viemällä palvelut asiakkaan luokse. Jotta tähän tavoitteeseen on mahdollista päästä, tulee palveluita ja teknologiaa kehittää tukemaan kotona asumista. Samalla on kuitenkin huomioitava, että asiakasta kuullaan palveluita suunnitellessa. Tällöin palvelu vastaa tarpeita sekä huomioidaan myös palveluiden laatu ja kustannustehokkuus. (Muuttuvat vanhuspalvelut 2019.)

2.2 Palveluiden laatu ja ikääntyneiden elämänlaatu

Vuonna 1995 on julkaistu ensimmäinen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta-suositus, jonka tarkoituksena oli tukea laadunhallintaa sekä kannustaa laatutyöhön. Suosituksessa oli kolme keskeistä periaatetta; laadunhallinnan tuli olla päivittäistä työtä, asiakaslähtöisyyden keskiössä sekä laadunhallinnan toteuttamisessa tuli hyödyntää tiedolla ohjaamista. Laatusuosituksia on julkaistu tämän jälkeen useita, päivitettyinä vastaamaan sen hetkisiä tarpeita. Lisäksi on julkaistu palvelukohtaisia laatusuosituksia kuten laatusuositus ikääntyneille. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008.) Vuonna 2017 julkaistun laatusuosituksen tavoitteeksi on määritelty mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Tähän tavoitteeseen sisältyy vaikuttavien ja laadukkaiden palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti.

Terveen ikääntymisen turvaaminen vaikuttaa ikääntyneiden osallisuuteen, elämänlaatuun sekä palveluiden tarpeeseen niitä vähentävästi. Tällä on vaikutusta myös julkiseen talouteen. Vuonna 2015 yli 65-vuotta täyttäneen väestön säännöllisistä palvelujen kustannuksista 70 prosenttia on kohdentunut ympärivuorokautiseen hoitoon. Omaishoidon tukeen on kohdentunut kolme prosenttia ja kotihoitoon 25 prosenttia kokonaiskustannuksista. Kaikkinensa säännöllisiin palveluihin on käytetty rahaa 4,5 miljardia euroa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.) Ikääntyvien määrän kasvaessa myös kustannukset ja henkilöstön tarve kasvaa. Hallitus on kaavaillut henkilöstömitoituksen nostamista vanhuspalvelulaissa. Tehostetun palveluasumisen kustannusten kasvu huomioituna vanhuspalveluin henkilöstömitoituksen nostamisella olisi 470 M€ suuremmat vuonna 2023 kuin tällä hetkellä. Vuonna 2033 kustannusten kasvu olisi jo 1210 M€ korkeammat nykyhetkeen verrattuna. Kustannusten nousu olisi prosenteissa jo 64. (Uusi henkilöstömitoitus nostaa merkittävästi ikääntyneiden palvelujen kustannuksia, 2019.)

Laadunhallinnan kehittämiseksi on useita erilaisia vaihtoehtoja ja järjestelmiä. Palveluntuottajan on mahdollista valita käyttöönsä standardoitu laadunhallinnan malli, joka edistää ja soveltuu parhaiten toimintaan. Esimerkiksi ISO 9001-standardi edellyttää, että palveluntuottajalla on käytössä standardin edellyttämät laadunhallintatoiminnot. Tämä varmistetaan ulkoisilla auditoinneilla. ISO-standardissa korostuu asiakaslähtöisyys, prosessien hallinta sekä tulosten parantaminen. (Laadunhallinnan periaatteet, n.d.)

Laadukkailla palveluilla voidaan edistää ikääntyneen elämänlaatua. Osaamisella ja sen oikeanlaisella kohdentamisella voidaan lisätä asiakas- ja potilasturvallisuutta ja tuottaa tarpeiden mukaista hoitoa ja huolenpitoa. Lähijohtamisella on tässä myös merkitystä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden kohdalla puhutaan käsitteistä tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus. Tuotetuilla palveluilla tulisi olla hyvinvointia ja terveyttä edistäviä vaikutuksia, jolloin nämä kaksi osa-aluetta yhdessä muodostavat tehokkaita palveluita. (Valtonen 2017, 72-73.)

WHO määrittelee elämänlaadun yksilön käsityksenä omasta elämäntilanteestaan, joka suhteutetaan omiin päämääriin, odotuksiin ja tavoitteisiin yksilön oman kulttuurin ja arvomaailman mukaisesti (WHOQOL: Measuring Quality of Life, n.d). Elämänlaatua on kuvattu myös fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ulottuvuuden sekä elinympäristön yhteenliittymänä. Fyysinen ulottuvuus kuvastaa toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen vaikutuksia elämänlaatuun. Toimintakykyä ei tule tarkastella rajoitteiden/vajavaisuuksien näkökulmasta vaan jäljellä olevien voimavarojen kannalta. Elämänlaatuun vaikuttaa positiivisesti jopa pienetkin asiat, joita henkilö pystyy itse tekemään. Negatiivisesti elämänlaatuun voi vaikuttaa esimerkiksi henkilön kokemat kivut. Psyykkinen ulottuvuus voidaan kuvata elämäntilanteen tunteena sekä mielen tasapainona. Positiivisesti tähän vaikuttaa niin tunteiden ja ajatusten kuin myös toiminnan hallinta. Negatiivinen vaikutus tähän ulottuvuuteen voi olla esimerkiksi ahdistuksella tai peloilla. Sosiaalinen ulottuvuus kuvataan osallisuuden ja yhteisöllisyyden sekä vuorovaikutustaitojen kautta. Sosiaalisten suhteiden määrä ei kuitenkaan ole merkittävin tekijä vaan suhteen luonne ja laatu ratkaisevat vaikuttaako se positiivisesti vai negatiivisesti henkilön elämänlaatuun. Ikääntyneiden kohdalla yksinäisyys nousee esille tekijänä, jolla on vaikutusta elämäntilanteen sosiaaliseen ulottuvuuteen. Elinympäristöä tarkasteltaessa esiin nousee sen muunneltavuus, hallittavuus ja turvallisuus elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä. Ikääntyessä elinympäristö voi muuttua esimerkiksi muutettaessa kotoa asumisyksikköön. On kuitenkin yksilöstä ja hänen toimijuudestaan riippuvaista, miten ympäristön merkitys koetaan elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä. (Räsänen 2011, 71-78.)

Ikääntyneen hyvään elämänlaatuun kuuluu muun muassa itsemääräämisoikeus ja toimiva arki sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palveluiden laatu. Ikääntyneellä tulee olla mahdollisuus elää omannäköistä elämää ikääntyneen omissa yhteisöissään. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.) Tarkasteltaessa ympärivuorokautisessa hoivassa asumisen näkökulmaa, elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä nousee esiin muun muassa yksityisyys, persoonallisuus sekä yhteisöllisyys ja valinnan mahdollisuudet. Hoitopaikoissa pyritään kodinomaisuuteen, sillä kodissa on mahdollista kontrolloida omia asioita, olla vapaasti ja riippumattomasti sekä se mahdollistaa intiimiyttä. (Räsänen 2011, 80-81.)

2.3 Tehostettu palveluasuminen

Sosiaalihuoltolain mukaan ”asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä”. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu henkilölle, jonka hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Palveluasumiseen sisältyy asumisen lisäksi asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, ateriat-, vaate- ja siivouspalvelut, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä palvelut. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Kunta voi järjestää tehostettua palveluasumista kolmella eri tavalla; omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelillä (Asumispalvelut ja laitoshoido, 2017). Vuoden 2017 lopussa tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä oli yli 43 000. Asiakkaista 49 % asui yksityisien palveluntuottajien (yritykset ja järjestöt) toimipaikoissa. (Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017.)

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä tulee olla vähintään 0,5 henkilöstön toteutunut vähimmäismitoitustaso. Osaavan henkilöstön riittävä määrä on edellytys laadukaille ja turvallisille palveluille. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.) Sekä laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, että laissa yksityisistä sosiaalipalveluista säädetään henkilöstön määrästä. (20 § & 4 §). Keväällä 2019 on asetettu työryhmä sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Työryhmän tarkoituksena on valmistella uudistusta vanhuspalvelulakiin sekä iäkkäiden laatusuositukseen. Huomioitavia seikkoja, joihin työryhmän tulisi ottaa kantaa on muun muassa henkilöstön määrä, osaaminen ja kohdentaminen, johtaminen sekä hoidon laadun varmistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 56/2019.) Syksyllä 2019 julkaistun lakiluonnoksen tavoitteina on muun muassa säätää ympärivuorokautisen hoivan yksiköiden henkilöstömitoituksesta sekä yhtenäisestä arviointi- ja seurantamittaristosta iäkkään palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa. Luonnoksessa ehdotetaan RAI-arviointijärjestelmää soveltuvaksi arviointimittaristoksi, sillä sitä pidetään parhaiten soveltuvaksi yhtenäiseen palvelutarpeiden arviointiin sekä sen katsotaan tukevan

palvelujen laatua. Henkilöstömitoituksen osalta ehdotuksena on velvoite 0,7 mitoituksesta pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Henkilöstömitoitus tulisi voimaan siirtymäajan jälkeen. (Luonnos hallituksen esitykseksi laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta (vanhuspalvelulaki), 2019.) Vuonna 2023 henkilökunnan tarve kasvaksi 75 % nykyisestä henkilöstömitoituksen tullessa voimaan siirtymäajan jälkeen. Vuoteen 2033 mennessä henkilöstön lisäyksen tarve on yli 25 000 työntekijää enemmän nykyhetkeen verrattuna. (Uusi henkilöstömitoitus nostaa merkittävästi ikääntyneiden palvelujen kustannuksia, 2019.)

2.4 Johtaminen

Johtamista voidaan määritellä eri tavoin; se voidaan jakaa esimerkiksi asioiden johtamiseen ja ihmisten johtamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon puolella määrittelynä on voitu käyttää myös poliittista johtamista, palkkasuhteista johtamista, substanssijohtamista sekä yleisjohtamista. Johtamiseen yhdistetään kuitenkin useimmiten asioiden eteenpäin viemisen näkökulma. (Rissanen & Hujala 2017, 81-83.)

Johtamista on luokiteltu eri näkökulmien mukaan muun muassa henkilöstövoimavarojen johtamiseen, laatujohtamiseen, osaamisen johtamiseen sekä talusjohtamiseen. Henkilöstövoimavarojen johtamisessa tarkastellaan rekrytointia, osaamisen kehittämistä, motivointia sekä palkitsemista. Laatujohtamisessa keskeinen tarkastelun kohde on laadun sekä prosessien kehittäminen. Osaamisen johtaminen tarkastelee osaamisen kehittämistä, jakamista ja arviointia ja talusjohtaminen budjetin avulla johtamista. (Rissanen & Hujala 2017, 90-91.)

Sosiaalialalla johtamisen tarkastelu strategisen johtamisen näkökulmasta sisältää neljä osa-aluetta, joiden tulee sisältyä johtajan ominaisuuksiin tai olla hänellä hallussa. Nämä neljä osa-aluetta ovat vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot, oman toimialueen kokonaisuuden hallinta sisältäen organisaatioiden ja järjestelmien sekä toimintamekanismien tuntemisen, kyky yhteistyöhön poliittisen ja toiminnallisen joh-

don kanssa sekä osaamisen johtaminen, taito tiedolla johtamiseen sekä taidon käyttäminen päätöksenteon tukena. Johtamisen keskeisiksi tehtäviksi nähdään voimavarojen johtaminen, joka sisältää niin henkilöstön, osaamisen, rakenteelliset seikat, asiakkaat, palveluiden käyttäjät kuin myös rahan. (Niiranen, Seppänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen 2011, 13-17.)

Asiakaslähtöisyyden edistämisen huomioonottamisella johtamistyössä voidaan vaikuttaa asiakkaiden ja läheisten kokemuksiin palveluiden laadusta. Henkilöstön osaaminen tulee varmistaa, jotta osaamista kehitetään jatkuvasti ja työssä hyödynnetään vaikuttavia menetelmiä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019.)

Johtaja voi vaikuttaa työpaikan eettiseen toimintaan ja toimintatapoihin omalla esimerkillään ja toiminnallaan. Eettisellä johtamisella voi mahdollistaa tuloksen tekeminen, sitoutumisen työpaikkaan sekä luoda hyvää ilmapiiriä työskentelylle. Eettisiä ristiriitoja johtaja voi kohdata työssään muun muassa yhteiskunnallisista eettisistä näkemyksistä, asiakastyöstä tai itse johtamiseen liittyvissä kysymyksissä. Ristiriitojen ratkaiseminen vaatii niiden tiedostamisesta sekä rohkeutta puuttua niihin. (Niiranen ym. 2011, 113-115.)

2.5 Vaikuttavuuden arviointi ja päätöksenteko johtamisessa

Johtamisessa olennaisessa roolissa on päätöksenteko, jolloin erilaisten vaihtoehtojen kohdalla on tehtävä valintoja. Päätöstä tehdessä muodostetaan ensiksi tavoitteet ja sen jälkeen valitaan soveltuvat keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Päätöksentekijän on huomioitava päätöksiä tehdessään muun muassa hyödyt, kustannukset sekä rajoitteet, jotka vaikuttavat päätöksentekoon, esimerkiksi resurssit. (Hyryläinen 2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla johtajien käyttämiä tietolähteitä päätöksenteon pohjana voivat olla tutkimuksen mukaan muun muassa yksikön toimintasuunnitelmat ja talousarvio, organisaation ohjeistukset ja toimintatavat sekä johtajan oma ammatillinen kokemus ja alaisilta saatu tieto (Simonen 2012). Tietoa voidaan kerätä organisaatioissa erilaisiin tietokantoihin. Kerätty tieto tulisi kuitenkin osata hyödyntää päätöksenteossa. (Jylhä & Kinnunen, n.d.)

Organisaation kulttuurilla on merkittävä rooli ikääntyneiden palvelujen tuottamisessa ja johtamisessa. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa toimintaan, valintoihin sekä päätöksentekoon joko näkyvästi, tiedostettuna tai tiedostamattomana. Johtaja toimii kulttuurin muokkaajana organisaatiossaan ja johtajan toiminnasta välittyy muun muassa arvot ja asenteet organisaation muille tasoille. (Räsänen 2011, 61.)

Tietoa kerätään monin tavoin, esimerkiksi terveydenhuollossa kirjataan potilastietoja sähköisiin järjestelmiin. Tietoa hyödynnetään päätöksenteossa sen eri tasoilla. Tietoa voidaan käyttää monella eri tavalla, mutta se tulee kirjata käyttäen yhtenäistä toimintatapaa. Esimerkiksi hoitotyössä tietoa voidaan käyttää niin kliinisen, hallinnollisen kuin poliittisenkin päätöksenteon tukena. (Jylhä & Kinnunen 2008.)

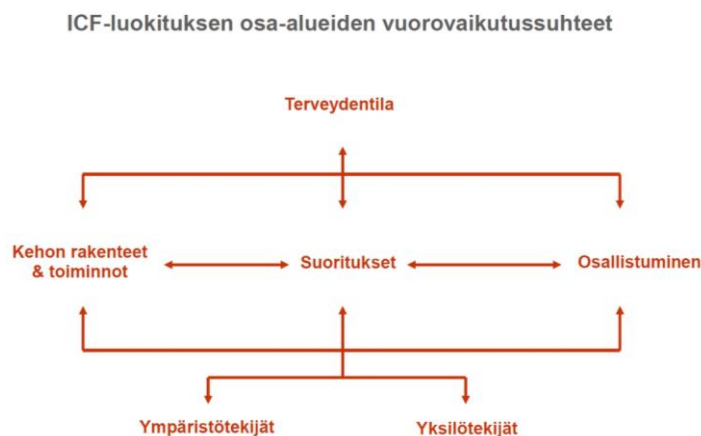
Kerätyn tiedon tulee olla kokonaisuudessaan käytettävissä, jotta voidaan käyttää käsitettä tiedolla johtaminen. Edellytyksenä tiedolla johtamiselle on kerätyn tiedon yhdisteleminen ja jalostaminen, minkä jälkeen tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämisessä. (Ritvanen & Sinipuro 2013, 7-8.)

Vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana on muodostaa näkemys niin tavoitteista, toimenpiteistä kuin tuloksista, joita odotetaan saavutettavan. Vaikuttavuuden arvioinnin avulla hankitaan tietoa siitä mitä palveluiden vaikutukset olivat. Tavoitteena on kerätä tietoa palveluiden toimivuudesta ja tätä kautta parantaa laatua ja tuloksellisuutta erilaisissa palveluissa. Tuloksia tarkastellessa voidaan esimerkiksi vertailla palveluita ja löytää näistä hyviä tapoja sekä keinoja toiminnan kehittämiseen, jolloin asiakkaiden tarpeet voivat tulla paremmin tyydytetyiksi. (Kettunen 2017.)

Päätöksenteko vaatii kattavasti ja laajasti tietoa, mutta erityisesti oikeaa tietoa sekä suodatuskykyä oleellisen tiedon poimimiseksi kaikesta tietomäärästä. Päätöksenteon tukena iäkkäiden palveluissa toimii kokonaisvaltainen, luotettava sekä vertailukelpoinen tieto. (Linna, Mikkola, Peltokorpi & Tyni, 2016.)

2.6 Ikääntyneiden toimintakyky ja sen arviointi

Toimintakyky luokitellaan yleisimmin neljään osa-alueeseen; fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn (Toimintakyvyn ulottuvuudet, 2019). Maailman terveysjärjestö WHO on luonut toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli ICF-luokituksen. Luokitus on kansainvälinen standardi, jonka tehtävä on kuvata väestön toimintaedellytyksiä. ICF-mallin mukaan toimintakyvyn eri osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa; yhdessä osatekijässä tapahtuva muutos voi vaikuttaa yhteen tai useampaan osatekijään. (ICF-Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, 2013.) Kuviossa 1 on havainnollistettu osa-alueiden suhdetta toisiinsa.



Kuvio 1. ICF-luokitus (Toimintakyky ICF-luokituksessa, n.d.).

Ikääntymiseen kuuluu niin terveyden, toimintakyvyn kuin ihmissuhteidenkin erilaisia muutoksia. Muutoksia kohdatessa jäljellä olevat voimavarat eri osa-alueille kompensoivat tilannetta, jolloin ikääntynyt voi ottaa käyttöönsä erilaisia toimintatapoja arkeen. Ikääntyneen kohdalla ICF-luokituksen lähtökohtana tulee olla yksilölliset ja ympäristötekijät, jotka toimivat pohjana osallisuudelle ja arkipäivän suoriutumiselle. (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 178-183.)

Ikääntyneen fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin on olemassa lukuisia erilaisia mittareita. Tutkittavan kohderyhmä sekä mitä mittarilla halutaan selvittää, määrittävät käytettäväksi soveltuvan mittarin valinnan. (Finne-Soveri, 2016.) Soveltuvilla perusteilla valittu arviointimenetelmä ja riittävällä perehtymisellä sen ominaisuuksiin, voidaan tehdä vahvempia johtopäätöksiä tuloksista. Arviointimenetelmän osaavaan käyttöön kuuluu tulosten tulkitseminen sekä niiden hyödyntäminen. Tämä kuitenkin jää herkästi huomioimatta. (Sainio & Salminen 2016, 212.)

Toimintakyvyn arvioinnin tulosten perusteella asetetaan tavoitteita ja määritellään toimenpiteitä, seurataan asiakkaan tilannetta ja muutetaan tarpeen mukaan suunnitelmia ja toimenpiteitä. Arvioinnista saatavalla tiedolla voidaan esimerkiksi arvioida ja verrata asiakkaan tilannetta aiempaan, verrata tuloksia muuhun väestöön tai verrata erilaisia raja-arvoja. (Sainio & Salminen 2016, 213.) Valtakunnallisella tasolla mittareita on käytössä lukuisia, joten tästä syystä arviointien tuloksia on vaikea vertailla toisiinsa. Jotta palveluiden vaikuttavuutta voitaisiin mitata, tulisi toimintakykyä arvioida yhdenmukaisesti. (Linna, Hörhammer, Silander, Mikkola, Koivuranta & Tyni 2018, 5.)

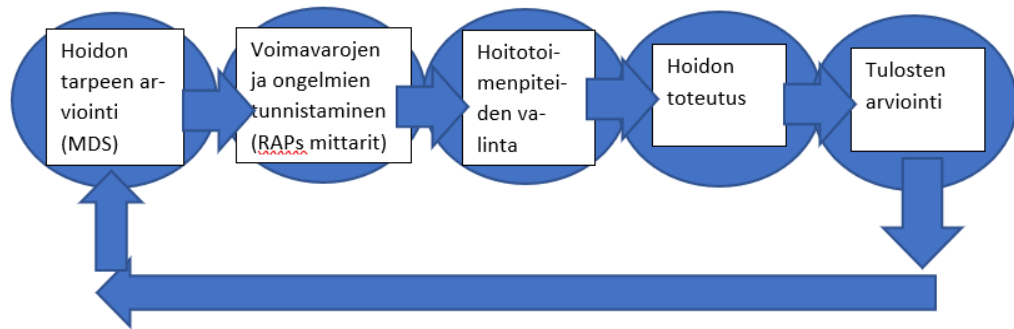
Johtamisen näkökulmasta toimintakyvyn arvioinnilla voidaan saada selville esimerkiksi toiminnan kehittämisen tarve asiakkaiden palvelutarpeita vastaavaksi sekä arvioida toimenpiteiden vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn. Sen avulla voidaan myös ennustaa tulevaisuuden tarpeita asiakkaiden toimintakyvyn näkökulmasta. (Sainio & Salminen 2016, 206-224.)

2.7 RAI-järjestelmä

Resident Assessment Instrument (RAI) on Yhdysvalloissa kehitetty järjestelmä vanhushpalveluiden työkaluksi. RAI:n avulla arvioidaan asiakkaan palvelutarvetta sekä laaditaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. RAI-järjestelmän avulla asiakkaan toimintakykyä voidaan seurata kattavasti ja arviointi tehdään aina samalla tavalla. Arvioinnin avulla voidaan huomata asiakkaan toimintakyvyn muutokset ja niihin pystytään reagoimaan. RAI-järjestelmä antaa tietoa asiakkaiden tarpeista sekä työn laa-

dusta ja vaikuttavuudesta. (RAI-esittely, 2018.) Systemaattisesti käytettynä RAI-järjestelmän avulla voidaan parantaa ja ylläpitää hoidon laatua (RAI, ympärivuorokautinen hoiva käsikirja, 2018). RAI-järjestelmän avulla voidaan kohdentaa henkilöstöresurssia asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Resurssien kohdentamisella voidaan säästää asiakkaan terveyden, elämänlaadun ja hyvinvoinnin paranemista, vaikka resursseja olisi käytössä vähäisestikin. (Hirdes, Mitchell, Maxwell & White 2011, 386.) RAI-järjestelmä pohjautuu ammattilaisen arvioon ja tätä pidetään järjestelmän heikkoutena (Pitkänen, Haavisto, Vähäviita, Torkki, Leskelä & Komssi 2018, 12). RAI-järjestelmää käytetään myös kotihoidossa, psykiatrisessa hoidossa, kuntoutusosastoilla, palveluasumisessa sekä akuutti- ja palliatiivisessa hoidossa (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 22).

RAI- välineitä on otettu käyttöön ympäri maailmaa, muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa, Etelä-Koreassa, Kiinassa, Taiwanissa ja laajasti Euroopassa (InterRAI instruments Worldwide, 2019). Suomessa pitkäaikaishoidon asiakkaista noin 40 prosentille on tehty RAI-arviointi (Tietoa RAI-järjestelmästä, 2019). RAI-arviointi tulee tehdä asiakkaalle hoidon alkaessa sekä hoidon aikana puolivuositain. Huomioitavaa on kuitenkin, että jos asiakkaan vointi muuttuu oleellisesti, on arviointi päivitettävä. (RAI:n käyttö hoitotyössä, 2019.) Yhdysvalloissa on käytetty RAI:ta ja havaittu muun muassa, että sen avulla asiakkaan yksilöllinen hoito on kehittynyt, hoitoon osallistuminen on lisääntynyt sekä asiakkailla että omaisilla, kirjaamiskäytännöt ovat selkiytyneet sekä kommunikaatio asiakasta hoitavien henkilöiden välillä on tehostunut. RAI sisältää kolme osaa, joita ovat minimitiedosto (MDS) asiakkaan arviointiosuus (RAPs) sekä ohjeisto. MDS (Minimum Data Set) koostaa arviointiperustan asiakkaan tarpeille, RAP (Resident Assessment Protocols) selkeyttää asiakkaan yksilölliset ongelma-alueet ja toimii näin ollen pohjana hoitosuunnitelmalle, ohjeiston avulla taas voidaan arvioida miten ja milloin ongelmiin puututaan. (RAI, ympärivuorokautinen hoiva käsikirja, 2018.) Kuviossa 2 on havainnollistettu RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman toteutusta.



Kuvio 2. RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman toteutus (Noro ym. 2005, 23, muokattu).

RAI-arvioinnin pohjalta tehdyn hoitosuunnitelman olettamuksena on, että asiakas saa omia tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Tällöin tuloksettomana ja virheellisen toiminnan oletetaan vähenevän, jolloin hoidon laadun tulisi kohentua. Lisäksi kun päätökset hoidosta perustuvat asiakkaiden tarpeisiin, tulisi organisaation toiminnassa tapahtua kehittymistä. (Noro ym. 2005, 23.) RAI sisältää erilaisia mittareita, jotka antavat vastauksia arvioitavan tilanteesta. Kuviossa 3 on koottuna mittarit ja niiden käyttöalueet.

RAI:n mittarit	Käyttöalue
Cognitive Performance Scale (CPS) asteikko 0-6	Kognitio, aivojen vajaatoiminta
Fyysinen toimintakyky, ADL-hierarkia (ADHL) asteikko 0-6	Fyysinen toimintakyky
Depression Rating Scale (DRS) asteikko 0-14	Masennus
Body Mass Index (BMI) painoindeksi	Ravitsemus
Resource Utilization Groups (RUG-III)	Asiakasrakenne
Social Engagement Scale (SES) asteikko 0-6	Sosiaalinen aktiivisuus
PAIN SCALE, asteikko 0-3	Kivun arviointi
Resident Assessment Protocols (RAPs)	Asukkaan voimavarojen ja ongelmien tunnistaminen
Laatuindikaattorit 11 laatualuetta	Hoidon laatu

Kuvio 3: RAI:n mittarit ja niiden käyttöalueet (Noro ym. 2005, 24, muokattu)

Mittareiden tarkoituksena on kuvata asiakkaan tarpeita sekä toimintakyvyn osa-alueita laajemmin ja tarkemmin kuin yksittäinen kysymys. Mittarit sisältävät useita kysymyksiä samasta osa-alueesta tai ne yhdistävät eri osa-alueita. Esimerkiksi kognitiota kuvaava mittari sisältää kysymyksiä päätöksentekokyvystä, lähimuistista, ymmärryksestä tulemisesta sekä syömisestä. Näiden kysymysten tuloksista muodostuu tulosmääritellyille asteikoille. (RAI-järjestelmän mittareita, 2019.)

2.8 RAI-vertailutieto

RAI-vertailutietoa on yksilötiedoista koostetut yhteenvedot ja keskiarvot, joilla kuvataan organisaation palveluiden toimintaa ja muutoksia sekä asiakkaiden tarpeita. Vertailutiedon avulla voidaan tarkastella asiakasrakennetta, kartoittaa asiakkaiden palveluiden tarvetta sekä suunnitella ja kehittää asiakkaiden tarpeita vastaavia palveluita. Lisäksi vertailutiedon avulla voidaan suunnitella henkilöstöresursseja sekä seurata palvelun laatua ja tuloksellisuutta. RAI-vertailukehittämisessä oman organisaation tietoa verrataan muihin vastaaviin organisaatioihin, jolloin voidaan muun muassa selvittää oman organisaation kehittämiskohteita. (RAI-tiedolla johtaminen, 2019.) Asiakkaita kuvaavan arviointitiedon ollessa luotettavaa ja vertailukelpoista, tuloksista saadaan tietoa avuksi johtamiseen sekä palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen. Kun tämä tieto pohjautuu asiakkaiden tarpeisiin, toteutuu myös asiakaslähtöisyys. RAI:sta saatavia tuloksia voi esimies hyödyntää esimerkiksi toimintasuunnitelmassa tai kehityskeskusteluissa alaisten kanssa. (Noro ym. 2005, 33.) Tulevaisuudessa mittareiden tuottamaa tietoa tullaan tarvitsemaan moniin eri tarkoituksiin kuten esimerkiksi päätöksenteon tueksi, vaikuttavuuden arviointiin sekä tehokkuuden vertailemiseen (Linna ym. 2018, 4). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa tulee entistä enemmän analysoida, tulkita ja jalostaa tietoa tietämykseksi. Tällöin on oleellista, että tieto on helposti saavutettavissa. Lisäksi tiedon tulee olla ajantasaista, läpinäkyvää sekä vertailukelpoista. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena 2020, 8.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää asumisyksikön johtamisessa ja kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja osaamista RAI-järjestelmän hyödyntämisestä asumisyksikössä tehtävässä johtamistyössä.

Kirjallisuuskatsauksen avulla haetaan vastausta tutkimuskysymykseen: Miten RAI-järjestelmää voi hyödyntää johtamisessa?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsausta, joka itsessään on jo tutkimus, kutsutaan systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 138). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda yleiskatsaus tietystä aihepiiristä aikaisempien tutkimusten perusteella ja tiivistää olennaisin tieto aiheesta. (Kallio, 2006). Kirjallisuuskatsaukseen liittyy oleellisesti sen toistettavuus sekä sen pohjautuminen kattavasti aihealueeseen ja ilmiöön. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää pohjana näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottamisessa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluvat katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi. Katsauksen tarkoitus ja aineisto, jota on saatavilla, määrittävät kirjallisuuskatsauksessa käytettävän metodin. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 23-24.)

Tutkimuskysymyksen määrittelyssä on huomioitava, että se on riittävän konkreettinen, muttei kuitenkaan liian suppea aiheeseen nähden. Kirjallisuuden perusteella on oltava mahdollisuus löytää vastaus tutkimuskysymykseen. Kysymyksen laajuudella tai suppeudella on vaikutusta käytettävissä olevan aineiston määrään. Kirjallisuushaussa muodostetaan aiheen kannalta soveltuvat hakusanat ja -lausekkeet. Näiden lisäksi mukaanotto- ja poissulkukriteereillä voidaan kohdistaa hakua tutkimuskysymykseen ja muun muassa rajata sopimattomia tutkimuksia pois hakutuloksista. Sähköisten tietokantojen lisäksi voi käyttää myös manuaalista hakua. Hakuprosessin kuvaaminen niin tarkkaan, että se on toistettavissa, on kuitenkin tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellinen asia. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 24-27.)

Tutkimusten arvioinnin tarkoituksena on tarkastella löydettyä tietoa suhteessa tutkimuskysymykseen. Arviointi tehdään katsausmenetelmän sekä valitun aineiston mukaisesti. Tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia arvioidaan kuitenkin yleisten kriteerien

mukaisesti. Aineiston analyysin ja synteessin tarkoituksena on tutkimusten pohjalta tehdä yhteenvetoja ja järjestää tutkimusten tuloksia. Tulosten raportoinnissa on raportoitava kaikki edellä mainitut katsauksen vaiheet mahdollisimman tarkasti. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 28-32.)

Kirjallisuuskatsaus valikoitui menetelmäksi tässä opinnäytetyössä, koska tarkoituksena on selvittää aiempien tutkimusten perusteella, miten RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää johtamistyössä. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää pohjana hyödyntäessä tuloksia näyttöön perustuen.

4.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksella haetaan vastausta kysymykseen, miten RAI-järjestelmää hyödynnetään johtamisessa. Koehaussa ennen tarkempien hakutermin laatimista käytettiin sanoja Resident Assessment Instrument sekä management. Koehaku tehtiin Pubmed-tietokannassa syyskuussa 2019. Tämän haun perusteella tutkimuksia löytyi 281 kappaletta. Suurin osa näistä ei kuitenkaan vastannut kysymykseen, johon vastausta haettiin.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt suomenkieliset hakusanat olivat RAI-järjestelmä, johtaminen, kehittäminen, vertailukehittäminen. Englanninkieliset hakusanat olivat management, leadership, development, Resident Assessment Instrument. Suomenkieliset hakusanat tarkistettiin YSA-sanakirjasta rinnakkaisten ilmaisujen löytämiseksi. Englanninkieliset hakutermit tarkistettiin MOT-sanakirjasta. Sanakirjan avulla rinnakkaiksi hakusanoiksi lisättiin improvement.

Aineistohaku tehtiin Cinahl Plus Full text (EBSCO), PubMed, Medic, Medline ja ProQuest Central tietokantoihin. Rajauksina käytettiin valitun tutkimusaiheen lisäksi julkaisukieltä (suomi tai englanti), aikaväliä 2000-2020 sekä kokotekstin saatavuutta. Hakusanojen haluttiin esiintyvän otsikossa, tiivistelmässä tai tekstissä. Tutkimusaineisto kerättiin tammi- ja helmikuussa 2020. Hakuprosessi oli haasteellinen, sillä hakusanojen yhdistelmiä täytyi muokata, jotta löytyi aiheeseen liittyviä tuloksia. Joillakin hakuyhdistelmillä tuloksia ei löytynyt ollenkaan ja joillain tuloksia löytyi valtavasti,

mutta ne eivät koskettaneet tämän tutkimuksen aihetta. Hakuprosessissa käytettiin apuna Jyväskylän ammattikorkeakoulun informaattikkoa. Taulukossa 1 on kuvattuna tiedonhakuprosessi sähköisistä tietokannoista. Sähköisen hakuprosessin tuloksena saatiin yhteensä 1075 hakutulosta. Otsikon perusteella näistä valittiin 18 jatkotarkasteluun. Abstraktin perusteella näistä 13 hyväksyttiin jatkoon. Tutkimusten lukemisen jälkeen näistä kymmenen hyväksyttiin lopulliseen aineistoon.

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessi sähköisistä tietokannoista

Tietokanta	Hakulause	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt abstraktin perusteella	Lopullisesti hyväksytyt
Medic	RAI* OR RAI-järi* OR Resident Assessment Instrument* AND johtam* OR kehittäm* OR vertailukehit* OR managem* OR leadersh* OR develop* OR improvem*	2000-2020 Suomi, englanti Koko teksti	597	3	0	0
EBSCO (Cinahl, Medline)	Resident Assessment Instrument AND management	2000-2020 Englanti Koko teksti	6	3	3	2
	Resident Assessment Instrument AND leadership		20	1	0	0
	Resident Assessment Instrument AND development		7	1	1	1
	Resident Assessment Instrument AND improvement		10	3	3	3
ProQuest	Resident Assessment Instrument AND management	2000-2020 Englanti Koko teksti	69	3	3	2
	Resident Assessment Instrument AND leadership		13	0	0	0
	Resident Assessment Instrument AND improvement		67	1	1	1
	Resident Assessment Instrument AND development		80	1	1	0
PubMed	Resident Assessment Instrument	2000-2020 Englanti Koko teksti	206	2	1	1
yhteensä			1075	18	13	10

4.3 Sisällönanalyysi

Aineistolähtöistä sisällönanalyysia voidaan käyttää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 139). Sisällönanalyysilla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Menetelmän avulla tarkastellaan merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä asioille ja tapahtumille. Sisällönanalyysin vaiheita ovat aineiston valinta, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pelkistämässä aineistosta haetaan tutkimuskysymyksen mukaisia vastauksia. Nämä vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineistossa käytetyin termein. Pelkistämisen jälkeen ilmaisuista etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet eli aineisto ryhmitellään. Ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa, yhdistetään samaan luokkaan ja nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. Tämän jälkeen samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin syntyy yläluokkia. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-29.)

Aineistosta lähdettiin hakemaan vastauksia tutkimuskysymykseen ja vastaukset kirjattiin aineistossa käytetyin suomennetuin termein ylös. Tämän jälkeen alkuperäisaineisto pelkistettiin, jolloin aineistosta karsittiin epäolennaisia asioita pois. Pelkistämisaikana otettiin huomioon, että yhdestä alkuperäisaineiston lausumasta saattoi löytyä useampiakin pelkistettyjä ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3.) Taulukossa 2 on nähtävissä esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
75 prosenttia hoitotyön johtajista kertoi uskovansa, että RAI lisäsi laitoksen henkilökunnan kykyä tunnistaa asukkaiden kliniset ongelmat, ja samanlainen osuus sanoi uskovansa, että kyky tunnistaa paremmin asukkaiden kuntoutusmahdollisuuksia on lisääntynyt.	RAI lisää kykyä tunnistaa asukkaiden ongelmia sekä kuntoutusmahdollisuuksia
RAI toimii tietolähteenä hoitokodin korvaamiseen, laadun mittaamiseen, laadun seurantaan ja terveyspalveluiden tutkimukseen sekä monitieteiseen hoidon suunnitteluun	RAI:n käyttö laadun mittaamisessa, seurannassa sekä hoidon suunnittelussa
Hoitajat huomauttivat, että heidät tulisi sisällyttää hoidon suunnittelukokoukseen, koska he tarjosivat suoraa hoitoa asukkaille.	Hoitajien osallistuminen hoidon suunnitteluun

Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitii. Aineistosta etsittiin samaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, jotka yhdistettiin eri alaluokkiin ja nimettiin sisällön mukaan. Luokitteluvaiheessa aineisto tiivistyy, sillä yleisempiin käsitteisiin sisältyy monia yksittäisiä tekijöitä. Luokitteluyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi käsitystä, piirrettä tai ilmiön ominaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3.) Taulukko 3 havainnollistaa aineiston ryhmittelyvaihetta.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Hoitajien osallistuminen hoidon suunnitteluun	Hoidon suunnittelu ja toteutus
Hoidosuunnitelmiin perehtyminen	
Arvioinnin yhdistäminen hoidon suunnitteluun asiakkaan ja hänen perheensä osallistuessa tähän hoitokodin henkilöstön kanssa	
Intervention sopivuus asiakkaalle	
Kokonaisvaltainen kuva asukkaasta, jolloin ymmärretään asukkaiden tarpeet	
Tulosten käyttäminen myöhemmin tiedonkeräämisestä	Arviointien hyödyntäminen
RAI antaa kokonaisvaltaisen kuvan yksilön vahvuuksista, heikkouksista ja mieltymyksistä	
RAI parantaa hoidonsuunnittelun laatua	

Aineiston ryhmittelyn jälkeen samansisältöiset luokat yhdisteltiin, jolloin syntyi yläluokkia. Taulukossa 4 on esimerkki tästä vaiheesta. Yläluokkien yhdistämisellä muodostetaan pääluokkia. Pääluokat kuvaavat aihetta aineistosta nousevan ilmiön mukaan ja ovat yhteydessä tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3.)

Taulukko 4. Esimerkki aineiston luokittelusta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ongelmien tunnistaminen	Päätöksenteko	RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä
Arviointien hyödyntäminen		
Päätöksenteon tuki		
Laadun mittaaminen ja arviointi	Laadun parantaminen	

Lopullisena tuloksena syntyi neljä pääluokkaa, jotka olivat RAI henkilökunnan työkaluna, RAI johtamisen välineenä, RAI päätöksenteon ja laadunparantamisen välineenä sekä RAI tiimityöskentelyn työkaluna.

5 Opinnäytetyön tulokset

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin aineistoksi kymmenen vuosina 2000-2015 julkaistua tutkimusartikkelia. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat kuvattuna liitteessä 1. Valituista artikkeleista etsittiin vastausta kysymykseen, miten RAI-järjestelmää voi hyödyntää johtamisessa. Tutkimusartikkelit tuottivat sisällönanalyysin tuloksena neljä erilaista pääluokkaa RAI:n hyödyntämiseen. Nämä pääluokat ovat RAI henkilökunnan työkaluna, RAI johtamisen välineenä, RAI päätöksenteon ja laadunparantamisen välineenä sekä RAI tiimityöskentelyn työkaluna. Seuraavassa esitellään tulokset pääluokkien mukaisesti mainitussa järjestyksessä.

5.1 RAI henkilökunnan työkaluna

Sisällönanalyysin pohjalta saadut tulokset ja yhteenveto analyysin etenemisestä RAI henkilökunnan työkaluna – pääluokan syntyemiselle on kuvattuna taulukossa 5.

Taulukko 5: RAI henkilökunnan työkaluna

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaisu
RAI henkilökunnan työkaluna	Henkilökunnan osaaminen	Hoidon suunnittelu ja toteutus	Hoitajien osallistuminen hoidon suunnitteluun
			Hoitosuunnitelmiin perehtyminen
			Arvioinnin yhdistäminen hoidon suunnitteluun asiakkaan ja hänen perheensä osallistuessa tähän hoitokodin henkilöstön kanssa
		Intervention sopivuus asiakkaalle	
		Kokonaisvaltainen kuva asukkaasta, jolloin ymmärretään asukkaiden tarpeet	
		Henkilöstön sitoutuminen	Henkilöstön sitoutuminen perustyöhön
	Toimintakyvyn arviointi	Hoidon perusteiden seuranta ja arviointi	Kävely, ravitseminen ja nesteytys, wc-käynnit ja suoliston säännöllisyys, painehaavojen ehkäisy sekä kivunhallinta
			Hoidon perusteiden jatkuva arviointi ja seuranta
			Hoitoprosessien yksinkertaisuus
			Nimetyt henkilön vastuulla arvioinnit ja hoidon suunnittelu
Tieto arviointien tarkoituksesta ja käytöstä	Henkilökunnalla huonosti tietoa RAI:n käytön tarkoituksesta ja tärkeydestä		
	Arviointi edellyttää useiden työntekijöiden sitoutumista		
	Koulutuksen merkitys, käsikirjan käyttö		

Tutkimusten mukaan henkilökunta ei tiedä RAI-arviointien hyötyjä eikä, miten se pitäisi sisällyttää hoitotyöhön (Dellefield 2008, 47, Taunton, Swagerty, Smith, Lasseter & Lee 2004, 40). Useassa artikkelissa kuvattiin, miten arviointien teko on keskitetty työyhteisössä jollekin tietylle henkilölle, jolloin arvioinneista saatavaa hyötyä ei pystytä hyödyntämään tarpeeksi hyvin (Rantz, Popejoy, Zwygart-Stauffacher, Wipke-Tevis & Grando 2000, 40; Straker & Bailer 2008, 38). Henkilökunnan tulee osallistua laajemmin hoitosuunnitelmien tekoon, sillä he hoitavat asukkaita (Taunton ym. 2004, 45). Tämä vaatii henkilökunnalta sitoutumista arviointien ja hoitosuunnitelmien tekoon (Straker ym. 2008, 36). Hoitosuunnitelmiin ei perehdytä, sillä hoitaja on paljon tekemisissä asukkaan kanssa (Taunton ym. 2004, 47). Hoitajien tulee ymmärtää asukkaiden tarpeita sekä tunnistaa kliinisiä ongelmia (Straker ym. 2008, 37). Hoidon perustana kuvattiin kävely, ravitseminen ja nesteytys, wc-käynnit sekä suoliston toiminnan säännöllisyys, painehaavojen ehkäisy sekä kivunhallinta. Näitä perusasioita tulee arvioida ja seurata jatkuvasti. Henkilökunnan tulee olla sitoutunut perustyöhön, sillä muutoin on todennäköistä, että ponnistelut asukkaiden tulosten parantamiseksi epäonnistuvat. Hoidossa tarvitaan siis yksinkertaisia asioita. (Rantz, Grando, Conn, Zwygart-Staffacher, Hicks, Flesner, Scott, Manion, Minner, Porter & Maas 2003, 19-24.) Jotta arviointeja pystyy tekemään, on tähän koulutettava. Lisäksi RAI-käsikirja tulee olla saatavilla arviointia tehdessä. (Straker ym. 2008, 36). Arviointien tulosten perusteella tehtävien interventioiden tulee sopia asukkaalle, jotta ne ovat tehokkaita (Degenholtz, Resnick, Bulger & Chia 2014,6).

5.2 RAI johtamisen välineenä

Sisällönanalyysin pohjalta saadut tulokset ja yhteenveto analyysin etenemisestä RAI johtamisen välineenä – pääluokan syntymiselle on kuvattuna taulukossa 6.

Taulukko 6: RAI johtamisen välineenä

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaisu
RAI johtamisen välineenä	Johtamisosaaminen	Johtajan sitoutuminen	Johtajan sitoutuminen yksikköön
		Henkilöstön sitouttaminen	Johtajan sitoutuminen, työntekijäsuhteiden luominen, henkilöstön sitouttaminen
		Johtajan käyttämät menetelmät	Johtamisen johdonmukaisuus, tiimityöskentelyn käyttäminen sekä aktiivisen laadunparantamisen ohjelman käyttö
	Tavoitteiden asettaminen ja seuranta	Työn tavoitteet	Laadukkaan hoidon saavuttamiseksi käytetyt strategiat vaihtelevat
			Odotukset henkilöstölle heidän tehtävästään
		Läsnäolo	Johtajan ilmaistava henkilöstölle odottavansa korkeaa laatua ja vaikuttamista laadun parantamiseen
		Läsnäolo	Johtajan läsnäolo

Johtamisen näkökulmasta artikkeleista nousi esiin johtajan sitoutuminen organisaatioon. Yksiköissä, joissa on saavutettu hyviä tuloksia, johtaja on ollut työssä useita vuosia ja luonut muun muassa työntekijäsuhteita. Jotta yksikössä hoidon perusteet ovat kunnossa, hoitotyön ja hallinnollisen johtamisen tulee olla johdonmukaista ja siellä tulee käyttää tiimityöskentelyä sekä aktiivisia laadunparannusohjelmia. Johtajan tulee tehdä selväksi henkilökunnalle, että heiltä odotetaan korkeaa laatua ja heidän odotetaan vaikuttavan hoidon laadun parantamiseen. (Rantz ym. 2003, 19-24.) Yksikön strategialla on merkitystä suunnitelmille ja toimille laadun parantamisen saavuttamiseksi (Dellefield 2008, 49). Johtajan tulee seurata arviointien toteutusta sekä olla läsnä (Rantz ym. 2003, 24).

5.3 RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä

Sisällönanalyysin pohjalta saadut tulokset ja yhteenveto analyysin etenemisestä RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä – pääluokan syntymiselle on kuvattuna taulukossa 7.

Taulukko 7: RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaisu
RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä	Päätöksenteko	Ongelmien tunnistaminen	Ongelmien tunnistaminen hoitotarpeiden määrittämiseksi
			Ongelma, joka vaatii hoitosuunnitelman päivittämistä
			Tunnistetaan ketkä hyötyvät interventioista
			RAI lisää kykyä tunnistaa asukkaiden ongelmia sekä kuntoutumismahdollisuuksia
		Arviointien hyödyntäminen	Tulosten käyttäminen myöhemmin tiedonkeräämisestä
			RAI antaa kokonaisvaltaisen kuvan yksilön vahvuuksista, heikkouksista ja mieltymyksistä
			RAI parantaa hoidonsuunnittelun laatua
			Maksun mukautuminen asiakkaan tarpeen mukaan
			RUG-III perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja resurssien käyttöön
			RAI antaa protokollan arvioinnille ja hoidon suunnittelulle
Päätöksenteon tuki	Elämänlaadun parantuminen, tarpeet eivät muutu		
	RAI:n käyttö päätöksenteossa ja laadun parantamisessa		
Laadun parantaminen	Laadun mittaaminen ja arviointi	RAI:n käyttö laadunvalvonnassa ja tiedon tarjoajana	
		RAI:n käyttö laadun mittaamisessa, seurannassa sekä hoidon suunnittelussa	

RAI:n avulla saadaan selville asukkaan vahvuudet, heikkoudet, toimintakyky, terveys sekä mieltymykset ja tunnistetaan asukkaan ongelmia. Ongelmien tunnistamisella löydetään asiat, joihin hoidossa tulee puuttua. Riskin tunnistamisen jälkeen edellytetään ennaltaehkäisevää interventiota. RAI:n avulla voidaan tunnistaa asukkaita, jotka hyötyvät ohjelmista, joiden tarkoituksena on parantaa toimintakykyä tai minimoida sen alenemista. RAI:n avulla saadaan tietoa asukkaan tavoitteista sekä ongelmanratkaisusta. RAI-prosessiin kuuluu yhdistää arviointi ja hoitosuunnitelma. (Murphy, Morris, Fries & Zimmerman 2007, 43-44.) Kattavan arvioinnin ja hoitosuunnitelman avulla voidaan vaikuttaa laatuun (Dellefield 2008, 49). RAI-arvioinnin tulokset ovat käyttökelpoisia vielä myöhemminkin, jos asukkaalle ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia (Drummond, Slaughter, Jones & Wagg 2015, 664). RAI soveltuu muun muassa laadun seurantaan, terveystalveluiden tutkimukseen ja monitieteisen hoidon suunnitteluun (Dellefield 2008, 43). RAI:n avulla voidaan parantaa hoidon suunnittelun laatua

ja mukauttaa maksu asiakkaan hoidon tarpeen mukaan (RUG-III, joka perustuu toiminnallisiin ja terveydellisiin ominaisuuksiin sekä resurssien käyttöön) (Murphy ym. 2007,45). RAI:n avulla yksikössä voidaan myös valvoa laatua (Hutchinson, Milke, Maisey, Johnson, Squiures, Teare & Estabrooks 2010, 12). Hoitajista osa uskoo siihen, että asiakkaiden elämänlaatu on parantunut arviointien pohjalta (Straker ym. 2008, 43).

5.4 RAI tiimityöskentelyn työkaluna

Sisällönanalyysin pohjalta saadut tulokset ja yhteenveto analyysin etenemisestä RAI tiimityöskentelyn työkaluna – pääluokan syntymiselle on kuvattuna taulukossa 8.

Taulukko 8: RAI tiimityöskentelyn työkaluna

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
RAI tiimityöskentelyn työkaluna	Moniammatillinen työskentely	Ryhmäprosessien hyödyntäminen	Ryhmäprosessien käyttö päätöksenteossa sekä aktiiviset laadunparannusohjelmat
			Ryhmäprosessien käyttö välttämätöntä päätöksenteossa
		Moniammatillisuuden hyödyntäminen	Ryhmäprosessin käyttö välttämätöntä laadunparantamiselle
			Moniammatillisen arvioinnin tekeminen
	Asukkaan ja hänen perheensä osallistuminen	Arviointien hyöty tietoon henkilökunnalle	
		RAI:n käytön tehottomuus	
	Työn organisointi	Ajankäyttö	Asukkaan ja hänen perheensä mukanaolo arvioinnissa
			Kattava arviointi ja merkittävistä muutoksista johtuvat arvioinnit vievät aikaa

Tuloksissa nousi esiin, että yksiköissä, joissa on saavutettu hyviä tuloksia, käytetään ryhmäprosesseja päätöksenteossa sekä aktiivisia laadunparannusohjelmia. Tiimityöskentelyn kuvataan vahvistavan hoitoprosessien olemassaoloa ja hoidon toteutusta. Tiimityöskentely nähdään välttämättömänä laadun parantamisen näkökulmasta. (Rantz ym.2003, 21-22.) Arviointien ja hoitosuunnitelmien teon jälkeen tulisi yksikössä pitää hoitosuunnitelmapalaveri, jossa opastetaan tiimiä hoidon suhteen (Taunton ym. 2004, 45). RAI:n käytön toteuttamisen on todettu olevan tehotonta ja

osaamista ei ole osattu hyödyntää tarpeeksi (Dellefield 2008, 47). Kattavien arviointien teko sekä merkittävistä muutoksista johtuvat arvioinnit vievät aikaa, joten sitä tulee olla riittävästi käytettävissä (Boorsma, Langedijk, Frijters, Nijpels, Elfring & van Hout 2013, 8; Dellefield 2008, 48). Lisäksi RAI-ohjelman tulee toimia arviointia tehdessä (Boorsma ym. 2013, 6). Moniammatillisuuden näkökulmasta artikkeleista nousi esiin, että RAI-arvioinneissa moniammatillisen tiimin tulisi tehdä arviointia, lisäksi asiakkaan perheen mukana olo on koettu merkitykselliseksi. (Straker ym. 2008, 42; Boorsma ym. 2013, 6-9; Taunton ym. 2004, 44.)

6 Pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen ja eettisyyteen pyrittiin vaikuttamaan katsauksen kaikissa vaiheissa, sillä opinnäytetyön tulokset perustuvat aikaisempiin tutkimuksiin. Katsauksen avulla tuotettiin kokonaiskuvaa siitä, miten RAI-järjestelmää voi hyödyntää johtamisessa ja kehittämisessä.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusta tehdessään, tutkija tekee työtään koskevia eettisiä ratkaisuja vastaten niistä. Ratkaisujen osalta tutkijan tulee kuitenkin ottaa huomioon kollegiaalisesti sovitut periaatteet ja tavat ja noudattaa näitä. Tutkimusaihe tai siinä käytettävät menetelmät voivat sisältää eettisiä ongelmia, joita tutkija joutuu perustelemaan. Väärentäminen ja plagiointi ovat tyypillisiä esimerkkejä tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä. Tutkijoita tulisi velvoittaa seuraavat eettiset vaatimukset: rehellisyys, tunnollisuus, älyllinen kiinnostus aihetta kohtaan, vaaran eliminoiminen, sosiaalinen vastuu, ihmisarvon kunnioittaminen, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. Tutkimuksessa saa käyttää kirjastotietokantojen kautta saatavilla olevia julkaisuja, tekstejä ja vastaavia vapaasti. Lisäksi seminaari-, loppu- ja opinnäytetyöt, jotka ovat merkitty selkein viitetiedoin ovat tutkimuksen teossa sallittuja ottaen huomioon kuitenkin tekijänoikeudet. (Kuula 2011.)

Tässä opinnäytetyössä on kaikkien vaiheiden aikana pyritty noudattamaan huolellisuutta ja tarkkuutta sekä rehellisyyttä. Opinnäytetyössä huomioidaan asianmukaisella tavalla muiden tutkijoiden tekemä työ. Tutkimus on suunniteltu etukäteen ja sen kaikki vaiheet ovat raportoitu asianmukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 2012.) Tutkijalla on ollut oma kiinnostus aihetta kohtaan tavoitteenaan edistää laatua ja johtamista sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tutkimustulosten perusteella. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jolloin tässä ei tutkittu henkilöitä vaan itse tutkimuksia. Tutkimus perustuu julkisiin tietoihin ja arkistoaineistoon, jolloin tähän tutkimukseen ei tarvittu eettistä ennakoarviointilausuntoa ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta (Ihmiseen

kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, 2019.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava tutkijan osuus, aineiston laatu, aineiston analyysi sekä tulosten esittäminen. Sisällönanalyyssissä tutkijan tehtävänä on osoittaa luotettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36-37.) Laadullisen tutkimuksen aikana tutkija joutuu pohtimaan tekemiään ratkaisuja muun muassa analyysin kattavuuden ja tekemänsä työn luotettavuuden kannalta. Tutkimuksen arviointi koskettaaakin kysymystä tutkimusprosessin luotettavuudesta. (Eskola & Suoranta 2001, 208-210.)

Tässä opinnäytetyössä on kuvattu tutkimuksen jokainen vaihe mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus olisi toistettavissa. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerien tulee olla kuvattu tarkasti ja niiden tulee olla johdonmukaisia, jotta saadaan mahdollisimman kattavaa tutkimustietoa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Koehaun perusteella kriteerit mietittiin huolellisesti, mutta välttämättä liian tiukkaa rajausta. Tämän tarkoituksena oli löytää mahdollisimman kattavat tulokset aiheeseen liittyen.

Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa käyttämällä asiantuntijaa apuna (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Tiedonhaun prosessissa käytettiin apuna Jyväskylän ammattikorkeakoulun informaattikkoa, jonka kanssa mietittiin muun muassa soveltuvia hakusanoja. Tutkimuksen luotettavuutta on saattanut heikentää tutkimuksen tekeminen yksin sekä kielen aiheuttamat haasteet (tutkimukset englanninkielisiä). Laadullisen tutkimuksen aineiston koko voi vaihdella. Tavoitteena laadulliselle tutkimukselle voi olla esimerkiksi jonkin ilmiön kuvaaminen, toiminnan ymmärtäminen tai tulkinta teoreettisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 3.4.) Onnistumista tiedonhaussa voidaan arvioida tutkimushakujen edustavuudella (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55). Tiedonhaku aloitettiin koehaulla, jonka jälkeen tehtiin varsinainen haku. Hakuprosessi tuotti 1075 tulosta, joista lopulliseen aineistoon hyväksyttiin kymmenen artikkelia. Tutkittava aineisto oli riittävä ja monipuolinen saatujen vastausten perusteella.

Laadullisissa tutkimuksissa, joissa on käytetty sisällönanalyysia, suositellaan käytettäväksi luotettavuuden arvioinnissa seuraavia kriteereitä: uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus sekä vakiintuneisuus. Uskottavuutta voi arvioida muun muassa arvioimalla kerätyn aineiston totuudenmukaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 6.2.) Tässä tutkimuksessa tulokset perustuvat täysin aineistoista esiin nousseisiin tietoihin. Siirrettävyyttä voidaan arvioida sillä, pystyykö tuloksia siirtämään tutkimuskontekstin ulkopuoliseen kontekstiin (mts. 6.2). Tämän tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä minkä tahansa asumisyksikön käyttöön, sillä tutkimus perustuu kirjallisuuskatsaukseen eikä yksittäisen yksikön ympäristöön. Tutkimustilanteen arvioinnissa tulee ottaa ulkoisten tekijöiden aiheuttamat vaihtelut huomioon. Varmuutta arvioitaessa on lisäksi huomioitava tekijät, jotka voivat vaikuttaa ennustamattomasti tutkimukseen. (mts. 6.2.) Tämän tutkimuksen osalta ulkoisia tai ennustamattomia tekijöitä ovat voineet olla tietokantoihin liittyvät asiat, esimerkiksi niiden toimivuus hakujen teon hetkellä. Toisaalta, tutkimuksen tulokset pohjautuvat niihin aineistoihin, jotka ovat hakujen teon hetkellä tulleet valituiksi. Riippuvuutta arvioitaessa huomioidaan tutkimuksen toteuttaminen tieteellistä tutkimusta ohjaavin periaattein (mts. 6.2). Tällä tutkimuksella ei ole ollut toimeksiantajaa, jolla olisi ollut omia intressejä tutkimuksen tuloksia kohtaan. Tutkijalla itsellään on ollut kiinnostus aihetta kohtaan, mistä tutkimus on saanut alkunsa.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää asumisyksikön johtamisessa. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä ja osaamista RAI-järjestelmän hyödyntämisestä asumisyksikössä tehtävässä johtamistyössä. Seuraavassa tarkastellaan tuloksia tarkemmin pääluokkien mukaisessa järjestyksessä.

RAI henkilökunnan työkaluna

Tuloksista nousi esiin, että henkilökunnalla ei ole tietoa mitä hyötyä RAI-arvioinneista on ja miten se pitäisi sisällyttää hoitotyöhön (Dellefield 2008, 47; Taunton ym. 2004, 40). Arviointien teko on usein keskitetty työyhteisössä jollekin tietylle henkilölle (Rantz ym. 2000, 40). Tällöin muulla henkilökunnalla ei ole välttämättä koulutusta tai

ymmärrystä RAI-arviointiin ja sen hyödyntämiseen. Esimiehen tehtävänä on järjestää koulutusmahdollisuus henkilökunnalle RAI:n käytöstä. Samalla tulee varmistaa, että henkilökunta ymmärtää arvioinnin käyttötarkoituksen. (Heikkilä, Hammar, Sohlman, Andreassen & Finne-Soveri 2015, 56.) Henkilökunnan, joka hoitaa asukkaita tulisi osallistua hoitosuunnitelmien tekoon, sillä heidän tulisi ymmärtää asukkaiden tarpeita ja tunnistaa heidän kliinisiä ongelmiansa (Straker ym. 2008, 37). Tämän jälkeen voidaan löytää asukkaalle sopivia interventioita, jotka myös tehoavat (Degenholtz ym. 2014, 6). Hoitosuunnitelmia ei käytetä arjessa aktiivisesti, sillä henkilökunta kokee olevansa asukkaiden kanssa tekemisissä niin paljon (Taunton ym. 2004, 47). Perustyöhön, joka koostuu yksinkertaisista asioista, sitoutuminen on oleellista, jotta asukkaiden tulosten parantaminen on mahdollista (Rantz ym. 2003, 19-24). Esimiehen työpariksi on nimetty useissa yksiköissä RAI-avainosaajia. Heidän tehtäviinsä kuuluvat RAI:n käytön tukeminen yksikössä, perehdytys sekä arviointien luotettavuuden edistäminen. Uusien työntekijöiden perehdyttämisellä RAI-järjestelmään pyritään sitouttamaan väliin käyttööseen hoitotyön apuna. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 37.) Henkilökunnalta vaaditaan sitoutumista arviointien ja hoitosuunnitelmien tekoon sekä jatkuvaan arviointiin ja seurantaan (Straker ym. 2008, 37). Esimerkiksi Folkhälsanilla on todettu RAI-arviointien motivoineen hoitajia muun muassa löytämään vaihtoehtoisia tapoja ratkaista hoidossa eteen tulevia tilanteita (Niemi 2007, 11). Luotettava arviointi toimii pohjana tarpeisiin vastaaville, laadukkaille ja vaikuttaville palveluille. RAI-arviointien luotettavuus voidaan turvata osaamisen varmistamisella. Tähän sisältyy muun muassa perehdytys ja koulutus sekä esimiehen että henkilökunnan osaaminen. RAI-arviointiprosessiin liittyen luotettavuus turvataan muun muassa arviointien ajantasaisuudella, moniammatillisella yhteistyöllä, riittävän ajan varaamisella arviointien tekoon sekä hoitajien vastuullisuudella ja itseohjautuvuudella. Hoitosuunnitelman luotettavuus varmistetaan muun muassa suunnitelman pohjautumisella RAI-arviointiin, mitattavilla tavoitteilla ja säännöllisellä arvioinnilla sekä asiakkaan ja omaisten osallistumisella. Seurannan ja johtamisen luotettavuuteen vaikuttaa työn organisointi, säännölliset palaverit, toiminnan arviointi sekä kirjaamisen arviointi. (Vähäkangas ym. 2012, 36.) Esimies voi seurata RAI-tietojen avulla hoidon vaikuttavuutta ja esimerkiksi sen pohjalta palkita tai kannustaa henkilökuntaa (Heikkilä ym. 2015, 56-57). Pitkäaikaishoidon laadun perustana on kuvattu henkilöstön riittävää

koulutustasoa, pysyvyyttä ja työajan käyttöä tehokkaasti asiakasta hyödyttävään toimintaan. Toinen perusta on asiakkaan tarpeisiin liittyvät tekijät kuten esimerkiksi fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky sekä kognitiivinen toimintakyky. (Finne-Soveri 2015, 33.)

RAI johtamisen välineenä

Johtamisen tulee olla johdonmukaista ja henkilökunnan tulee tietää mitä heiltä odotetaan (Rantz ym. 2003, 19-24). Yksiköllä on oltava strategia, jonka mukaan toimitaan ja toimintaa seurataan (Dellefiel 2008, 49). Johtajan tehtävänä on hyödyntää strategian mukaisesti johtamisessa RAI-tietoa. Keskeinen tieto tulee sisällyttää arjen toimintaan. (Vähäkangas ym. 2012, 24.) Folkhälsanilla RAI-arviointeja käytetään muun muassa perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa sekä koulutus- ja toimintasuunnitelmien laatimisessa apuna (Niemi 2007, 11). Johtajan läsnäolo sekä arviointien toteutumisen seuranta vaikuttavat muun muassa henkilökunnan sitoutumiseen. Johtajan sitoutuminen organisaatioon on yksi onnistumisen vaikuttavista tekijöistä. (Rantz ym. 2003, 19-24.) Esimerkiksi Kivelän palvelukeskuksessa esimiehen mukana olo yksikön arjessa on mahdollistanut henkilökunnan ohjaamisen kohti tavoitteita esimiehen antaman oman esimerkin pohjalta (Kärki & Pentikäinen 2015, 114). Pitkäjänteinen ja systemaattinen työ on toiminnan kehittämiseksi välttämätöntä kuten myös hyvä johtajuuskin (Heikkilä, Hammar, Sohlman 2015, 44). Esimiehen itsensä tulee tunnistaa RAI:n tarjoamat mahdollisuudet asiakkaiden hoidon laadun parantamiseksi (Heikkilä ym. 2015, 56). RAI:n tuloksista voidaan poimia kehittämisen kohteita ja kirjata ne esimerkiksi seuraavan vuoden tulostavoitteiksi kuten esimerkiksi Kustaankartanossa on tehty (Kan & Kuosmanen-Finér 2015, 85). Dahlman & Takanen (2009) ovat tutkimuksessaan saaneet selville, että RAI-järjestelmää hyödyntää alle puolet vastaajista hoitotyön johtamisessa. Samassa tutkimuksessa on selvinnyt, että viidesosa vastaajista ei hyödynnä RAI-järjestelmän antamia tietoja hoitotyön kehittämisessä. (Dahlman & Takanen 2009, 47.) Hoidon tarpeen arvioinnin suhteen on myös huomioitu aiemminkin, ettei RAI:ta hyödynnetä niin hyvin kuin olisi mahdollista (Finne-Soveri 2015, 40).

RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä

RAI-arviointien avulla voidaan tunnistaa muun muassa asukkaiden vahvuuksia, riskejä ja tavoitteita, joiden avulla voidaan suunnitella kullekin sopivia interventioita. Yhdistämällä nämä hoitosuunnitelmaan, voidaan edistää palveluiden laatua ja asukkaiden elämänlaatua. (Murphy ym. 2007, 43-44.) Tämä vaatii henkilökunnalta kuitenkin osaamista RAI-arvioinnin tekemiseen ja lisäksi hoitotyön tietoperustan hallitsemista sekä eettisten päätösten tekokykyä (Heikkilä ym. 2015, 44). Arviointien pohjalta hoitoa voidaan suunnitella entistä paremmin (Murphy ym. 2007, 45) ja samalla sitä voidaan myös valvoa (Hutchinson ym. 2010, 12). RAI:n avulla saadaan selville myös asukkaan hoidon tarvetta ja tämän avulla henkilöstöresursssia voidaan kohdentaa asukkaiden tarpeiden mukaisesti (Murphy ym. 2007, 45). RAI-järjestelmään kuuluu keskeisinä elementteinä asiakaslähtöisyys, hoidon pohjautuminen asiakkaan arviointiin, tavoitteellinen hoidon suunnittelu, kuntoutumista edistävä toiminta sekä hoidon tulosten arviointi systemaattisesti (Vähäkangas ym. 2012, 24). RAI-arviointien tekijän kehittymistä on kuvattu viiden portaalan avulla; aloittelija, edistynyt aloittelija, pätevä hoitaja, taitava hoitaja sekä asiantuntijahoitaja. Kehittyminen näillä portailta vaatii tavoitteellista toimintaa niin koulutuksen, tiimityöskentelyn kuin oman kehittymisen halunkin osalta. Asiantuntija – tasolla toimiminen mahdollistaa tiedon hyödyntämisen hoidon suunnittelussa, hoitokäytäntöjen kehittämisen sekä muun henkilökunnan kouluttamisen ja ohjaamisen. (Heikkilä ym. 2015, 46-47.) Laatua ei voi mitata vain tuntemuksella, että on onnistuttu, vaan siihen tarvitaan näyttöä, lukuja tai mittareita, vaikuttavuutta ja myös euroja. USA:ssa, Kanadassa ja Ruotsissa ainakin on käytössä jo palvelu, joissa voi vertailla toimintayksiköitä toisiinsa tiettyjen indikaattorien avulla. (Mäkelä 2015, 21.) Suomessa RAI:hin perustuvaa dataa tuottaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL tuottaa myös joka toinen vuosi vanhuspalvelujen tila - seuranta tutkimuksen. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää kuntien ja maakuntien vanhuspalveluiden tilaa, asiakkaita, henkilöstöä, toimintatapoja sekä johtamista niin kotihoidon kuin palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoidon osalta. (Vanhuspalvelujen tila 2019.) Tämä tieto on kuitenkin kuntakohtaista, joten yksiköiden vertailua se ei mahdollista. Tiedon julkaisemiselle aiheuttaa haasteita salassapitovelvollisuuden liittyvät asiat. Pienestä joukosta tilastoiminen voi paljastaa yksittäisen

asiakkaan asioita. Toisaalta johtamisen kannalta on oleellista saada tilastoja käsiteltäväksi. Vanhuspalvelulaki velvoittaa sekä kunnan että toimintayksikön keräämään palautetta sekä asiakkailtaan että työntekijöiltään. (Mäkelä 2015, 22.) Tämän tiedon ei tarvitse olla julkista, mutta esimerkiksi Esperri Care on tuonut esille aloittavansa julkaisemaan verkkosivuillaan viranomaistarkastusten määrät, laatupoikkeamat, virike-toiminnan toteutuksen, hoitosuunnitelmien ajantasaisuuden sekä asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset (Esperri Caren laatudata ja asiakastyytyväisyystulokset ovat jatkossa julkisia 2020).

RAI tiimityöskentelyn työkaluna

Arviointi- ja hoitosuunnitelmaprosessi tulee toteuttaa tiimityöskentelynä, sillä se vahvistaa hoitoprosesseja ja hoidon toteutumista sekä parantaa laatua (Rantz ym. 2003, 21-22). Moniammatillisessa työskentelyssä korostuu yhteistyö eri ammattiryhmien välillä sekä asiantuntijuus. Tällaisella yhteistyöllä voidaan saavuttaa parhaimmillaan selkeästi havaittavissa olevia terveyshyötyjä asiakkaille. Näitä voivat olla muun muassa elämänlaadun ja toimintakyvyn parantuminen tai kuntoutuminen. (Vähäkangas ym. 2012, 76.) Hoitosuunnitelmapalaverin avulla voidaan opastaa koko tiimiä hoidon suhteen (Taunton ym. 2004, 45), jolloin RAI:n käyttö ei jäisi tehottomaksi (Dellefield 2008, 47). Esimiehen tehtäviin sisältyy järjestää yhteisiä palavereita henkilökunnalle, jossa RAI:hin liittyviä asioita voidaan käsitellä (Heikkilä ym. 2015, 56). Kattavien arviointien teko vaatii aikaa (Boorsma ym. 2013, 8; Dellefield 2008, 48), joten esimiehen toimesta tulee varmistaa tarvittava aika tähän (Heikkilä ym. 2015, 56). Arviointien tekemiseen tulee olla käytettävissä tila, jossa on mahdollisuus keskittyä työhön. Lisäksi työvälineiden tulee olla kunnossa ja saatavilla. Arviointien tekeminen on yhtä tärkeää muun hoitotyön kanssa, joten esimiehen tulee arvottaa tämä sen mukaisesti. (Vähäkangas ym. 2012, 76.)

6.4 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin vastausta kysymykseen, miten RAI-järjestelmää voi hyödyntää johtamisessa. Tuloksena saatiin neljä erilaista RAI:n hyödyntämisen näkökulmaa; RAI henkilökunnan työkaluna, RAI johtamisen välineenä, RAI päätöksenteon

tukena ja laadunparantamisen välineenä sekä RAI tiimityöskentelyn työkaluna. Nämä neljä näkökulmaa tuottivat johtamisen kannalta oleellista tietoa mitä tulee ottaa huomioon ja mitä toimenpiteitä tulee tehdä yksikön johtamisessa ja kehittämisessä.

RAI henkilökunnan työkaluna antoi selkeän kuvan siitä, miten yksiköissä tulee olla koulutettuja RAI-arviointien tekijöitä. Yksi arvioija ei riitä, sillä henkilökunnan tulee ymmärtää laajemmin, miksi arviointeja tehdään ja mitä niistä hyödytään. Kun osajia on useita, lisää se keskustelua ja sitoutumista sekä seurantaan hoidon vaikuttavuudesta. Tuloksissa tuli esiin myös perustyö, joka on pohja laadun parantamiselle. Esimiehen tulee siis varmistaa, että yksikössä tehdään perustyö laadukkaasti. Lisäksi tulee mahdollistaa kouluttautuminen RAI arviointien tekoon. RAI:n käytön osaamista ja kehittymisentarpeita on mahdollista käydä henkilöstön kanssa esimerkiksi kehityskeskusteluissa lävitse.

RAI johtamisen välineenä tuotti tietoa siitä, miten johtajan tulee olla sitoutunut organisaatioon. Johtajan työskentelyn tulee olla johdonmukaista, läsnä olevaa sekä hänen tulee tehdä selväksi henkilöstölleen mitä heiltä odotetaan. Johtajan on mahdollista käyttää laadukkaiden arviointien tuloksia pohjana yksikön kehittämisessä ja laadun parantamisessa. Esimerkiksi vuosittain tehtävään toimintasuunnitelmaan voi poimia kehittämiskohteita RAI-arviointien pohjalta. Johtajan itsensä tulee ennen kaikkea ymmärtää mitä mahdollisuuksia RAI:n tulokset antavat. Yksikön toimintakäytännöt on oltava henkilökunnalle selkeitä ja johtajan tehtävään kuuluu seurata sovittujen asioiden toteutumista. Jos sovitut asiat eivät toteudu, on niihin myös pystyttävä puuttumaan.

RAI laadunparantamisen välineenä – tulosten perusteella voidaan todeta, että pohjana laadunparantamiselle on kattavasti ja laadukkaasti tehdyt arvioinnit. Kun näihin pohjautuen tehdään asukkaalle hoitosuunnitelma, hoitotyö on perusteltua ja sen vaikuttavuus kasvaa. Tähän prosessiin tarvitaan kuitenkin tahtotilaa kehittää ja parantaa laatua. Johtajalla on merkitystä myös tähän prosessiin, sillä hänen tehtäviinsä kuuluu määritellä yksikön toimintaa. Johtajan tehtävänä on sitouttaa henkilökuntansa yksikössä sovittuihin käytäntöihin sekä tarvittaessa luoda ja päivittää käytänteitä.

RAI tiimityöskentelyn työkaluna – tulokset nostivat esille, miten RAI:n käytössä tulee hyödyntää tiimityöskentelyä. Kun koko tiimi osallistuu työskentelyyn, hoitoprosessien olemassaolo ja hoidon toteutuminen vahvistuvat. Tiimissä myös osaamista voidaan jakaa ja hyödyntää eri tavalla kuin yksittäisen henkilön työskentelyssä, esimerkiksi palaverien muodossa. Laadun parantamisen näkökulmasta koko tiimin osallistuminen on välttämätöntä. Johtajan tehtäväksi jää suunnitella yksikön arkeen toimintamallit palaverien ja tiedon jakamisen osalta. Myös tehtäväkuvien tulee olla määriteltyjä, jotta osaaminen voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla ja mahdollistaa tiimin tehokas työskentely.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voi hyödyntää asumisyksikön johtamistyössä. Tulosten avulla voi lähteä tarkastelemaan oman yksikön toimintakäytänteitä RAI-arviointien suhteen ja kehittämään niitä kohti laadukkaampia ja vaikuttavampia palveluita. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tarkastella yksikköä, jossa vasta aloitetaan hyödyntämään RAI:n tuloksia asukkaiden arvioinneissa ja hoitosuunnitelmissa ja seurata kuinka tulokset kehittyvät. Tutkittavia yksiköitä varmasti on tulevaisuudessa, jos lakiluonnoksen ehdotus RAI-järjestelmän käyttöönotosta valtakunnallisesti etenee kirjauksena lakiin saakka.

Lähteet

Asumispalvelut ja laitoshoido 2017. Kuntaliitto. Viitattu 2.8.2019.

<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>.

Boorsma, M., Langedijk, E., Frijters, D.H.M., Nijpels, G., Elfring, T. & van Hout, H.P.J. 2013. Implementation of geriatric assessment and decision support in residential care homes: facilitating and impeding factors during initial and maintenance phase. BMC Health Services Research, 13:8. Viitattu 10.4.2020. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Dahlman, S. & Takanen M. 2009. Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. Opinnäytetyö. Ylempi AMK tutkinto. TAMK. Viitattu 13.4.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6556/takanen_marjut.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Degenholtz, H.B., Resnick, A.L., Bulger, N. & Chia L. 2014. Improving Quality of Life in Nursing Homes: The Structured Resident Interview Approach. Journal of Aging Research, 14, 1-8. Viitattu 10.4.2020. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Dellefield, M.E. 2008. The Work of the RN Minimum Data Set Coordinator in its Organizational Context. Research in Gerontological Nursing, 1, 1, 42-51. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.

Drummond, L.S., Slaughter, S.E., Jones, C.A. & Wagg, A.S. 2015. Affirming the Value of the Resident Assessment Instrument: Minimum Data Set Version 2.0 for Nursing Home Decision-Making and Quality Improvement. Healthcare 2015, 3, 659-665. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Elinajanodote. 26.10.2018. Viitattu 22.7.2019. <https://findikaattori.fi/fi/46>.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. 5.painos.

Esperi Caren laatudata ja asiakastytyväisyytulokset ovat jatkossa julkisia. 2020. Tiedote. Viitattu 11.4.2020. <https://www.esperi.fi/tietoa-meista/ajankohtaista-esperissa/esperi-caren-laatudata-ja-asiakastytyvaisyytulokset-ovat-jatkossa-julkisia>.

Finne-Soveri, H. 2015. Tarpeisiin vastaamalla laatua vanhuspalveluihin. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Finne-Soveri, H. 2016. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 2.8.2019. https://www-terveysportti-fi.ezproxy.jamk.fi:2443/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00548&p_haku=toimintakyky.

- Heikkilä, R., Hammar, T. & Sohlman, B. 2015. Onnistumisen prosesseja. RAI apuna kehittämisessä. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Heikkilä, R., Hammar, T., Sohlman, B., Andreasen, P. & Finne-Soveri, H. 2015. Organisaatiolähtöisistä asiakkaan näköisiin palveluihin – Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI- arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Hirdes, J.P., Mitchell, L., Maxwell C.J. & White Nancy. 2011. Beyond the “Iron Lungs of Gerontology”: Using Evidence to Shape the Future of Nursing Homes in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 30, 3: 371-390. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.
- Hutchinson, A.M., Milke, D.L., Maisey, S., Johnson, C., Squires, J.E., Teare, G. & Estabrooks, C.A. 2010. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2010, 10:166. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 2.9.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Hyyryläinen, E. Näkökulmia hallintotieteisiin. 2012. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja. Hallintotieteet I. Viitattu 21.9.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-380-6.pdf.
- ICF-Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, 2013. Stakes. Ohjeita ja luokituksia. 2004:4. Viitattu 2.8.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 8.10.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf.
- InterRAI instruments worldwide. 2019. Viitattu 21.9.2019. <https://www.interrai.org/worldwide.html>.
- Jylhä, V. & Kinnunen U-M. 2008. Terveystieteiden sähköiset tietokannat -tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa. Julkaisussa Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimusaperit. Viitattu 5.2.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76291/T19-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=42>.

Jylhä, V. & Kinnunen U-M. n.d. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sähköiset tietokannat- tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Viitattu 30.1.2020. <http://atk-paivat.fi/2008/Jylha.pdf>.

Kallio, T. 2006. Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. Viitattu 2.9.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1343263>.

Kan, S. & Kuosmanen-Finér, R. 2015. RAI johtamisen ja kehittämisen tukena Kustaankartanossa. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Kettunen, P. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Turun kaupunki. Kaupunkitutkimusohjelma. Tutkimusraportteja 2/2017. Viitattu 15.3.2020. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf.

Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017. Tilastoraportti 41/2018. Viitattu 2.8.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137296/Tr41_18_korjattu_sv.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 28.4.2020. <https://www.jyu.finna.fi>.

Kärki, J. & Pentikäinen, K. Asiakkaiden kuntoutumista edistävä toiminta – Muuotoksen johtaminen Kivelän monipuolisessa palvelukeskuksessa. 2015. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Laadunhallinnan periaatteet. n.d. SFS. Suomen Standardisoimisliitto. Viitattu 8.9.2019. https://www.sfs.fi/julkaisut_ja_palvelut/tuotteet_valokeilassa/iso_9000_laadunhallinta/laadunhallinnan_periaatteet.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6. Viitattu 2.8.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Viitattu 26.6.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista. 922/2011. Viitattu 31.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110922>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadulliset tutkimusmenetelmä hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. WSOY 2003. 2., uud.p.

Linna, M., Hörhammer, I., Silander, K., Mikkola, T., Koivuranta, P. & Tyni, T. 2018. Hoidon vaikuttavuuden ja sote-palveluiden käytön alueellinen vertaileminen – esimerkkinä iäkkäät muistisairaat, lonkkamurtuma- ja eteiväriäpotilaat sekä erikoissairaanhoidon vuodeosastoja käyttäneet. Ikääntyneen väestön palvelut; käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 9. Viitattu 20.4.2020. http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3444.

Linna, M., Mikkola, T., Peltokorpi, A. & Tyni, T. 2016. Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen? Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveystalveluiden käytön arviointi rekisteriaineistoja hyödyntämällä. Ikääntyneen väestön palvelut; käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 6. Kuntaliitto. Viitattu 15.3.2020. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3179.

Luonnos hallituksen esitykseksi laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta (vanhuspalvelulaki). 2019. Viitattu 30.1.2020.

<https://lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/ParticipationNonJsShowReport?proposalId=d9621fd9-821e-42e1-a9d2-b8863d0a1b38>.

Murphy, K.M., Morris, J.N., Fries, B.E. & Zimmerman D.R. 2007. The Resident Assessment Instrument: Implications for quality, reimbursement and research. *Generations*, Winter95; 19(4): 43-46. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.

Muuttuvat vanhuspalvelut. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.1.2020. <https://thl.fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>.

Mäkelä, M. 2015. Yksityisestä tiedosta kohti avointa tietoa. Julkaisussa Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Toim. R. Heikkilä & M. Mäkelä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Niela-Vilen, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun yliopisto 2015.

Niemi, M. Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmän käyttöönotosta Folkhälsanilla. 2007. Julkaisussa Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Toim. T. Itkonen, K. Lindman, H. Corin & A. Noro. Stakesin työpapereita 8/2007. Viitattu 13.4.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74989/T8-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>.

Niiranen, V., Seppänen-Järvelä, R., Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. 2011. Johtaminen sosiaalialalla. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Viitattu 15.3.2020.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=20>.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes. Raportteja 38/2008. Viitattu 8.9.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. Ikääntyneiden kuntoutuminen. 2016. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Duodecim. 2016.

Pitkänen, L., Haavisto, I., Vähäviita, P., Torkki, P., Leskelä R-L. & Komssi, V. 2018. Vaikuttavuus SOTE:ssa suoritteista tuloksiin. Nordic Healthcare Group. Viitattu 20.4.2020. <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktin arviointi. Julkaisussa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto.

RAI-esittely. 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.8.2019. <https://www.slideshare.net/THLfi/raiesittely>.

RAI-järjestelmän mittareita. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>.

RAIn käyttö hoitotyössä. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rai-kaytto-hoitotyossa>.

RAI-tiedolla johtaminen. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rai-tiedolla-johtaminen>.

RAI ympärivuorokautinen hoiva käsikirja. 2018. RAI-LTC. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Rantz, M.J., Grando, V., Conn, V., Zwygart-Staffacher, M., Hicks, L., Flesner, M., Scott, J., Manion, P., Minner, D., Porter R. & Maas, M. 2003. Getting the Basics Right Care Delivery in Nursing Homes. Journal of gerontological nursing, 15-25. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.

Rantz, M.J., Popejoy, L., Zwygart-Stauffacher M., Wipke-Tevis, D. & Grando, VT. 2000. Minimum Data Set and Resident Assessment Instrument. Can Using Standardized Assessment Improve Clinical Practice and Outcomes of Care? Journal of Gerontological Nursing, 25, 6, 35-43. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.

Rissanen, S. & Hujala, A. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Julkaisussa Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Toim. S. Rissanen, J. Lammintakanen & A. Hujala. Sanoma Pro Oy. 2017. 3., uudistettu painos.

Ritvanen, H. & Sinipuro, J. 2013. Tiedolla johtaminen toimialan murroksessa. Malli sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: BoD – Books on Demand.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Acta Universitatis Lappeen 210. Juvenes Print Tampere.

Sainio P. ja Salminen A-L. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Duodecim. 2016.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 30.1.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66852/978-951-44-8667-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex. Viitattu 2.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 56/2019. Viitattu 31.8.2019. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vanhuspalveluja-uudistavatyoryhma-on-asetettu?_101_INSTANCE_YZfcyWxQB2Me_groupId=1271139.

Straker, J.K. & Bailer, A.J. 2008. A Review and Characterization of the MDS Process in Nursing Homes. Journal of Gerontological Nursing, 34, 10, 36-44. <https://janet.finna.fi>, Cinahl Plus Full text.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2015. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Taunton, R.L., Swagerty D.L., Smith B., Lasseter J.A. & Lee, R.H. 2004. Care Planning for Nursing Home Residents Incorporating the Minimum Data Set Requirements Into Practice. Journal of Gerontological Nursing 30, 12,40-49. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Tietoa RAI-järjestelmästä. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön-strategia. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.4.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70321>.

Toimintakyky icf-luokituksessa. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.9.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>.

Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.8.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Tammi. Viitattu 28.4.2020. <http://www.jyu.finna.fi>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki : Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uusi henkilöstömitoitus nostaa merkittävästi ikääntyneiden palvelujen kustannuksia. 2019. Kuntaliitto. Viitattu 30.1.2020. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/uusi-henkilostomitoitus-nostaa-merkittavasti-ikaantyneiden-palvelujen-kustannuksia?publisherId=2133&releasId=69867135>.

Valtonen, H. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Julkaisussa Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Toim. S. Rissanen & J. Lammintakanen. Sanoma Pro Oy.

Vanhuspalveluiden tila. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>.

Väestö. 2020. Tilastokeskus. Viitattu 30.1.2020. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#V%C3%A4est%C3%B6n%20ik%C3%A4rakenne%2031.12.

Väestön ikääntyminen Suomessa. 13.12.2019. Viitattu 22.7.2019. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>.

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.4.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90875/URN_ISBN_978-952-245-688-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHOQOL: Measuring Quality of Life. n.d. Viitattu 8.9.2019. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen nimi	Tekijät ja vuosi
Care Planning for Nursing Home Residents Incorporating the Minimum Data Set Requirements Into Practice	Taunton, R.L., Swagerty, D.L., Smith B., Lasseter J.A. & Lee, R.H. 2004
Improving Quality of Life in Nursing Homes: The Structured Resident Interview Approach	Degenholtz, H.B., Resnick, A.L., Bulger, N. & Chia L. 2014
Implementation of geriatric assessment and decision support in residential care homes: facilitating and impeding factors during initial and maintenance phase	Boorsma, M., Langedijk, E., Frieters, D.H.M., Nijpels, G., Elfring, T. & van Hout, H.P.J. 2013
A Review and Characterization of the MDS Process in Nursing Homes	Straker, J.K. & Bailer, A.J. 2008
The Work of the RN Minimum Data Set Coordinator in its Organizational Context	Dellefield, M.E. 2008
The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review	Hutchinson, A.M., Milke, D.L., Maisey, S., Johnson, C., Squiures, J.E., Teare, G. & Estabrooks, C.A. 2010
Getting the Basics Right Care Delivery in Nursing Homes	Rantz, M.J., Grando, V., Conn, V., Zwygart-Staffacher, M., Hicks, L., Flesner, M., Scott, J., Manion, P., Minner, D., Porter R. & Maas, M. 2003
The Resident Assessment Instrument: Implications for quality, reimbursement and research	Murphy, K.M., Morris, J.N., Fries, B.E. & Zimmerman D.R. 2007
Minimum Data Set and Resident Assessment Instrument Can Using Standardized Assessment Improve Clinical Practice and Outcomes of Care?	Rantz, M.J., Popejoy, L., Zwygart-Staffacher M., Wipke-Tevis, D. & Grando, VT. 2000
Affirming the Value of the Resident Assessment Instrument: Minimum Data Set Version 2.0 for Nursing Home Decision-Making and Quality Improvement	Drummond, L.S., Slaughter, S.E., Jones, C.A. & Wagg, A.S. 2015

Liite 2. Aineiston pelkistäminen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
RAI:n tulosten käyttö onnistuu, vaikka tieto olisi kerätty 41 päivää aiemmin.	Tulosten käyttäminen myöhemmin tiedonkeräämisestä
Löydökset vahvistavat RAI:n käyttöä päätöksenteossa ja laadun parantamisessa.	RAI:n käyttö päätöksenteossa ja laadun parantamisessa
Hoitokodeissa MDS koordinaattorin vastuulla on arviointien lisäksi koko hoidon suunnitteluprosessi	Nimetyt henkilön vastuulla arvioinnit ja hoidon suunnittelu
Työkaluna, joka tuottaa kattavan, tarkan, standardisoidun ja toistettavan arvioinnin kunkin asukkaan toiminnallisesta tilasta RAI tarjoaa kokonaisvaltaisen kuvan yksilön ainutlaatuisista vahvuuksista, heikkouksista ja mieltymyksistä toiminnan ja terveyden osalta.	RAI antaa kokonaisvaltaisen kuvan yksilön vahvuuksista, heikkouksista ja mieltymyksistä.
Se tarjoaa myös perustan ongelmien tunnistamiselle hoitotarpeiden määrittämiseksi.	Ongelmien tunnistaminen hoitotarpeiden määrittämiseksi
Asukkaalla on ongelma, joka vaatii hoitosuunnitelmaan päivittämistä (esimerkkejä ovat delirium, virtsainkontinenssi, fyysiset rajoitukset).	Ongelma, joka vaatii hoitosuunnitelman päivittämistä
Tunnistetaan henkilöt, jotka hyötyvät ohjelmista, joiden tarkoituksena on parantaa toimintakykyä tai minimoida sen alenemista.	Tunnistetaan ketkä hyötyvät interventioista
RAPS tarjoaa hoitokodin henkilöstölle tarvittavat puitteet asianmukaista arviointia varten ja asukkaille ja hänen perheelleen vaihtoehtoja tavoitteiden asettamiseksi ja ongelmien ratkaisemiseksi. Juuri tämä osa prosessia yhdistää arvioinnin hoidon suunnitteluun.	Arvioinnin yhdistäminen hoidon suunnitteluun asiakkaan ja hänen perheensä osallistuessa tähän hoitokodin henkilöstön kanssa
75 prosenttia hoitotyön johtajista kertoi uskovansa, että RAI lisäsi laitoksen henkilökunnan kykyä tunnistaa asukkaiden kliiniset ongelmat, ja samanlainen osuus sanoi uskovansa, että kyky tunnistaa paremmin asukkaiden kuntoutusmahdollisuuksia on lisääntynyt.	RAI lisää kykyä tunnistaa asukkaiden ongelmia sekä kuntoutusmahdollisuuksia
Yli puolet hoitotyön johtajista kertoi uskovansa RAI:n auttavan henkilöstöä tunnistamaan ongelmia, jotka johtavat terapeuttisiin lähetteisiin, ja	RAI parantaa hoidonsuunnittelun laatua

64 prosenttia ilmaisi uskovansa, että RAI paransi hoitosuunnittelun laatua laitoksessaan.	
Peruskonsepti on mukauttaa maksu sen hoidon intensiteetin perusteella, jota asukkaat tarvitsevat.	Maksun mukautuminen asiakkaan tarpeen mukaan
RUG-III perustuu hoitokodin asukkaan toiminta- ja terveysominaisuuksiin ja resurssien käyttöön (esimerkiksi henkilöstön aika- tai kuntoutushoitoin).	RUG-III perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja resurssien käyttöön
Yksiköissä, joissa tulokset ovat hyviä, johtajat ovat todennäköisemmin työskennelleet monien vuosien ajan (ts. yli 5) verrattuna hoitotyön johtajiin laitoksissa, joilla on huonompia tuloksia (eli alle 1 vuosi).	Johtajan sitoutuminen yksikköön
Hyvien tulosten yksiköissä käytetään todennäköisemmin ryhmäprosesseja päätöksenteossa sekä aktiivisia laadunparannusohjelmia.	Ryhmäprosessien käyttö päätöksenteossa sekä aktiiviset laadunparannusohjelmat
Ilman henkilöstön sitoutumista perustyöhön, ponnistelut asukkaiden tulosten parantamiseksi todennäköisesti epäonnistuvat.	Henkilöstön sitoutuminen perustyöhön
Hoidon perusta ovat kävely, ravitsemus ja nesteytys, wc-käynnit ja suoliston säännöllisyys, painehaavojen ehkäisy sekä kivunhallinta.	Kävely, ravitsemus ja nesteytys, wc-käynnit ja suoliston säännöllisyys, painehaavojen ehkäisy sekä kivunhallinta
Hoidon perusteita tulee arvioida ja seurata jatkuvasti sen varmistamiseksi, että hoidon perusteet suoritetaan ja asukkaiden tulokset saavutetaan.	Hoidon perusteiden jatkuva arviointi ja seuranta
Jotta perusteet on kunnossa, hoitotyön johtamisen ja hallinnollisen johtamisen tulee olla johdonmukaista, käyttää tiimityöskentelyä sekä aktiivista laadunparantamisen ohjelmaa. Tarvitaan johdonmukaista hoitotyön johtamista, jotta kaikki muut mallin komponentit saadaan paikoilleen ja varmistetaan, että hoitoprosessit todella toteutetaan asukkaille.	Johtamisen johdonmukaisuus, tiimityöskentelyn käyttäminen sekä aktiivisen laadunparantamisen ohjelman käyttö
Johdonmukainen hallinnollinen johtaminen asettaa odotukset asukkaille ja henkilöstölle tehtävästä.	Odotukset henkilöstölle heidän tehtävästään

<p>Sitoutuminen ryhmäprosessien käyttöön on välttämätöntä päätöksenteossa ja sen varmistamiseksi, että hoitoprosessit ovat olemassa vahvistaakseen ja varmistaakseen hoidon perusteiden suorittamisen.</p>	<p>Ryhmäprosessien käyttö välttämätöntä päätöksenteossa</p>
<p>Ryhmäprosessi on välttämätön myös aktiiviselle laadunparannusohjelmalle - kriittisen tärkeä asukkaiden hyvien tulosten saavuttamiselle.</p>	<p>Ryhmäprosessin käyttö välttämätön laadunparantamiselle</p>
<p>Hoitotyön johtajien on oltava läsnä, heidän on oltava mestari ryhmäprosessien käyttämisessä, joihin osallistuu henkilöstöä koko laitoksen alueella, ja heidän on aktiivisesti ohjattava laadunparannusprosesseja.</p>	<p>Johtajan läsnäolo, laadunparantamisen ohjaaminen</p>
<p>Hallinnollisen johtajan on oltava läsnä ja ilmaistava odotus, että asukkaille odotetaan korkealaatuista hoitoa ja työntekijöiden odotetaan myötävaikuttavan laadun parantamiseen.</p>	<p>Johtajan ilmaistava henkilöstölle odottavansa korkeaa laatua ja vaikuttamista laadun parantamiseen</p>
<p>Jos yksiköt kamppailevat asukkaiden keskimääräisten tai huonojen tulosten saavuttamisen kanssa, heidän on ensin pyrittävä löytämään hoitotyön ja hallinnon johtajat, jotka ovat valmiita pysymään organisaation luona. Näiden johtajien on oltava taitavia käyttämään ryhmäprosesseja päätöksenteossa sekä toteuttamaan laadunparannusohjelmaa ja ottamaan sellainen käyttöön hoidon parantamiseksi. Näiden johtajien on oltava taitavia rakentamaan työntekijäsuhteita ja sitouttamisstrategioita, jotta asukkaista hoitavat heidät tunteva henkilöstö.</p>	<p>Johtajan sitoutuminen, työntekijäsuhteiden luominen, henkilöstön sitouttaminen</p>
<p>Tämän tutkimuksen tulokset havainnollistavat hoitoprosessien yksinkertaisuutta, jota hoitokodissa asuvat tarvitsevat.</p>	<p>Hoitoprosessien yksinkertaisuus</p>
<p>RAIn laatuindikaattorit ovat hyödyllinen työkalu laadunvalvontaan ja tiedon tarjoamiseen laadun parantamishjelmille ja aloitteille.</p>	<p>RAI:n käyttö laadunvalvonnassa ja tiedon tarjoajana</p>
<p>RAI toimii tietolähteenä hoitokodin korvaamiseen, laadun mittaamiseen, laadun seurantaan ja terveyspalveluiden tutkimukseen sekä monitieteiseen hoidon suunnitteluun</p>	<p>RAI:n käyttö laadun mittaamisessa, seurannassa sekä hoidon suunnittelussa</p>
<p>Nämä kuvaukset viittaavat siihen, että harvoin tai tehottomasti toteutettiin organisatorisesti hoitotyön johtajan ja ylläpitäjän osaamista RAI / MDS-puitteiden suhteen.</p>	<p>RAI:n käytön tehottomuus</p>

Useat osallistajat kuvailivat laitoksen hoitotyön johtajaa ja ylläpitäjää antaneen huonosti tietoa MDS-kehyksen tarkoituksesta ja tärkeydestä sekä RN MDS -koordinaattorin työstä	Henkilökunnalla huonosti tietoa RAI:n käytön tarkoituksesta ja tärkeydestä
Sekä kattava arviointi että kliinisen tilan merkittävistä muutoksista johtuvat arvioinnit olivat kaikkein aikaa vievimmät päätökseen.	Kattava arviointi ja merkittävistä muutoksista johtuvat arvioinnit vievät aikaa
Lähes kaikki hoitokodit viestivät sekä kuluttajille että henkilöstölle, että laadukas hoito on heidän päätavoitteensa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi käytetyt strategiat vaihtelevat, ja ne paljastavat todelliset suunnitelmat ja toimet laadun saavuttamiseksi.	Laadukkaan hoidon saavuttamiseksi käytetyt strategiat vaihtelevat
Koska tarkan poikkitieteellisen kattavan arvioinnin ja hoitosuunnitelma-asiakirjan uskotaan vaikuttavan hoitokodin laatuun, tämä aihe on tärkeä kaikille hoitokodin sidosryhmille, jotka välittävät hoitokodin hoidon laadun parantamisesta.	Kattava arviointi ja hoitosuunnitelma vaikuttavat hoitokodin laatuun
MDS-arvioinnin todettiin olevan intensiivinen toiminta, joka edellyttää useiden työntekijöiden sitoutumista.	Arviointi edellyttää useiden työntekijöiden sitoutumista
Koulutuksen merkitys todettiin useissa laitoksissa, ja henkilöiden arviointivälineen käsikirjaa korostettiin yhtenä arvokkaimmista resursseista arvioinnin suorittamiselle.	Koulutuksen merkitys, käsikirjan käyttö
MDS luo kokonaisvaltaisen kuvan jokaisesta asukkaasta, jolloin laitoshoidon tarjoajat ja päättäjät ymmärtävät asukkaiden tarpeet.	Kokonaisvaltainen kuva asukkaasta, jolloin ymmärretään asukkaiden tarpeet
Monien hoitoon osallistuvien, mukaan lukien hoitava lääkäri, kliininen henkilökunta (sairaanhoitajat, sairaanhoitajan avustajat), sosiaalityöntekijät, terapeutit (puhe-, fyysinen, ammatillinen) ja toimintahenkilöstön tulisi olla mukana MDS: n täyttämässä.	Moniammatillisen arvioinnin tekeminen
Lisäksi lähes 57% uskoi asukkaan elämänlaadun parantuneen ($p = 0,14$) ja 57% uskoi, että asukkaan tarpeet eivät ole muuttuneet MDS: n käyttöönoton jälkeen ($p = 0,12$).	Elämänlaadun parantuminen, tarpeet eivät muutu
Aika on, kuten käy ilmi, toinen tärkeä voimavara. Kaikissa vanhainkodeissa on tarkoitus täyttää in-	Ajankäyttö arviointien teossa

terRAI-LTCF neljä tuntia viikossa. Johtajien mukaan interRAI LTCF:n asianmukaiseen käyttöön voidaan tarvita enemmän aikaa.	
Kaikkien kolmen laitoksen johto ja henkilökunta ovat yhtä mieltä siitä, että atk-laitteet eivät riitä toimimaan interRAI-LTCF: n kanssa.	Toimivat laitteet
InterRAI-LTCF voidaan täyttää yhdessä asukkaan ja perheen kanssa asukkaiden asunnossa. Näin asukkaat ja perhe ovat mukana hoitoprosessissa. Ryhmätyötä voidaan pitää organisaation välisenä ja sisäisenä yhteistyönä organisaatioiden ja ihmisten välillä. InterRAI-LTCF: n tulokset asukkaille johtavat yhteiseen päätöksentekoon, ja monialaisen ryhmän jäsenet osallistuvat yksilöllisen hoitoprosessin vaiheisiin. Monimutkaisista hoitotarpeista keskustellaan monialaisessa kokouksessa.	Asukkaan ja hänen perheensä mukanaolo arvioinnissa Moniammatillinen arviointi
Uuden hoitomallin etujen esiin tuominen aikaa vievän arvioinnin avulla on tärkeä tekijä henkilöstölle alkuvaiheessa.	Arviointien hyöty tietoon henkilökunnalle
Kaiken kaikkiaan nämä havainnot viittaavat siihen, että tehokkaiden interventioiden on sovitava henkilökohtaisesti yksikössä asuville henkilöille.	Intervention sopivuus asiakkaalle
RAI tarjoaa vakioidut protokollat asukkaiden arvioinnille ja hoidon suunnittelulle sekä vähimmäistiedot, jotka helpottavat laadun parantamista laitoksissa ja niiden välillä. Kuinka vähän tiedetäänkin tavoista, joilla hoitotyön laitokset sisällyttävät nämä standardisoidut työkalut hoitoprosessiin.	RAI antaa protokollan arvioinnille ja hoidon suunnittelulle
Myös perheen panosta arvostettiin. Perheenjäseniin otettiin yhteyttä asukkaan hoidonsuunnitteluvaiheessa ja heille tarjottiin vaihtoehtoja osallistumiseen.	Asiakkaan perheen mukana olo arvioinnissa
Hoitotyön johtajana toiminut mds-koordinaattori käytti kokousta opetusmahdollisuutena ryhmän jäsenten kanssa.	Tiimin ohjaaminen
Hoitajat huomauttivat, että heidät tulisi sisällyttää hoidon suunnittelukokoukseen, koska he tarjosivat suoraa hoitoa asukkaille.	Hoitajien osallistuminen hoidon suunnitteluun

<p>Häpeän myöntää, että en katso hoitosuunnitelmia niin usein kuin minun pitäisi, koska olen niin tuttu asukkaiden kanssa ja tiedän periaatteessa mitä he tekevät tai eivät tee.</p>	<p>Hoitosuunnitelmiin perehtyminen</p>
--	--

Liite 3. Aineiston ryhmittely

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Hoitajien osallistuminen hoidon suunnitteluun	Hoidon suunnittelu ja toteutus
Hoitosuunnitelmiin perehtyminen	
Arvioinnin yhdistäminen hoidon suunnitteluun asiakkaan ja hänen perheensä osallistuksessa tähän hoitokodin henkilöstön kanssa	
Intervention sopivuus asiakkaalle	
Kokonaisvaltainen kuva asukkaasta, jolloin ymmärretään asukkaiden tarpeet	
Henkilöstön sitoutuminen perustyöhön	Henkilöstön sitoutuminen
Kävely, ravitseminen ja nesteytys, wc-käynnit ja suoliston säännöllisyys, painehaavojen ehkäisy sekä kivunhallinta	Hoidon perusteiden seuranta ja arviointi
Hoidon perusteiden jatkuva arviointi ja seuranta	
Hoitoprosessien yksinkertaisuus	
Nimetyn henkilön vastuulla arvioinnit ja hoidon suunnittelu	
Henkilökunnalla huonosti tietoa RAI:n käytön tarkoituksesta ja tärkeydestä	

Arviointi edellyttää useiden työntekijöiden sitoutumista	Tieto arviointien tarkoituksesta ja käytöstä
Koulutuksen merkitys, käsikirjan käyttö	

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Johtajan sitoutuminen yksikköön	Johtajan sitoutuminen
Johtajan sitoutuminen, työntekijäsuhteiden luominen, henkilöstön sitouttaminen	Henkilöstön sitouttaminen
Johtamisen johdonmukaisuus, tiimityöskentelyn käyttäminen sekä aktiivisen laadunparantamisen ohjelman käyttö	Johtajan käyttämät menetelmät
Laadukkaan hoidon saavuttamiseksi käytetyt strategiat vaihtelevat	
Odotukset henkilöstölle heidän tehtävästään	Työn tavoitteet
Johtajan ilmaistava henkilöstölle odottavansa korkeaa laatua ja vaikuttamista laadun parantamiseen	
Johtajan läsnäolo	Läsnäolo

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Ongelmien tunnistaminen hoitotarpeiden määrittämiseksi	

Ongelma, joka vaatii hoitosuunnitelman päivittämistä	Ongelmien tunnistaminen	
Tunnistetaan ketkä hyötyvät interventioista		
RAI lisää kykyä tunnistaa asukkaiden ongelmia sekä kuntoutumismahdollisuuksia		
Tulosten käyttäminen myöhemmin tiedonkeräämisestä	Arviointien hyödyntäminen	
RAI antaa kokonaisvaltaisen kuvan yksilön vahvuuksista, heikkouksista ja mieltymyksistä		
RAI parantaa hoidonsuunnitelun laatua		
Maksun mukautuminen asiakkaan tarpeen mukaan		
RUG-III perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja resurssien käyttöön		
RAI antaa protokollan arvioinnille ja hoidon suunnittelulle		
Elämänlaadun parantuminen, tarpeet eivät muutu		
RAI:n käyttö päätöksenteossa ja laadun parantamisessa		Päätöksenteon tuki
RAI:n käyttö laadunvalvonnassa ja tiedon tarjoajana		
RAI:n käyttö laadun mittaamisessa, seurannassa sekä hoidon suunnittelussa	Laadun mittaaminen ja arviointi	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Ryhmäprosessien käyttö päätöksenteossa sekä aktiiviset laadunparannusohjelmat	Ryhmäprosessien hyödyntäminen
Ryhmäprosessien käyttö välttämätöntä päätöksenteossa	
Ryhmäprosessin käyttö välttämätöntä laadunparantamiselle	
Moniammatillisen arvioinnin tekeminen	Moniammatillisuuden hyödyntäminen
Arviointien hyöty tietoon henkilökunnalle	
RAI:n käytön tehottomuus	
Asukkaan ja hänen perheensä mukanaolo arvioinnissa	Asukkaan ja hänen perheensä osallistuminen
Kattava arviointi ja merkittävistä muutoksista johtuvat arvioinnit vievät aikaa	Ajankäyttö

Liite 4. Aineiston luokittelu

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hoidon suunnittelu ja toteutus	Henkilökunnan osaaminen	RAI henkilökunnan työkaluna
Henkilöstön sitoutuminen		
Hoidon perusteiden seuranta ja arviointi		
Tieto arviointien tarkoituksesta ja käytöstä	Toimintakyvyn arviointi	

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Johtajan sitoutuminen	Johtamisosaaminen	RAI johtamisen välineenä
Henkilöstön sitouttaminen		
Johtajan käyttämät menetelmät		
Työn tavoitteet	Tavoitteiden asettaminen ja seuranta	
Läsnäolo		

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ongelmien tunnistaminen	Päätöksenteko	RAI päätöksenteon tukena ja laadunparantamisen välineenä
Arviointien hyödyntäminen		
Päätöksenteon tuki		
Laadun mittaaminen ja arviointi	Laadun parantaminen	

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ryhmäprosessien hyödyntäminen	Moniammatillinen työskentely	RAI tiimityöskentelyn työkaluna
Moniammatillisuuden hyödyntäminen		
Asukkaan ja hänen perheensä osallistuminen		
Ajankäyttö	Työn organisointi	