



Kati Leinonen

**PSYKIATRISEN POTILAAN HOIDON SUUNNITTELU JA ARVIOINTI RAI -  
JÄRJESTELMÄN AVULLA**

# **PSYKIATRISEN POTILAAN HOIDON SUUNNITTELU JA ARVIOINTI RAI - JÄRJESTELMÄN AVULLA**

Kati Leinonen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2013  
Sosiaali- ja terveysalan  
johtamisen ja kehittämisen  
koulutusohjelma  
Oulun seudun  
ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, Sairaanhoitaja YAMK

---

Tekijä: Kati Leinonen

Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI- järjestelmän avulla

Työn ohjaaja: TtT Kaisa Koivisto

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Syksy 2013

Sivumäärä 76+ 15

---

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kuvata hoitajien ja esimiesten kokemuksia RAI -arviointijärjestelmään liittyvistä teemoista potilaan hoidossa sekä arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja käytöstä potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa.

Tämän kehittämistyön tavoitteena on kehittää psykiatrisen tutkimuksen tulosten perusteella potilaan hoitoa ja kuntoutusta siten, että RAI – arvio olisi käytössä systemaattisesti psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelussa, ja että potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen olisi osallistuvaa ja kokonaisvaltaisempaa. Tavoitteena on myös, että RAI - arvioinnin pohjalta systemaattisemmin hoitosuunnitelmaan kirjattua tietoa hyödynnettäisiin potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyön välineenä. RAI - arviointijärjestelmän avulla kehitettäisiin samalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin osallistuvien asiantuntijuutta.

Kehittämistyöprosessi toteutettiin toimintatutkimuksena, joka soveltuu hyvin organisaation kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa pohditaan, millaisia hoidon suunnittelukonventiot ovat tähän asti olleet ja mihin suuntaan niitä kehitetään tulevaisuudessa. Tässä toimintatutkimuksessa käytettiin useita tiedonkeruumenetelmiä. Yksi näistä oli ZEF – kysely, joka suunnattiin Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden hoitajille ja esimiehille.

Kehittämistyön johtopäätösten perusteella RAI - toimintamallia kannattaa jatkossakin kehittää psykiatrisen potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. RAI - arviointi antaa kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tarpeista ja voimavaroista sekä toimintakyvystä. RAI - arviointi osallistaa potilaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. RAI -arviointista esiin nousevat asiat tulee käydä läpi yhdessä potilaan kanssa dialogisesti. RAI- järjestelmästä saatavaa tietoa tulee jatkossa kirjata systemaattisemmin potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, jotta tieto siirtyisi eteenpäin potilaan hoidossa. RAI - järjestelmän käyttö psykiatrisen potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa vaatii jatkuvaa koulutusta, perehdytystä, interventioita sekä kehittämistä. RAI - arvon tuloksia tulee pohtia kollektiivisessa asiantuntijaryhmässä, jolloin se kehittää osallistujien asiantuntijuutta psykiatrisen potilaan hoidossa. RAI- järjestelmän hallinnointi vaatii lähiesimiehiltä ja ylemmältä johdolta sitoutuneisuutta ja motivoivaa johtamista sekä jatkuvaa arviointia.

---

Asiasanat: Psykiatrisen hoitotyö, hoidon suunnittelu, RAI – järjestelmä, RAI – toimintamalli, asiakaslähtöisyys, kollektiivinen asiantuntijuus, johtaminen, kehittäminen

## **ABSTRACT**

Oulu University of Applied Sciences

Degree Program in Development and Management of Health and Social Care

---

Author: Kati Leinonen

Title of thesis: Psychiatric patient treatment planning and evaluation of the RAI system

Supervisor: TtT Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages 76+ 15

---

The aim of this research and development work is to describe the experiences of nurses and supervisors of the RAI-evaluation (RAI = Resident assessment instrument) on themes related to patient care, the comprehensibility of the system and the use of the patient's treatment planning.

The aim is to develop a psychiatric patient care and rehabilitation on the basis of the results of this study, so that RAI should be used systematically to review the psychiatric patient in the process of treatment and rehabilitation planning in such a way that the patient's participation in planning and implementation of his/her own care and treatment is inclusive and comprehensive. The aim is, too, that the track record of the patient's information registered on the basis of the RAI - evaluation in the management plan is used in the treatment and rehabilitation as a tool of multi-disciplinary team collaboration. The RAI -evaluation system is used also to contribute for improving expertise among those who involve in the treatment and rehabilitation process of the mental health and substance abuse customer.

This study is an action research, and it is well suited for organizational development. In the action research it is discussed how the management measures have been until now and what the direction we are going to improve them. In this study it was used a variety of data collection methods. One of these was the ZEF - a request which was directed to the nurses and facility managers of mental health and substance abuse services in the city of Oulu.

On the basis of the results of this research it can be concluded that the RAI - model is worth developing further in psychiatric patient care and rehabilitation planning. The model will provide a comprehensive assessment of the patient's needs and resources, and ability to function. The RAI - evaluation will involve the patient in his/her own care and to plan it. The issues emerging from the RAI - evaluation will be considered together with the patient in the dialog. In the future the data of the RAI -system will be registered more systematically in drawing up the patient's treatment and rehabilitation plan in order to make sure that the relevant information will pass on in patient management. The utilization of the RAI - system in treatment and care of the psychiatric patient requires continuous training, induction training, as well as the development of interventions. The results of the RAI-assessment will be reflected in a collective group of experts, in which case it will develop expertise of the participants in the treatment of psychiatric patients. The RAI - system requires from the closest superiors and senior managers commitment and motivating management and continuous evaluation.

---

Keywords: psychiatric nursing, therapy planning, RAI - a system, RAI - operating model, customer orientation, collective expertise, management, development

## Sisältö

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 Johdanto.....	7
2 Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI - järjestelmän avulla.....	10
2.1 Mielenterveystyö ihmisen hyvinvoinnin tukena.....	10
2.2 Psykiatrisen potilaan hoitotyö.....	11
2.3 Arvot ja eettisyys psykiatrisessa hoitotyössä.....	11
2.4 Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät.....	13
2.5 Psykiatrisen potilaan hoitoprosessi.....	14
2.6 Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu RAI – arviointijärjestelmän avulla.....	17
2.6.1 RAI- toimintamalli.....	19
2.6.2 RAI - järjestelmät psykiatrisessa laitoshoidossa.....	22
2.7 Psykiatrisen potilaan hoitoon liittyvät ajankohtaiset lait, suositukset ja strategiat.....	24
2.8 RAI – arviointijärjestelmään liittyvä tutkimustyö.....	26
3 Tutkimuksellisen kehittämistehtävän prosessi.....	28
3.1 Kehittämistehtävän tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet.....	28
3.2 Kehittämistehtävän menetelmälliset ratkaisut.....	29
3.2.1 Toimintatutkimus.....	29
3.2.2 ZEF – arviointikone.....	33
3.2.3 ZEF ja määrällinen tutkimus.....	35
3.2.4 Laadullisen tutkimusaineiston sisällön analyysi.....	36
4 Tutkimustulokset.....	39
4.1 Määrällisen kyselyn tulokset.....	39
4.1.1 Perustiedot.....	39
4.1.2 RAI – osaaminen.....	41
4.1.3 Kokonaistiedon keruu hoidon suunnittelun pohjalla.....	42
4.1.4 RAI – arvion hyödyntäminen potilaan hoidon suunnittelussa.....	44
4.2 Laadullisen aineiston analysoinnin tulokset.....	46
4.2.1 RAI – arvioinnin tuottama tieto.....	46
4.2.2 Hoidon suunnittelu potilaan kanssa.....	48
4.2.3 Hoitosuunnitelma.....	50
4.2.4 Kollektiivinen asiantuntijuus potilaan hoitoprosessissa.....	51
4.2.5 Johtaminen.....	52
5 Pohdinta.....	60

5.1 Tutkimustulosten vertailua kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimustuloksiin .....	60
5.2 Tutkimustulosten luotettavuus .....	68
5.3 Tutkimuksen eettisyys .....	73
5.4 Kehittämistehtävän tekemiseen liittyvää pohdintaa ja oppimiskokemukset.....	74
5.5 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....	75
Lähteet.....	77
LIITTEET .....	83

# 1 Johdanto

Psykiatrisen potilaan hoito on muuttunut organisaatorajat ylittäväksi, kollektiivisessa asiantuntijaryhmässä tehtäväksi yhteistyöksi, jossa pyritään tukemaan potilasta ja hänen omaisiaan siten, että potilaan arjesta selviytyminen olisi mahdollisimman normaalista sairaudesta huolimatta. Potilaan voimavaroja vahvistetaan ja häntä pyritään kannustamaan hyvään, tasapainoiseen ja mahdollisimman itsenäiseen elämään. Potilaan hoito on suunnitelmallisempaa ja kokonaisvaltaisempaa. Se rakentuu yhteistyössä tehtyyn hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Potilaan hoidossa korostuu asiakaslähtöisyys: palveluja pyritään suunnittelemaan ja kehittämään sen mukaisesti.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että potilaalla ja asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa oman hoitoprosessinsa kaikkiin vaiheisiin sekä hoidon ja palvelun kokonaisuuden toimimista potilaan ja asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisesti. Tällöin hoito- ja palveluketju muodostavat toimiala- ja organisaatorajoista riippumattoman saumattoman kokonaisuuden. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden verkostoitumista asiakkaan hoidon palvelutarpeen mukaisesti (STM 2009b, 40.)

Vastuuta potilaan arjessa tukemisesta on siirtynyt enemmän perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluita ei pidä erottaa muista palveluista vaan niiden tulee muodostaa toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Suunnitelman mukaan yhteistyön merkitys psykiatrisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kanssa kasvaa. Samalla psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköitä ja päihdehuollon erityispalveluita yhdistetään, koska samanaikaiset mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat ovat yleisiä.

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystalouden palvelutuotannon laadunhallinnan kehittäminen perustuu kaupungin arvoihin ja strategiaan sekä voimassa oleviin valtakunnallisiin kehittämisohjelmiin. Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön toiminta-ajatuksena on

tuottaa monipuolisia ja asiakkaiden tarpeiden mukaisia palveluita. Palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaiden itsenäistä elämää. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on linjattu, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asemaa vahvistetaan, palveluihin pääsy on tasavertaista ja ongelmiin paneudutaan samanarvoisesti kuin muihinkin terveysongelmiin. Asiakkaan hoito ja kuntoutus tulee toteuttaa ensisijaisesti avohoitona ja kaikessa hoidossa tulee olla kuntouttava ote. Asiakkaan voimavaroja vahvistetaan ja psykososiaalisiin ongelmiin perehdytään kokonaisvaltaisesti. Sairaalahoidoa tulee järjestää silloin, kun avohoidon toimet eivät riitä ja sairaalahoido on tarpeenmukaista. Potilas pääsee psykiatriseen sairaalahoitoon tilanteen niin vaatiessa. Kunnalla tulee olla käytettävissä sairaansijoja tarvetta vastaava määrä. Jokaiselle potilaalle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka tarkastetaan ja päivitetään yhdessä potilaan kanssa. (STM 2001a.)

Laatu on tärkeä menestystekijä, jolla pyritään varmistamaan asiakkaiden tyytyväisyys toimintaan. Psykiatrisen hoidon RAI – järjestelmä on kehitetty tukemaan mielenterveysasiakkaan hoidon suunnittelua sekä arvioimaan asiakkaan saamaa hoitoa. Järjestelmän avulla voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti mielenterveysasiakkaan tarpeita ja voimavaroja sekä suoriutumista ja toimintakykyä. Psykiatrisen potilaan jatkohoidon suunnittelussa tämä tarkoittaa mm. oikean hoitopaikan, asumispalvelun tai kotiin kohdistettavan tuen suunnittelua. Lisäksi RAI -järjestelmän avulla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää mielenterveysasiakkaan hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijuuden kehittämisessä.

Kehittämistyöni aihe on lähtenyt tarpeeseen perustuvasta toiminnan kehittämisestä. Oulun kaupunki on kehittänyt mielenterveyspalveluissa hoidon laadun ja palveluohjauksen arviointimenetelmiä, ja yksi keino on ollut RAI – arviointimittariston käyttöönotto. Järjestelmän tarkoituksena on helpottaa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa, arviointia ja kehittämistä. Lisäksi järjestelmä antaa välineitä hoidonlaadun seurantaan. RAI – järjestelmän avulla saatuja tietoja voidaan käyttää myös päätöksenteon tukena sekä eri organisaatiotasolla johtamisen tukena. Lisäksi Oulun kaupunki hyödyntää RAI - arviointia tulevaisuudessa myös hoitoisuuden kustannuslaskennan perusteena psykiatrisen potilaan palveluprosessissa.



Kehittämistyöni lähtökohtana on ollut myös oma kiinnostukseni aiheeseen ja psykiatrisen potilaiden palveluprosessien laadun parantaminen. RAI – arviointijärjestelmän käyttöönotto psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa on Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa ollut vuosia kestävä prosessi. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata hoitajien ja esimiesten kokemuksia RAI – arviointijärjestelmään liittyvistä teemoista potilaan hoidossa, RAI – arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja käytöstä potilaan hoidon suunnittelussa.

Tutkimuksen tulosten perusteella tavoitteena on kehittää psykiatrisen potilaan hoitoa ja kuntoutusta siten, että RAI – arvio olisi käytössä systemaattisesti psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa siten, että potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen on osallistavaa ja kokonaisvaltaisempaa. Tavoitteena on myös, että RAI - arvioinnin pohjalta systemaattisemmin hoitosuunnitelmaan kirjattua tietoa hyödynnetään potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyön välineenä. RAI - arviointijärjestelmän avulla kehitetään samalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin osallistuvien asiantuntijuutta.

Kehittämistyö toteutettiin osallistavana toimintatutkimuksena, johon sisältyi Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden laitospalveluiden hoitajille, ohjaajille sekä lähiesimiehille suunnattu kysely. Kehittämistyön tulokset on esitelty tutkimuskysymysten mukaisesti ja lopuksi on esitelty tutkimuksen johtopäätökset ja kehittämiskohteet.

## **2 Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI - järjestelmän avulla**

### **2.1 Mielenterveystyö ihmisen hyvinvoinnin tukena**

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1116/90 1§). Mielenterveystyö on mielenterveyden edistämistä sekä mielenterveysongelmien tunnistamista, nopeaa reagointia riskeihin ja hoitoa. Mielenterveystyössä ensisijainen tehtävä on lisätä ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä ja edistää persoonallisuuden kasvua sekä ottaa huomioon myös perhe sekä muu yhteisö. Tavoitteena on, että mielenterveystyötä tehdään siten, että yksilön sekä perheen voimavarat ja vahvuudet otetaan huomioon. Näiden avulla pyritään löytämään keinoja, jotta ihmisen selviytyisi jokapäiväisen elämän haasteista. Mielenterveystyötä tehdään yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. (Kuhanen 2012, 25 - 30; Välimäki ym. 2000, 13 - 14.) Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan mielenterveysongelmien tunnistamiseen ja ongelmista kärsivien tukemiseen tähtäävän työtteen kehittäminen sisältyy tavoitteena eri alojen ja yksiköiden toimintaan. (STM 2001a.)

Mielenterveystyössä on taattava perustuslailliset oikeudet yhdenvertaisuuteen, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä sosiaaliturvaan, jotta ne toteutuvat potilaiden kohdalla tasavertaisesti muuhun väestöön verrattuna. Tämän turvaamiseksi mielenterveystyössä tulee toteuttaa perusoikeuksien eettistä arvopohjaa. Lisäksi huolehditaan, että hoidon keskeiset eettiset periaatteet ja potilaan oikeudet toteutuvat. Kaikissa mielenterveyspalveluissa ylläpidetään toivoa ja luottamusta vaikeuksista selviytymiseen ja kuntoutumiseen. Tärkeimmät terveydenhuollon ammattilaisten eettiset periaatteet ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon,

ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hyvä ammattitaito sekä työhyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonta. (STM 2001 a, c.)

## **2.2 Psykiatrisen potilaan hoitotyö**

Mielenterveyspalveluiden tarve on kasvanut ja ongelmat ovat tulleet monimuotoisemmiksi. Mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten ja heidän läheistensä kohtaaminen edellyttää laajaa mielenterveyshoitotyön asiantuntijuutta. Hoitajalla täytyy olla osaamista mielenterveyden edistämisestä, mielenterveyshäiriöistä, niiden ennaltaehkäisystä sekä kriisi- ja päihdetyöstä. Tietopohja muodostuu erilaisista menetelmien hallinnasta ja kyvystä tehdä moniammatillista työtä eri-ikäisten asiakkaiden parissa. Psykiatrisen potilaan hoidossa toimii psykiatrisen hoitotyön ammattilaisten lisäksi monia muita terveydenhuollon ammattiryhmiä, jotka tekevät yhteistyötä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Tähän moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluu hoitotyön asiantuntijoita kuten sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveys- ja mielisairaanhoitajia sekä lääkäreitä, psykologeja sekä sosiaalityöntekijöitä. (Kuhanen 2012, 30 – 31.)

Mielenterveysongelmat käsittävät eritasoisia ihmisen hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Mielenterveyden häiriö voi ilmetä monella eri tavalla ja se aiheuttaa yleensä ihmiselle kärsimystä tai psyykkisen tasapainon vaihteluita. Kun mielenterveysongelmat ovat vakavia, tai ne pitkittyvät tai heikentävät ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä jokapäiväisistä tehtävistä, voidaan puhua mielenterveyshäiriöstä tai psyykkisestä sairaudesta. Vakavimmillaan mielenterveyden ongelmat voivat lamaannuttaa ihmisen siten, että hän eristyy yhteiskunnasta ja jää sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Silloin ihminen tarvitsee mielenterveysongelmissaan joko tilapäisesti tai pitempiaikaisesti terveydenhuollon palveluja toipuakseen ja selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästään. (Hietaharju & Nuutila 2010, 31; Välimäki ym. 2000, 13.)

## **2.3 Arvot ja eettisyys psykiatrisessa hoitotyössä**

Hoitotyön ammattilaisella on oltava tietyt eettiset velvoitteet ja arvot, jotta potilaslähtöinen auttava hoitotyö on mahdollista. Hoitotyön ammattilaisen on ymmärrettävä potilasta, jotta hän kykenee asettamaan hoitotyössä esiin tulleet asiat oikeaan yhteyteen ja käyttämään niitä hyödyksi hoitotyössä. Asiakkaan sanallisten ja sanattomien viestien kuunteleminen on myös tärkeää.

Potilaan pitää pystyä kokemaan olevansa tasavertainen ja kunnioitettu osallinen hoitotyössä. Potilas on nähtävä oman elämänsä ja selviytymisensä asiantuntijana ja hoitotyössä on korostuttava ihmisyyttä kunnioittava kohtaamistapa. (Välimäki ym. 2000, 11, 20 – 21; Latvala ym. 1998,32.)

Syrjälä (2006) on tutkinut väitöskirjassaan arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa hoidossa. Tutkimuksessa hoitohenkilökunta oli nimennyt potilaan hoitoon liittyviksi tärkeiksi arvoiksi inhimillisen kohtelun, ihmisarvon kunnioittamisen, luotettavuuden ja hoitoympäristön turvallisuuden. Potilaille liittyi ihmisarvoon seuraavia odotuksia: totuus, inhimillisuus, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Potilaat arvostivat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Lisäksi he pitivät arvossa kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu psyykkisen hoidon lisäksi erilaisten oireiden ja vaivojen tutkiminen sekä somaattinen hoito. Turvallinen hoitoympäristö, omahoitaja ja osaston hyvä ilmapiiri olivat potilaille hyvin tärkeitä seikkoja. Turvallisuudentunnetta lisäsi henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito. Myös tiedon saamista hoitokysymyksistä ja -tapahtumista pidettiin tärkeänä. Tieto rauhoitti mieltä ja lisäsi luottamusta henkilökuntaan. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan ja potilaiden arvoissa ja arvostuksissa oli havaittavissa samankaltaisuutta. Tärkeimmiksi arvoiksi erottuivat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Tutkimuksen mukaan psyykinen sairaus ei näyttäisi muuttavan oleellisesti ihmisen arvomaailmaa. (Syrjälä 2006, 110 – 112.)

Lähtökohtana mielenterveystyössä on potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä potilaan toiveiden ja mielipiteiden kunnioittaminen. Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on pakkohoitotilanteissa ongelmallista. Pakkohoito on välttämätöntä elämän ja terveyden suojelemiseksi. Samalla syntyy arvostiriita, koska yksilön itsemääräämisoikeutta on rajoitettava sekä tingittävä oikeudenmukaisuusperiaatteesta ja integriteetistä. Psykiatrista hoitoa säätelevä Mielenterveyslaki rajaa tarkasti tilanteet, joissa potilaaseen voidaan kohdistaa pakkokeinoja. (Latvala ym. 1995, 33 -34; Oittinen 2012, 68 - 70.)

Mielenterveyslain 1990/1116 8 §:n mukaan potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden

henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Finlex@2013a.)

## 2.4 Psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät

Psykiatrisen hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, joihin pyritään käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoidon tarpeen määrittely perustuu hoitajan havaintoihin tai potilaan läheisten toiveisiin. Hoidon tavoite liittyy selviytymiseen sairaalan osastolla tai avohoidon tuen avulla. Auttamismenetelmiä ovat esimerkiksi *vuorovaikutus*, *psykoedukaatio*, *kuntouttava työote*, *yhteisöllisyys ja ryhmät*. (Kuhanen 2012, 90 - 111; Oittinen 2012, 58 Välimäki ym. 2000, 16 - 17.)

Potilaslähtöisessä psykiatrisessa hoitotyössä potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö perustuu yhteistoiminnallisuuteen ja dialogisuuteen tavoitteena potilaan voimaantuminen. Tärkeää vuoropuhelussa on, että yhdessä etsitään ratkaisua tai hahmotetaan ongelmaa ja kokonaisuutta. (Kuhanen 2012, 30 - 31). Tärkeää on lähellä oleminen, osallisuus ja rohkeus. Keskeinen edellytys hoitosuhteen onnistumiselle on hoitajan aitous, rohkeus, lähellä olo, tietoisuus omista tunteista, erilaisuuden kunnioittaminen, potilaan hyväksyminen ehdoitta ja halu ymmärtää. (Latvala ym. 1995, 31; Kuhanen & Kanerva 2010, 150 - 152.) Vastavuoroisuus eli dialogisuus vaatii hoitajalta avointa kiinnostusta potilasta kohtaan ja hän luottaa siihen, että potilas on oman elämänsä ja sairautensa asiantuntija. Hoitajan työskentelyn tulee olla voimavaralähtöistä, jolloin potilaan voimavarat saadaan käyttöön ja sitä hyödynnetään terveyden edistämiseksi. Hoitajan tehtävä on uskoa potilaaseen ja vakuuttaa, että hän tulee autetuksi. Potilaslähtöisessä psykiatrisessa hoitotyössä potilaan ja hoitajan yhteistyön menetelmiä ovat mm. huolenpito, läsnäolo, keskustelu, kuunteleminen, luottamus, johdonmukaisuus, avoimuus, rehellisyys, havainnointi, ohjaaminen ja yhdessä tekeminen. (Koivisto 2003, 28; Kuhanen & Kanerva 2012, 150 - 162.)

Mielenterveyshäiriöstä kärsivä henkilö on ympäristönsä ja kulttuurinsa ainutlaatuinen jäsen. Psykiatrisessa hoitotyössä potilas nähdään perheensä ja yhteisönsä jäsenenä. Potilaan ja perheen hyvinvointia ja terveyttä ei voi erottaa toisistaan. Potilas itse määrittelee perheensä ja potilaan perhetilanteen tunteminen mahdollistaa hyvän yhteistyösuhteen syntymisen potilaan, perheen ja henkilökunnan välille. Sen vuoksi on tärkeää, että omaiset ja muut läheiset ovat mukana potilaan hoidossa. Myös perheen tukeminen on tärkeää. Hoitajan velvollisuus on toimia potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteistyössä. Omalla ammattitaidollaan ja havainnoinnillaan

hoitaja jäsentää tietoaan siten, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa ja palvelua. Yhteistyösuhteen avulla pyritään tukemaan potilaan aktiivisuutta ja kiinnostusta omaa terveyttään kohtaan. Keinona on mm. tukea potilaan ja omaisten itseluottamusta potilaan hoitoa koskevissa valinnoissa ja päätöksenteossa. (Kuhanen ym. 2012, 30 - 31; Välimäki ym. 2001, 10; Latvala ym. 1995, 140 – 145.)

## 2.5 Psykiatrisen potilaan hoitoprosessi

Hoitotyön prosessi on tieteellinen viitekehys tai metodi tehdä käytännön hoitotyötä, myös psykiatrista hoitotyötä. Hoitotyön prosessin vaiheet ovat hoitotyön tarpeen määrittely, (hoitotyön diagnosointi), tavoitteiden määrittely, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Prosessin vaiheet ohjaavat hoitajaa hoitotyössä systemaattiseen päätöksentekoon ja ongelmanratkaisuun. Prosessi on dynaaminen ja jatkuva niin kauan kuin hoitaja ja potilas ovat tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa. Psykiatrisen hoitotyön prosessin sisältö seuraa psykiatrisesta hoitotyöstä, mutta sisältöä tulee myös muilta tieteen aloilta, kuten lääketieteestä, psykiatriasta, sosiaalitieteestä ja psykologiasta. Prosessiajattelun avulla hoitaja tutustuu potilaan psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen tilaan yksilöllisesti ja ottaa huomioon erilaiset vaatimukset ja tarpeet. Psykiatrisessa hoidossa on tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä osallistuvat hoitotyön prosessiin, koska tieto potilaan tilasta, tarpeista ja ongelmista tulee potilaan ja hänen läheistensä kertomuksista. Jokaisen potilaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen nähdään tärkeänä ja terapeuttisena ja jokainen prosessin vaihe on hoitoa edistävä. Hoitotyön suunnittelu yhdessä potilaan kanssa selventää potilaalle omaa sairautta, käyttäytymistä, tunteita ja ajattelua. Tavoitteet tulee asettaa todellisten mahdollisuuksien ja kykyjen mukaisesti. (Sainola-Rodrigues K. & Itkonen H. 2007. 43 - 45.)

Hoidon lähtökohtana on aina jokin *hoidon tarve tai ongelma*. Hoitotyön tarpeen arvioinnin yhteenvedosta käytetään nimitystä *hoitotyön diagnoosi*. Hoitotyön diagnoosi on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan *lievittää hoitotoimenpiteiden avulla*. Diagnoosivaiheessa kerättyä tietoa analysoidaan hoitotyön diagnoosin muodostamiseksi. Hoitotyön diagnooseja voivat olla esim. väsymys, muistihäiriö, kuoleman pelko, päihteiden käyttö, epäterveellinen

ruokavalio, lääkkeiden sivuvaikutukset, lääkitykseen liittyvä tiedon puute, sosiaalinen eristäytyminen, rintakipu, verenpaineen muutos ja sekavuus. (Syväoja ym. 2009, 68 - 70.)

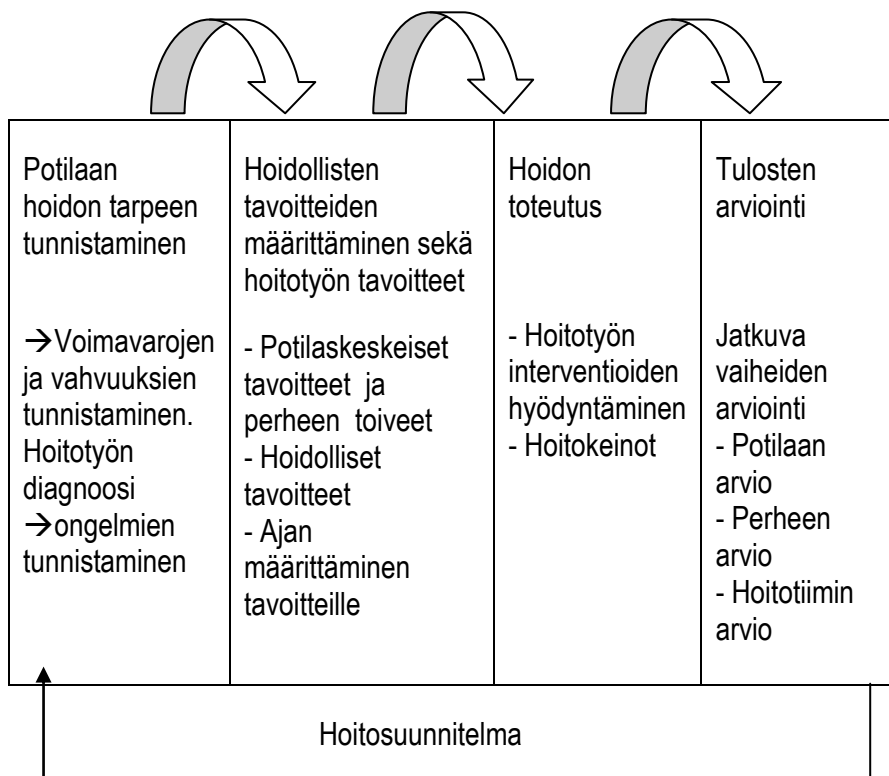
Psykiatrisen hoitotyön menetelmät valitaan sen pohjalta, miten teoreettisesti ymmärretään potilaan psykiatrisen hoitotyön diagnoosi ja kunkin menetelmän tehokkuus potilaan yksilöllisessä tilanteessa. Psykiatrisen hoitotyön tavoite on usein muuttaa toimintaa tai käyttäytymistä ja seurata potilaan muutos- ja sopeutumisprosessia. Potilaan kanssa yhteistyössä on tärkeää asettaa lyhyen ja pidemmän aikavälin tavoitteita. Hoitotyön arvioinnissa kuvataan hoidon välitöntä vaikutusta tai hoidon päättyessä arvioidaan koko hoitojaksoa. (Sainola-Rodrigues K. & Itkonen H. 2007. 43 - 45.)

Potilaslain 12 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin kaikki tiedot, jotka ovat tarpeellisia potilaan hoidon suunnittelemiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirja-asetuksessa tarkennetaan, mitkä tiedot potilaskertomukseen ja muihin potilasasiakirjoihin on vähintään kirjattava. Potilaslaissa ja terveydenhuoltolaissa säädetään lisäksi hoitoa ja kuntoutusta koskevasta suunnitelmasta, joka on tarvittaessa laadittava hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi. (STM 2012, 44.)

Sekä mielenterveyslaissa ja mielenterveyspalvelujen laatusuosituksissa edellytetään, että kaikilla potilailla tulee olla hoitosuunnitelma. Laatusuosituksissa painotetaan, että hoitosuunnitelma tulee kirjata potilasasiakirjoihin siten, että se löytyy helposti. Potilas ja hänen lähiverkostonsa osallistuu hoidon suunnitteluun ja arviointiin koko hoitoprosessin ajan, ja hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa hoidon aikana tilanteen kannalta sopivin määräväleihin, vähintään kuitenkin puolen vuoden välein. Hoitovastuu ja vastuun siirtyminen hoitomuodon ja/tai hoitopaikan vaihtuessa sovitaan selvästi kaikkien osapuolten kesken. Suunnitelma tarkistetaan ja se kulkee potilaan mukana hoidon siirtyessä paikasta toiseen. Laatusuosituksen toteutumisen indikaattorina on mm. potilaan tietoisuus hoitosuunnitelman sisällöstä sekä hoitosuunnitelman päivittäminen määräajoin ja hoitojakson päättyessä. Päihdepalvelujen laatusuosituksessa korostetaan myös hoitosuunnitelman merkitystä. Laatusuosituksen mukaan hoidossa noudatetaan asiakkaan hoidon tarpeen arvion pohjalta laadittua, tarpeen mukaan päivitettyä kirjallista kuntoutussuunnitelmaa, jonka laadintaan asiakas on itse osallistunut. Laatusuosituksessa korostetaan myös sitä, että asiakkaalle tulee antaa selkeä kuva hoidon sisällöstä ja kulusta. Asiakkaan kanssa laadittua

hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja tarkistetaan tarvittaessa hoitajakson kuluessa ja sen päättyessä sekä sovitaan tarkoituksenmukaisista jatkohoito- ja tukitoimista. (Oulun kaupunki 2008.)

Hoitosuunnitelmassa tulee näkyä potilaan lähihistoria ja nykytilanne, voimavarat, hoidon tarve (ongelmat), hoidon tavoite, hoidon keinot, suunnitelma ja arviointi. Nykytilanteessa kuvataan lyhyesti mitä on tapahtunut ennen hoitoon tuloa ja millainen potilaan vointi on nyt. Potilaan voimavaroissa kuvataan potilaan psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset voimavarat: mikä on potilaan sosiaalinen tilanne ja millaista sosiaalista tukea hänellä on, mitkä asiat potilaalla onnistuvat, mistä asioista potilas saa iloa ja tyytyväisyyttä. Hoidon tarpeeseen kirjataan potilaan ongelmat; esim. psyykkisen sairauden oireet, toimintakyvyn puutteet, vieroitusoireet ym. Tavoitteisiin kirjataan mitkä ovat lyhyen ja pitkänajan tavoitteet. Hoidon keinoihin kirjataan hoidon sisältö, esim. omahoitajakeskustelut, lääkitys, ryhmähoito ja perushoito. Suunnitelmaan kirjataan hoidon järjestäminen ja arvio siitä, milloin hoitosuunnitelmaa tarkastetaan uudelleen. Hoitosuunnitelman tarkistamisväli vaihtelee paljon potilaan voinnin ja hoidon tilanteesta riippuen. Arvioon kirjataan potilaan vointi sillä hetkellä, mahdolliset muutokset hoidon sisältöön ja tavoitteisiin ja sovitaan seuraava hoitosuunnitelman tarkastusajankohta. (Oulun kaupunki 2008.)



Kuva 1. Yhteenveto psykiatrisen potilaan hoitoprosessista (Kanerva ym. 2010, 183 - 186.)



## 2.6 Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu RAI – arviointijärjestelmän avulla

RAI lyhenne koostuu sanoista resident (asukkaan/asiakkaan), assessment (arviointi) instrument (väline). RAI on hoidon ja palveluiden parantamisjärjestelmä monentyyppisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa. Se koostuu kolmesta osatekijästä: kysymyslomakkeesta, hoitosuunnitelman apuvälinelistasta (CAPs) ja käsikirjasta. RAI sisältää sopivia mittareita asiakaspohjaisen hoidon suunnitteluun, johtamiseen ja kuntatason päätöksentekoon. Ohjelma on kehitetty alkujaan vanhusten hoidonseurantajärjestelmäksi. Mielenterveyshoidon RAI - järjestelmää on ollut kehittämässä kansainvälinen tutkijaorganisaatio, joka omistaa interRAI- järjestelmän oikeudet. Se on tutkijaorganisaatio, joka ei tavoittele voittoa. Mielenterveyshoidon RAI – järjestelmä on kehitetty tukemaan mielenterveysasiakkaan hoidon suunnittelua sekä arvioimaan asiakkaan saamaa hoitoa. Järjestelmällä voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti mielenterveysasiakkaan tarpeita ja voimavaroja sekä suoriutumista ja toimintakykyä. Järjestelmän avulla saatuja tietoja voidaan käyttää päätöksenteon tukena eri organisaatiotasolla. Saman järjestelmän käyttö laajalla maantieteellisellä alueella mahdollistaa arvioinnin, suunnittelun ja seurannan yhtenäisesti ja vertailukelpoisesti. Suomessa ovat käytössä seuraavat RAI -mielenterveyshoidon järjestelmät:

- InterRAI ESP (Emergency Screener for Psychiatry). Psykiatrisen akuuttitilanteen RAI.
- InterRAI MH (Mental Health (MH) for In-Patient Psychiatry). Psykiatrisen sairaalahoidon RAI.
- InterRAI CMH (Community Mental Health). Psykiatrisen avohoidon RAI.

RAI on myös kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmän tietopohja koostuu palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä kerätyistä standardoidusta tiedosta. Standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu lukuisissa maissa validoituihin kysymyslomakkeisiin, joiden avulla arvioidaan iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden sekä psykiatristen potilaiden palvelutarve. Ydinkysymykset ovat samat kaikissa RAI- instrumenteissa, mutta jokaisesta eri palvelutyyppin mukaisesta RAI - instrumentista löytyy omia kysymyksiä, jotka ovat tärkeitä. RAI- järjestelmään kuuluu kysymyslomakkeiden lisäksi niiden sisältöä täsmentäviä käsikirjoja sekä apuvälineitä yksilöllisen hoito – ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Tiedonkeruu

on tietokoneistettu, joten järjestelmään sisältyvät mittarit ovat välittömästi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laativien ammattilaisten käytettävissä. (Finne-Soveri ym. 2006, 24 - 25; Oy RAIsoft Ltd. 2013a-b;THL. 2013a.)

RAI - järjestelmän yleisimmät mittarit on rakennettu useista samaa osa-aluetta mittaavista kysymyksistä tai yhdistelmäksi usean alueen kysymyksistä. Mittarit kuvaavat asiakkaiden tarpeita sekä asiakasrakennetta. Mittareiden tärkeimmät ominaisuudet antavat tietoa arjesta suoriutumisesta, psyykkisestä ja kognitiivisesta voinnista, sosiaalisesta toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä terveydentilasta, ravitsemuksesta ja kivusta. Mittarit soveltuvat palvelutarpeen arviointiin ja muutosherkät mittarit valitaan seurantaan. Organisaatioiden vertailussa ja kehittämisessä sekä kuntasuunnittelussa voidaan hyödyntää karkeampaa mittaritietoa. (THL 2013 g.) Hoidon asianmukainen laatu syntyy prosessina ja asiakkaan tarpeisiin vastataan hyödyntäen hänen jäljellä olevia voimavarojaan käyttäen hyväksi alan parhainta tietoa ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. RAI- järjestelmästä saatavan tiedon avulla hoidon laadun ajatellaan kohenevan siten, että asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon eikä energiaa tuhjata tuloksettomaan toimintaan ja että organisaatiossa tehtävät päätökset voidaan perustaa suoraan asiakkaan tarpeisiin. (Noro ym. 2005, 22 - 23.) RAI - järjestelmä on merkittävin tieteellisesti perusteltu mittaristo. Sillä voidaan mitata henkilöstövoimavaroja sitovissa toiminnoissa, kuten mm. vanhustenhuollossa ja psykiatrisessa hoidossa, tietoa hoitosuunnitelmaa varten sekä hoitoisuustietoja yksilö-, yksikkö ja laitostasolla. (Puotiniemi ym. 2011, 81.)

RAI - arviointi perustuu useasta lähteestä kerättävään tietoon. Ensisijaisesti arvio pohjautuu henkilön kliiniseen havainnointiin ja haastatteluun. Lisäksi voidaan keskustella perheenjäsenten kanssa ja saada sitä kautta arvokasta tietoa henkilön tilanteesta. Arvion tekeminen tukeutuu myös potilasasiakirjoihin tutustumiseen. (© interRAI 2006 ESP; © interRAI 2003-2006.) THL:n mukaan RAI - arviointi on vuorovaikutuksellinen prosessi asiakkaan, omahoitajan, omaisten/läheisten, lääkärin ja muiden erityistyöntekijöiden välillä. Hoitoprosessi tulee suunnitella asiakkaan näkökulmasta. Omahoitaja pystyy hyödyntämään RAI - arvioinnista saatavaa tietoa henkilön yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Lääkärit ja erityistyöntekijät voivat osallistua RAI - arviointiin oman ammattiosaamisensa näkökulmasta. RAI - arvioinnista saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo hoidon ja palvelujen tarpeesta sekä luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille. (THL. 2013b.) RAI - järjestelmän on todettu lisäävän hoito- ja palvelusuunnitelmien kokonaisvaltaisuutta ja asianmukaisuutta eri puolilla maailmaa. (Finne - Soveri 2006, 27.)

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
RAI - mittarit → henkilön suoriutumisen taso	Mittiarvon perusteella asetetaan hoidon tavoite	Määritellään keinot yhdessä henkilön kanssa miten asetetut tavoitteet saavutetaan
<b>CAPs (Clinical assessment Protocols)</b> → riskitekijät → voimavarat	Riskin/ongelman poistuminen Voimavarojen vahvistaminen	

Kuva 2. Hoitoprosessi RAI - arvioinnin pohjalta. ( THL 2013.)

### 2.6.1 RAI- toimintamalli

RAI - toimintamallin keskeisiä elementtejä ovat asiakaslähtöisyys, hoidon perustuminen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnittelun tavoitteellisuus, kuntoutumista edistävä toiminta sekä hoidon tulosten systemaattinen arviointi. RAI - toimintamallin perustana on se, että ihminen nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun aktiivisesti osallistuvana henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja jota arvostetaan tasavertaisena ihmisenä. (Vähäkangas ym. 2012, 24.) RAI - järjestelmän käyttöönotto vaatii perehtymistä arvioinnin tekemiseen, atk-ohjelmiston käyttöön sekä siihen, miten tietoja hyödynnetään hoitotyössä. Koulutus lähtee käytännön hoitamisesta ja hoidettavien toimintakyvyn arvioinnista. Usein järjestelmän käyttöönoton haasteena ei ole ollut itse järjestelmän oppiminen vaan asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen hoitosuunnitelman rakentaminen. (Noro 2005, 35 - 37.) Työntekijällä on vastuu oppimisesta sekä osaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Työnantajan vastuulla on luoda mahdollisuudet ammatillisen osaamisen ylläpitämiselle.

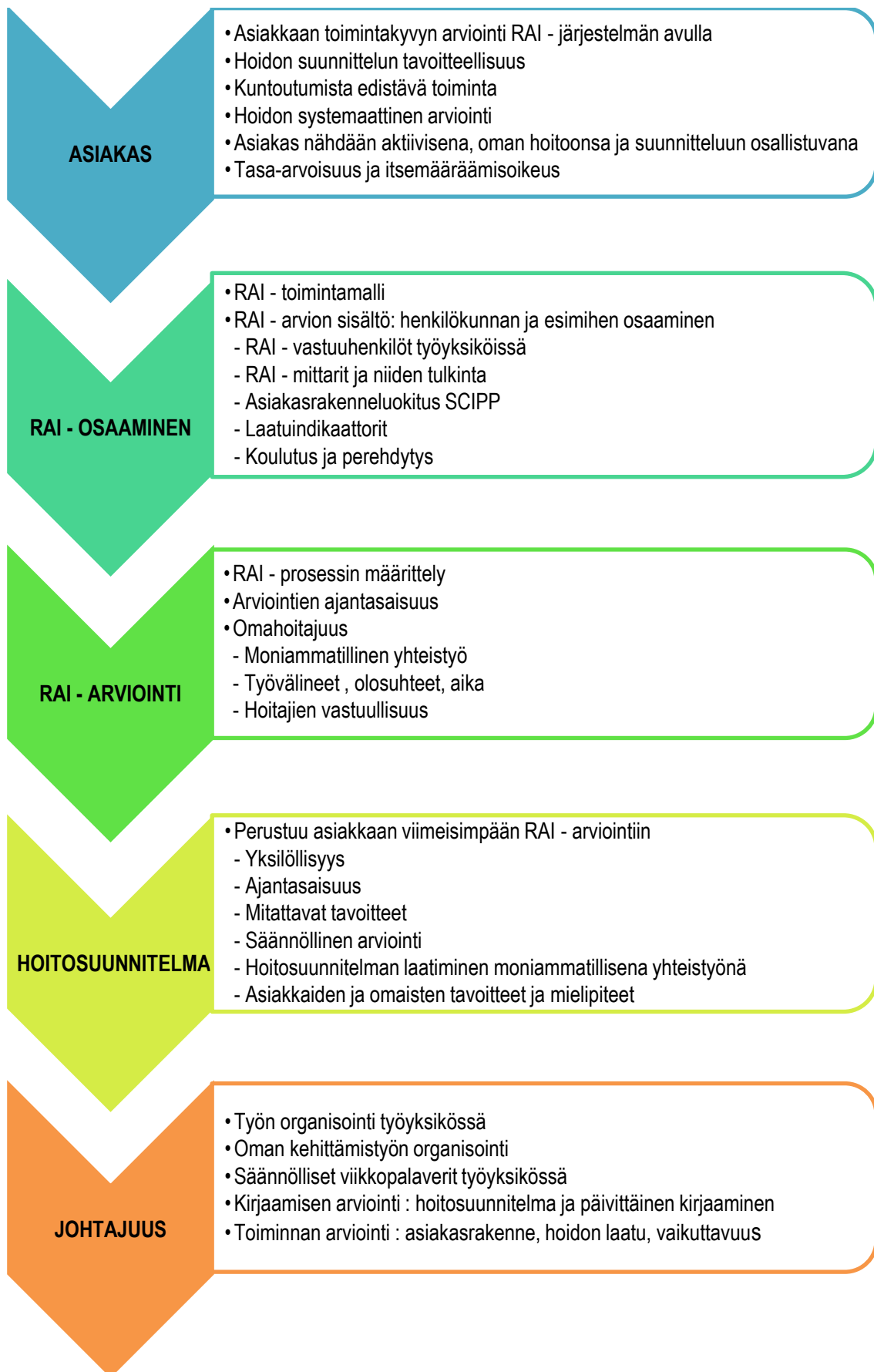
Organisaation ottaessa käyttöön RAI - arviointijärjestelmä, on tärkeää, että yksiköiden esimiehet ja ylempi johto ovat sitoutuneet siihen, jotta myös työntekijät sitoutuvat käyttämään RAI - järjestelmää työvälineenä. RAI:n käyttöönottoprosessi kestää noin 2 - 3 vuotta. Johdon ja lähiesimiesten tulee saada koulutuksen kautta riittävästi tietoa RAI - järjestelmästä, jotta he voivat tukea työntekijöitään käyttöönottoprosessissa, varsinaisessa käytössä ja RAI:sta saatavien tulosten hyödyntämisessä. Lisäksi käyttöönottoprosessin yhteydessä on tärkeää nimetä RAI - vastuuhenkilöt yksiköittäin. (Puotiniemi ym. 2011, 82 – 83.) Ylemmän johdon sitoutuminen RAI -

toiminnan pitkäjänteiseen kehittämiseen ja RAI - tiedon hyödyntämiseen on myös tärkeää. Johdon tehtävänä on asettaa tavoitteet, todeta toteutuneet tulokset ja vertailla niitä. (THL 2013 i.)

Lähiesimiehen keskeisenä tehtävänä on johtaa RAI:n käyttöönottoa ja juurruttaa RAI osaksi hoidonsuunnitteluprosessia yksikössään. Hänen tehtävänä on myös RAI - tiedon hyödyntäminen johtamisessa organisaation strategian mukaisesti. Onnistuakseen tässä hänen täytyy hallita RAI - toimintamalli ja sen perusideologia kokonaisuudessaan ja sisällyttää se työväliseen osaksi yksikön toimintaa. Toimintamallin toteutuminen edellyttää vahvaa asiantuntijuutta sekä esimieheltä että hoitajilta. (Vähäkangas ym. 2012, 24.)

Lähiesimies on työyksikössä RAI - osaamisen varmistaja. Hänen tehtävänä on käytännön toiminnan organisointi ja toimintakäytäntöjen kehittäminen yhdessä henkilökunnan kanssa sekä toiminnan tulosten seuranta ja arviointi. Lähiesimiehen tulee tunnistaa hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja kirjaamiseen liittyvät käytännöt sekä turvata ja mahdollistaa toiminnallaan, että RAI - arvioinnista saatava tieto on luotettavaa. RAI - arvioinnin tiedon oikeellisuus voidaan varmistaa siten, että työntekijöillä on riittävä koulutus arvion tekemiseen ja että hän ymmärtää miten RAI - arviota käytetään ja hyödynnetään asiakkaan hoitoprosessissa. Tavoitteena on, että hoitaja osaa RAI - mittaritiedon ja CAPs - luettelon avulla määrittää potilaan suoriutumisen tason, riskitekijät, ongelmat ja voimavarat. Hoitaja osaa asettaa RAI - arviointitiedon perusteella hoidon tavoitteet ja määrittää hoitotyön keinot yhdessä potilaan kanssa. (THL 2013 e - f.)

Hoitaja käyttää hyväksi moniammatillisen tiimin tietoa hoitosuunnitelman laatimisessa. Tavoitteena on potilaan voimavarojen vahvistuminen ja riskien tai ongelmien poistuminen. Arviointeja tehtäessä hyödynnetään käsikirjaa, jotta kaikki arviointeja tekevät ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Työyksikössä käydään läpi säännöllisesti yhdessä RAI - arvioinneista saatua tietoa ja hyödynnetään hoitotiimin jäsenten ammatillista osaamista yhdessä. Lähiesimiehen on organisoitava työ siten, että RAI - arvioinnin tekoon on riittävästi aikaa. Lisäksi lähiesimiehen tehtävänä on tunnistaa hoitajan RAI - osaamisen taso ja tukea sen kehittymistä. Esimies voi arvioida osaamisen tasoa seuraamalla hoitajan kirjaamia asiakkasta. Perehdytys RAI - arvion tekemiseen täytyy olla mahdollinen kaikille, myös uusille työntekijöille. RAI - arviointien käytön ollessa osa työyksikön toimintaa asiakkaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa, lähiesimiehen tehtävänä on hyödyntää RAI - palauteraporteista saatavaa tietoa ja sen avulla suunnitella, seurata ja arvioida yksikön toimintaa. (THL 2013 e - f.)



Kuva 3. RAI - arvioinnin luotettavuus ja sen varmistaminen mukailten THL:n RAI - toimintaprosessia (THL 2013 e.)

## 2.6.2 RAI - järjestelmät psykiatrisessa laitoshoidossa

### InterRAI ESP

InterRAI ESP (Emergency Screener for Psychiatry) arviointityökalu on suunniteltu psykiatrisen hoitotyön ammattihenkilöiden käyttöön ja on psykiatrisen *akuuttitilanteen arviointiin* vakioitu työväline. Työkalun avulla voidaan arvioida psykiatrisessa akuutti- tai kriisitilanteessa olevien henkilöiden *tarpeita, vahvuuksia ja voimavaroja*. Arviointi antaa tietoa psyykkisestä terveydestä ja siitä, onko potilas vaarassa itselle tai muille sekä hänen kyvystään huolehtia itsestään. Arvioinnin perusteella saadaan yksilöllistä tietoa myös potilaan toimintakyvyn keskeisistä alueista ja sosiaalisesta tuesta. Arvioinnin perusteella voidaan tehdä oikeita, asianmukaisia hoitopäätöksiä ja ohjata potilaat hoitoon oikeaan hoitopaikkaan. Arviointi ei välttämättä sisällä kaikkea hoitosuunnitelman laatimisessa tarvittavaa tietoa. Arviointi tulee tehdä 24 tunnin kuluessa potilaan tulosta sairaalaan. InterRAI ESP:iin kuuluu arviointilomake ja jokaista osiota koskeva ohjeistus. Arvioinnin tuloksena ohjelmisto tuottaa potilaan vointia ja toimintakykyä kuvaavia mittareita. Ohjelmistosta on henkilötasolla tulostettavissa sekä valmiiksi määritellyjä raportteja että käyttäjän itse luomia raportteja (dynaaminen raportointi). Lisäksi ohjelmistoon sisältyy arviointien vertailutoiminto, jossa verrataan kahden tai useamman arvioinnin tuloksia toisiinsa.

(© interRAI 2006; ©InterRAI TM 2013.)

### InterRAI MH

InterRAI -mielenterveyshoito (Mental Health) - arviointityökalu on suunniteltu psykiatrisen hoitotyön ammattihenkilöiden käyttöön ja sen avulla voidaan arvioida psykiatrisessa *sairaalahoidossa pidempään olevien* potilaiden tarpeita, voimavaroja ja heidän hoitoa koskevia valintojaan. Ohjelmiston avulla tehdään sairaalahoidossa olevalle potilaalle laaja-alainen arviointi, jonka avulla psykiatrisen hoitotyön ammattilainen voi arvioida potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, somaattista ja psyykkistä terveyttä sekä saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja palvelujen käyttöä. Kaikkiin äkillisiin somaattisiin sairauksiin tulee kiinnittää huomiota ja ohjata henkilö tarvittavaan asianmukaiseen hoitoon. Psykiatrian normaalin toimintakäytännön mukaisesti *kaikki tilanteet, joissa havaitaan itseen tai muihin kohdistuvan vaaran tai vahingon uhka, edellyttävät välittömiä toimenpiteitä*. Päämääränä on käyttää arviosta saatavaa tietoa potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistamisessa, hoitotoimenpiteiden suunnittelussa ja asianmukaisten hoitotoimien toteuttamisessa. Arviointi ei välttämättä sisällä kaikkea hoitosuunnitelman laatimisessa tarvittavaa tietoa. Arviointi tehdään silloin, kun tiedetään, että sairaalahoidosta muodostuu pitempi. Arviointi

on tehtävä vähintään 3 vuorokauden sisällä hoitoon ottamisesta. InterRAI MH:oon kuuluu arviointilomake, jokaista osiota koskeva ohjeistus sekä sarja hoidon suunnittelussa auttavia CAPsejä (Client Assessment Protocols) eli muistilistan tapaan käytettäviä hoitosuunnitelman apuvälineitä. Arvioinnin tuloksena ohjelmisto tuottaa muistilistan tapaan käytettävän CAPs-luettelon sekä useita henkilön vointia ja toimintakykyä kuvaavia mittareita. Ohjelmistosta on henkilötasolla tulostettavissa sekä valmiiksi määriteltyjä raportteja että käyttäjän itse luomia raportteja (dynaaminen raportointi). Lisäksi ohjelmistoon sisältyy arviointien vertailutoiminto, jossa verrataan kahden tai useamman arvioinnin tuloksia toisiinsa. (©interRAI 2003-2006; Oy RAISoft Ltd. 2013b.)

Inter RAI ESP:ssa ja Inter RAI MH:ssa psykiatrisen hoitotyön ammattilaisen tavoitteena on tehdä potilaalle laaja-alainen arviointi siten, että hän tunnistaa sellaiset potilaan psykiatriset, toiminnalliset ja sosiaaliset kysymykset, jotka ovat ajankohtaisia ongelmia tai ovat kehittymässä potilaalle merkittäviksi. Tärkeää on tunnistaa myös potilaan vahvuudet ja voimavarat. Arviointi edellyttää potilaan havainnointia, suoraa kyselyä henkilöltä ja hänen läheiseltään, kommunikointia hoitotiimin muiden jäsenten kanssa sekä potilasasiakirjoihin tutustumista. Milloin mahdollista, henkilö itse on informaation ensisijainen lähde ja arvioijan tulee pyrkiä keskustelemaan kahden kesken jokaisen tietoa antavan henkilön kanssa. Potilaalle tulee perustella, että arvion tekeminen yhdessä on osa hoitoa ja hoidon suunnittelua. Arvioijan tulee ammattitaidon avulla päätellä ja analysoida haastateltavalta potilaalta ja omaiselta saatavaa tietoa ja arvioida tiedon luotettavuus. (© interRAI 2003-2006; © interRAI 2006.)

Inter RAI ESP ja InterRAI MH - arviointien osa alueita käytetään apuna kliinistä arviointia tehtäessä. Arvioinnin apuna toimii käsikirja. RAI - käsikirja, on integroitu ohjelmistoon siten, että se avautuu automaattisesti vastattavan kysymyksen kohdalta. Saman näkymän kautta päästään käsiksi myös arvioinnin tuloksiin, eli mittareihin ja CAPsluetteloon. Kysymysten osiot ovat tiettyssä järjestyksessä, jonka mukaan arvioinnissa voidaan edetä sujuvasti. Tätä järjestystä ei ole kuitenkaan pakko seurata, vaan osiot voidaan käydä läpi siinä järjestyksessä, joka parhaiten sopii kulloinkin potilaan arviointiin. InterRAI ESP ja InterRAI MH on suunniteltu yhteensopivaksi muiden kansainvälisessä käytössä olevien psykiatriseen hoitoon, psykiatriseen avohoitoon, pitkäaikaishoitoon, palliatiiviseen hoitoon, akuuttihoitoon ja akuuttijälkeiseen hoitoon tarkoitettujen interRAI-instrumenttien kanssa. Arviointi-instrumenttien yhteensopivuus parantaa hoidon jatkuvuutta turvaamalla saumattoman arvioinnin yksiköstä toiseen siirryttäessä samalla, kun se edistää henkilö/yksilökeskeistä hoito-otetta. (© interRAI 2003-2006; © interRAI 2006. )

RAI-arvioinneissa voidaan käyttää vertailutoimintoa, jossa verrataan kahden tai useamman arvioinnin tuloksia (mittareita) toisiinsa. Näin voidaan arvioida potilaan hoidon tuloksellisuutta. Mittarivertailu esitetään graafisesti havainnollisena pylväskaaviona. Yhteenvedon lisäksi mittareita voi vertailla yksitellen ja yksityiskohtaisesti, tarkkaillen mitkä kohdat arvioinnissa ovat aiheuttaneet mittariarvojen mahdolliset muutokset. Laitos-/osastotason raportit kokoavat yhteen tietoja arvioinneista saatavista mittaritiedoista (keskiarvot ja jakaumat). (Oy RAIssoft Ltd. 2013b.)

## **2.7 Psykiatrisen potilaan hoitoon liittyvät ajankohtaiset lait, suositukset ja strategiat**

Psykiatrista hoitoa ohjaa *mielenterveyslaki 1990/1116*. Laki turvaa psykiatrisen potilaan oikeudet hoidon saamisessa ja hoidon sisältöön liittyvät asianmukainen kohtelun. Laki velvoittaa, että psykiatrisen hoitojärjestelmää kehitetään alueellisesti ja avohoitoa korostetaan sekä kehitetään ensisijaisena hoitojärjestelmänä. Laki velvoittaa kuntia järjestämään asianmukaiset mielenterveyspalvelut ja potilaan pääsyn tarvittaessa sairaalahoitoon niin tilanteen vaatiessa. Lisäksi potilaan oikeuteen liittyviä lakeja ovat mm. *Suomen perustuslaki (731/1999)*, *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)*, *Kansanterveyslaki (66/1972)*, *Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989)* ja *Potilasvahinkolaki (585/1986)* ja *Terveysturvallisuuslaki (1326/2010)*, jonka keskeisiä painotuksia ovat asiakaslähtöisyys, palvelujen ja hoidon laatu, potilasturvallisuus, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden välinen yhteistyö, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Terveysturvallisuuslain mukaan terveydenhuollossa tehtävä mielenterveys- ja päihdetyö on suunniteltava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Finlex® 2013 a,b,d; Valvira 2012, 11.)

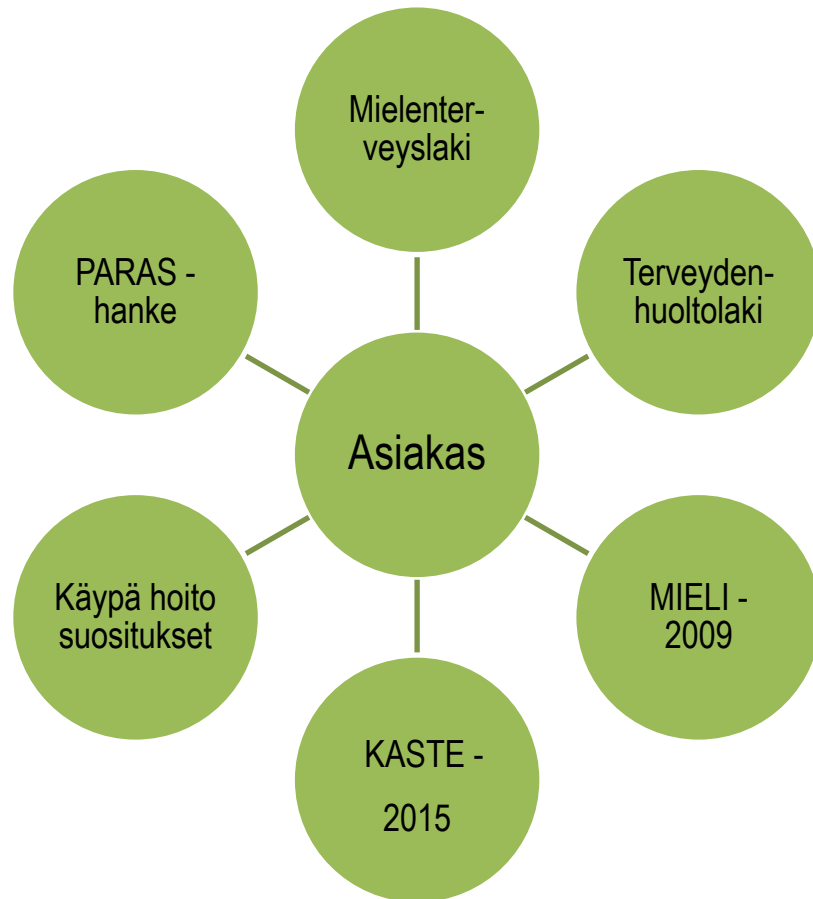
Mielenterveystyötä ja psykiatrista hoitoa ohjaavat myös erilaiset valtakunnalliset suunnitelmat ja suositukset sekä strategiat. Suunnitelmia ovat mm. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012 - 2015, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, (Mieli 2009), Paras-hanke, joka on tarkoitettu kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseen. Sen tavoitteena varmistaa laadukkaiden palvelujen saatavuus koko maassa. Lisäksi hoitoa ohjaavat näyttöön perustuvat Käypä-hoito-suositukset, joiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihteluita sekä varmistaa hoidon oikeudenmukaisuus. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Psykiatrian erikoisalalle on laadittu suosituksia mm.



depression, epävakaan persoonallisuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, lasten ja nuorten syömishäiriöiden, liikunnan, skitsofrenian ja unettomuuden hoitoon. (Käypä hoito. 2013; STM. 2001c; STM. 2009a; STM. 2012a; Valtionvarainministeriö 2013.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on linjattu, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asemaa vahvistetaan. Palveluihin pääsy on tasavertaista ja ongelmiin paneudutaan samalla tavalla kuin muihinkin terveysongelmiin. Ihmisillä tulee olla oikeus tiedonsaantiin, itsemääräämisoikeus ja oikeus valinnanvapauteen ja vaihtoehtoihin. Kuntien velvollisuutena on huolehtia, että palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti ja koordinoita julkiset, kolmannen sektorin sekä yksityissektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Lisäksi suunnitelmassa pidetään tärkeänä ennaltaehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä ja kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Sairaalahoittoa tulee järjestää silloin, kun avohoidon toimet eivät riitä ja sairaalahoidon on tarpeenmukaista. Jokaiselle potilaalle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota tarkastetaan ja päivitetään yhdessä potilaan kanssa. (STM 2009a.)

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystalouden palvelutuotannon laadunhallinnan kehittäminen perustuu kaupungin arvoihin ja strategiaan sekä voimassa oleviin valtakunnallisiin kehittämissuunnitelmiin. Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön toiminta-ajatuksena on tuottaa monipuolisia ja asiakkaiden tarpeenmukaisia palveluita. Palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaiden itsenäistä elämää. Asiakkaiden palveluissa on pyritty ottamaan huomioon valtakunnalliset käypähoitosuosituksot sekä laatuksriterit. Kehittämisen painopistealueina on mm. avohoitopainotteisuuden lisääminen sekä hoidon tarpeen arvioon perustuva ja oikea-aikaisesti kohdennettu hoito. Kehittämisessä ja toiminnassa on otettu huomioon mm. kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli) kehittämissen linjauksot vuoteen 2015, uuden terveydenhuoltolain velvoitteet, kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma (Kaste), käypähoitosuosituksot sekä mielenterveyspalveluiden laatusuositus.



Kuva 4. Tärkeimmät mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun liittyvät lait, suositukset ja strategiat

## 2.8 RAI – arviointijärjestelmään liittyvä tutkimustyö

RAI – arviointijärjestelmään liittyä tutkimuksia psykiatrisen potilaan hoidossa on tehty vielä vähän, koska RAI – järjestelmä on otettu käyttöön Suomessa vuonna 2005. RAI – järjestelmään liittyviä tutkimuksia on tehty vanhusten hoidonseurantaan liittyvistä aiheista enemmän.

Taulukko 1. Esimerkkejä RAI – arviointijärjestelmään liittyvistä tutkimuksista

A. Noro, H., Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas. (toim.) 2005	Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.
Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas., A. Noro, H. (toim.) 2006	Kotihoidon asiakasrakenne ja laatu – RAI – järjestelmä vertailukehittämisessä.
Vähäkangas P. 2010.	Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja.
Sendenali T. Oulun seudun	Ikäntyneen ihmisen yksinäisyys ja

ammattikorkeakoulu, YAMK, 2011	korttelikerhotoiminta kotihoidossa. Opinnäytetyö.
Hakala P. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, YAMK, 2010	RAI – järjestelmä osana psykiatrisen potilaan kokonaishoitoa. Opinnäytetyö.

Hakala (2010) on tehnyt työelämälähtöisen kehittämistyön aiheesta RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan kokonaishoitoa. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä RAI – arviointijärjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelusta. Oma aiheeni kehittämisessä on samansuuntainen kuin Hakalan. Hakala (2010) oli tutkinut aihetta omassa työyksikössään toimintatutkimuksena. Tutkimustulokset osoittivat, että RAI - järjestelmä koetaan konkreettiseksi apuvälineeksi, jonka avulla saadaan uutta näkökulmaa hoidon suunnitteluun. RAI - järjestelmä jäsentää, täydentää ja yhdenmukaistaa hoidon suunnittelua.

### 3 Tutkimuksellisen kehittämistehtävän prosessi

#### 3.1 Kehittämistehtävän tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kuvata hoitajien ja esimiesten kokemuksia RAI – arviointijärjestelmään liittyvistä teemoista potilaan hoidossa, RAI - arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja käytöstä potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa.

Tutkimuksen tulosten perusteella on tavoitteena kehittää psykiatrisen potilaan hoitoa ja kuntoutusta siten, että RAI – arvio olisi käytössä systemaattisesti psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa siten, että potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen on osallistavaa ja kokonaisvaltaisempaa. Tavoitteena on myös, että RAI - arvioinnin pohjalta systemaattisemmin hoitosuunnitelmaan kirjattua tietoa hyödynnetään potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyön välineenä. RAI - arviointijärjestelmän avulla kehitetään samalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin osallistuvien asiantuntijuutta.

Kehittämistyöni lähtökohtana on ollut myös oma kiinnostukseni aihetta kohtaan ja psykiatrisen potilaiden palveluprosessien laadun parantaminen. RAI – arviointijärjestelmän käyttöönotto psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa on Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluissa ollut vuosia kestävä prosessi ja kehittämistyössä arvioidaan, miten käyttöönotto on onnistunut. RAI – arviointijärjestelmän käyttöä psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa on tutkittu Suomessa vielä vähän. Tutkimukset ovat painottuneet vanhusten hoitotyöhön, jossa RAI – järjestelmä on jo vakiintunut hoidonseurantajärjestelmäksi. Lisäksi kehittämistyön tehtävänä on palvella tekijän omaa ammatillista kasvua psykiatrisen hoitotyön asiantuntijuuden kehittäjänä johtamisen näkökulmasta.

Kehittämistehtävän tutkimuskysymykset olivat:

Miten RAI - arvioinnin periaatteet osataan?

Miten RAI - arviointi yhdessä potilaan kanssa toteutuu?

Miten RAI -arvioinnin tuloksia hyödynnetään potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa?

Miten RAI - arviointijärjestelmän käyttöä voidaan kehittää potilaan hoidon suunnittelussa?

Miten RAI toimintamallin käyttöönoton hallinnointi on onnistunut?

## **3.2 Kehittämistehtävän menetelmälliset ratkaisut**

### **3.2.1 Toimintatutkimus**

Valitsin toteutustavaksi toimintatutkimuksen, koska sitä voidaan soveltaa hyvin kehittämisen välineenä. Tutkimusmenetelmänä sitä käytetään yleisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä. Toimintatutkimuksella tarkoitetaan todellisessa (käytännön) elämässä esiintyvän ongelman tai muutoksen tutkimista. Sen avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä. Toimintatutkimuksella myös pyritään saavuttamaan uutta tietoa ja sen kautta muuttamaan käytäntöjä entistä paremmiksi. Se on yleensä ajallisesti rajattu sosiaalinen prosessi, jossa tutkijan tehtävä on käynnistää muutos ja rohkaista ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta muutos parempaan olisi mahdollinen. Toimintatutkimus voi olla osallistavaa, mikä tarkoittaa, että tutkittavat ovat mukana tutkimusprosessissa. Näin koko työyhteisö voi osallistua ongelman ratkaisemiseen. Tällöin kehittäminen ei jää irralliseksi osaksi yksikön tai organisaation toimintaa, vaan se juurrutetaan osaksi toimintatapaa. Siinä on kyse yleensä muutosprosessista, jonka vuoksi kaikkien toimijaosapuolien sitoutuminen kehitettävään asiaan on tärkeää. (Heikkinen 2006, 16 - 27, 32 - 33; Kuula 1999, 10 -11; Kuusela 2005, 16 -18,32)

Toimintatutkimus poikkeaa normaalista tutkimusprosessista rakenteensa mukaan. Toimintatutkimuksessa kehittäminen tapahtuu syklisessä prosessissa. Sykliin vaiheet ovat suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektointi. Toimintatutkimuksen syklejä nimitetään konstruoivaksi ja rekonstruoivaksi vaiheeksi. Konstruoivassa toiminnassa nähdään tulevaisuus ja rakennetaan uutta, kun taas rekonstruoivassa vaiheessa painopiste on toiminnan havainnoinnissa ja arvioinnissa. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78–80.) Syklin eri vaiheet vuorottelevat kehämäisesti, ja syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin. Spiraalissa

toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleensuunnittelun kehänä. Käytännössä suunnittelu, toiminta ja arviointi menevät limittäin, eikä niitä voida erottaa toisistaan. Syklien määrä ei ole toimintatutkimuksen mielekäs arviointikriteeri vaan toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja kehittäminen voivat sisältyä yhteenkin sykliin. Tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen sekä tutkijan tutkiva ote työhön. (Heikkinen 2006, 30 – 36; Heikkinen & Rovio 2007, 80 - 82.)

Toimintatutkimus tähtää reflektiivisyyteen, jossa pohditaan totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteita. Työyhteisössä voidaan työtapoja ja käytäntöjä tarkastella uudessa valossa ja omaksua uusia tapoja ajatella, keskustella ja kehittää toimintaa. Työyhteisössä saadaan esille myös ns. hiljainen tieto, kun asioista keskustellaan yhdessä. Osallistujien odotetaan esittävän ideoita kaikkien yhdessä pohdittavaksi. Samalla on pyrittävä yhteisesti sovittuihin toimintoihin sekä niiden jatkuvaan arvioimiseen. Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähittäin. Toimintatutkimuksessa pohditaan, miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ollaan menossa. Sosiaalinen toiminnallisuus on prosessinomaista ja sitä luonnehtii jatkuva muutos. Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa voi olla moninainen. Jos tavoitteena kehittämistyössä on uudenlaisen tietoon perustuvan toiminnan oppimisen kehittäminen, tutkijan on tunnettava työyhteisön työssä käyttämä tietoperusta. Tutkija voi olla tällöin myös työyhteisön tasavertainen jäsen ja samalla kehittää omaa työtään. ( Heikkinen 2006, 30 - 36.)

Tutkimuksen tiedonkeruun menetelmiä toimintatutkimuksessa ovat osallistuva havainnointi ja haastattelu sekä muun toiminnan aikana tuotettu kirjallinen materiaali, kuten kokousmuistiot. Toimintatutkimuksen syklien sisällä voidaan suorittaa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusta ja molempia voidaan hyödyntää kehitettäessä uutta toimintaa. Useimmin toimintatutkimuksessa käytetään laadullisia menetelmiä, mutta määrällisten menetelmien käyttäminen ei ole poissuljettua. Haastattelu antaa mahdollisuuden syventää ja selventää kenttätöiden aikana syntyneitä havaintoja. (Heikkinen 2008, 37,104 – 110.)

Omassa kehittämistyössäni toimintatutkimus alkoi suunnittelulla, jossa hahmottelin tutkimusasetelmaa sekä tehtävää. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu myös arvaamattomuus, minkä takia tutkija ei voi ennakoida kaikkia kehittämisprosessissa esiin tulevia kysymyksiä. Liiallinen kysymystenasettelu voi aiheuttaa sen, että kehitykselle ja tutkimuksen kiinnostavuudelle oleellisia seikkoja voi jäädä huomaamatta. (Heikkinen, 2006, 94 - 96.) Lisäksi

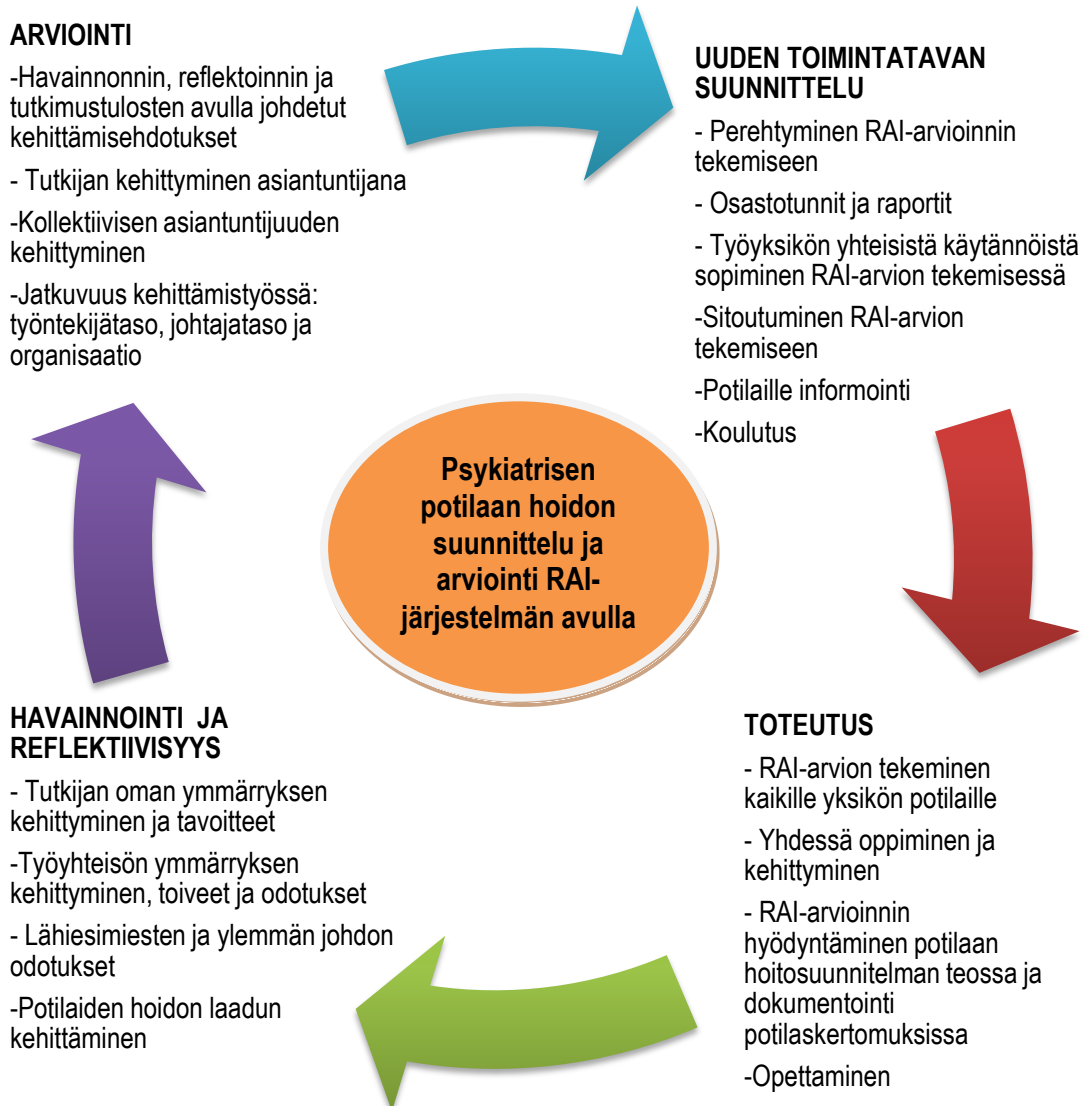
tutustuin kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Näin tutkija saa täsmennettyä näkökulmaansa teoriapohjaan ja keskeisiin käsitteisiin. (Heikkinen, 2006, 96). Tämän jälkeen valitsin aineiston hankkimisen menetelmäksi ZEF – kyselyn, joka soveltuu hyvin laajan aineiston hankintamenetelmäksi.

Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä on mielestäni sovelia, koska koko työyhteisö on kehittämishankkeessa mukana. Se on osallistavaa ja tiedonkeruumenetelmiä on useita. Itse tutkijana olen koko ajan ollut mukana työyhteisössä ja käyttänyt RAI - järjestelmää työvälineenä. Myös Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden palvelupäällikkö ja palveluesimiehet sekä oman yksikön tiimivastaava ovat olleet mukana kehittämishankkeessa. Osastojen palveluesimiehiltä olen saanut apua kehittämistyöhön liittyvässä ZEF - kyselyn koordinoinnissa ja henkilökunnan motivoimisessa kyselyn vastaamiseen. ZEF - kysely suunnattiin mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden hoitajille, ohjaajille ja esimiehille. Kyselyn avulla sain laajempaa tietoa RAI - arvon käytöstä psykiatrisen potilaan hoidossa. Kyselyssä oli sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen elementtejä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön aikana olen kerännyt henkilökunnalta käyttäjäkokemuksia, jotka olen kirjannut ylös päiväkirjaan. Tutkimuspäiväkirjalla tarkoitetaan tutkijan omia muistiinpanoja, joista ilmenevät tutkijan tekemät havainnot, kysymykset, ideat ja mietteet sekä oivallukset. Tutkimuspäiväkirjaan voidaan tehdä suunnitelmia ja niiden muutoksia. Tutkimuspäiväkirja voi olla hyvin vapaamuotoinen ja siihen voi kirjata epävarmuuden aiheita, epäilyjä, pelkoja ja ilonaiheita. (Hirsjärvi ym. 2007, 45.) Päiväkirja-aineistoni sisälsi teoriaa, kysymyksiä, pohdintoja liittyen kehittämistyöhön yleensä, tutkimuksen kyselyn laadintaan, sisällön analyysiin ja tutkimuskysymyksiin. Lisäksi minulla oli muistiinpanoja päiväkirjassa työyksikössä tapahtuneista RAI – interventioista, joita oli osastokokousten yhteydessä koko kehittämisprosessin ajan. Säännölliset osastokokoukset sekä raporttitilanteet ovat olleet hyviä palautteen ja kehittämisen foorumeita. Tutkimuspäiväkirja sisälsi myös monenlaisiin tunteisiin liittyviä merkintöjä. Päiväkirja oli hyvä apuväline, koska sen avulla oli helppo palata kehittämisprosessin alkuun.

Osallistuin toimintatutkimukseen sekä tutkijana että hoitotyön asiantuntijana. Osallistuva havainnointi ja reflektiivisyys osastokokouksissa, raporttitilanteissa ja omassa työssä on tuonut tutkimukselle perustietämyksen aiheen kehittämisestä. ZEF – kysely toi tutkimukseen lisää syvyyttä ja tietämystä. Näiden tutkimukseen liittyvien osien avulla olen pystynyt muodostamaan käsityksen tämänhetkisistä käytännöistä ja osaamisesta RAI – arviointijärjestelmän käytössä

osana potilaan hoitoa ja sen suunnittelua. Tutkimuksen tulosten perusteella ja reflektiivisyyden avulla olen pystynyt muodostamaan tutkimuksen johtopäätökset sekä arvioimaan koko kehittämisprosessia ja tuomaan esille kehittämis ehdotuksia.



Kuva 5. Toimintatutkimuksen syklin neljä eri vaihetta. (Heikkinen 2006, 35.)



### 3.2.2 ZEF – arviointikone

ZEF arviointikoneen avulla voidaan kerätä tietoa halutuilta ryhmiltä tai henkilöiltä. Se analysoi, jäsentää ja muokkaa tiedon helposti ymmärrettävään visuaaliseen muotoon ja hyödyllisiksi raporteiksi. ZEF pystyy seuraamaan kyselyyn osallistumista ja lähettämään tarvittaessa uusintakutsut vastaajille. Vastaukset pysyvät aina anonyymeina ja ainoastaan tieto vastaamisesta tai vastaamatta jättämisestä näkyy seurantalomakkeella. ZEF kyselyssä on mahdollisuus yhdistää määrällisen ja laadullisen tutkimuksen tavoitteita. Sähköisesti toteutettu kysely mahdollistaa avokysymysten tai vapaapalautekysymysten hyödyntämisen, vaikka vastausten määrä olisi suuri. Ne toimivat osana laadullista haastattelua ja keskustelun virikkeenä. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 17 - 30.)

Tämän kehittämistyön liittyvässä ZEF - kyselyssä haettiin sekä numeerista tietoa että kokemukseen liittyvää tietoa sanallisesti vapaapalautteen muodossa. ZEF – kyselylomakkeessa käytettiin monivalinta-, vaihtoehto- ja janakysymyksiä sekä vapaapalautetta, jossa kysymyksen vastaus kirjoitetaan vastausalueella olevaan tekstiilaan. Vaihtoehtokysymyksissä vastaaja valitsee vaihtoehdoista sopivimman. Janakysymyksissä on mahdollisuus käyttää hyödyksi kommentointimahdollisuutta. Tutkijan on työläs käsitellä pelkkiä avokysymyksiä, silloin kun vastaajien määrä on suuri, mutta niiden käyttö strukturoitujen kysymysten yhteydessä antaa vastauksille syvyyttä ja uusia merkityksiä. (Ronkainen & Karjalainen 2008,37; ZEF Arviointikone® 2013.)

#### ZEF kyselyn rakenne ja teemat

Tutkimuslomakkeen suunnittelemisessa on tärkeintä, että sen avulla saadaan tietoa, joka vastaa tutkimusongelmaan. Kyselylomakkeen suunnittelua ohjaa kaksi asiaa: etukäteistieto tutkittavasta ilmiöstä ja se mihin tutkimuksen pitäisi vastata sekä kysyttäväksi muotoileminen. Tutkijan täytyy hahmottaa, millaisia konteksteja tai asiayhteyksiä tutkimuskohteeseen liittyy sekä mitkä ihmisryhmät ja toimijat ovat osa tutkittavaa kohdetta. Edellytyksenä kyselyn laatimisessa on ilmiön operationalisointi eli tutkittavan asian pilkkominen konkreettisiksi, vastattavaksi kysymyksiksi. Tieteellisessä tutkimuksessa kyselyn suunnittelua ja laadintaa ohjaa teoreettinen viitekehys eli aiempaan tutkimukseen perustuva tieto ja käsitteet. Tutkijan on ymmärrettävä mitä

hän haluaa kysyä ja miksi. Tämän avulla tutkittava kohde voidaan pilkkoa osakysymyksiksi tai teemoittaa eli jakaa aihealueiksi. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 31 – 35.)

Tämän tutkimuksen ZEF kyselyiden kysymykset laadittiin pääteemojen mukaan. Hoitajille suunnatut kysymykset jaettiin viiteen eri teemaan: perustiedot, RAI - osaaminen, RAI- arvion tekeminen, RAI - arvion hyödyntäminen potilaan hoidossa ja kehittäminen. Esimiehille suunnatut kysymykset jaettiin kolmeen eri teemaan: RAI – järjestelmän käytön hallinnointi, RAI – arvioinnin hyödyntäminen ja kehittäminen.

Kysymystyyppien valinnassa ja yleensä kysymysten muotoilussa tulee huomioida kohdeyleisö, esim. millaista osaamista ja motivaatiota kyselyyn vastaaminen edellyttää. Ennen kyselykutsun lähettämistä kohdejoukolla, kysymykset kannattaa testata joko testikyselyllä henkilöillä, jotka kuuluvat kohderyhmään tai käyttää asiantuntijaa. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 38 - 40.) Itse tutkijana käytin apuna asiantuntijaa, joka on perehtynyt RAI - arviointijärjestelmään ja ollut mukana kehittämässä RAI - arvioinnin käyttöönottoa johtamisen näkökulmasta. Asiantuntijana toimi mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden palvelupäällikkö.

Ennen kyselyn lähettämistä suunnittelin viestin, jolla kutsuttiin valitut henkilöt vastaamaan kyselyyn. ZEF - arviointikoneessa kutsuviestipohja on valmiina. Kutsuviestin muotoilua ei ohjaa pelkästään vastaajien rekrytointi vaan myös tutkimusetiikka. Kyselykutsun pitää olla sellainen, että se antaa vastaajalle riittävästi tietoa tutkimuksen tavoitteesta, aineiston käytöstä ja anonymisoinnista. Silloin kun kyselyn lähettäminen edellyttää organisaation suostumusta, on myös tämä kerrottava. Lisäksi tulee mainita, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyn vastausprosenttia voidaan nostaa sillä, että vastaajat kokevat vaikuttavansa asioihin osallistumalla kyselyyn ja saavat tätä kautta henkilökohtaista tai ryhmäkohtaista hyötyä. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 40 - 41.)

### **ZEF kyselyn suorittaminen**

Laadin ZEF kyselyn syyskuussa 2012. Lähetin kyselyn lokakuun 2012 alussa 94:lle hoitajalle ja viidelle esimiehelle. Kyselyn ajankohdaksi valitsin syksyn, koska kyselyä ei kannata tehdä esimerkiksi kesälomien aikana, jolloin kyselyssä saattaisi tulla katoa. Kyselytutkimuksen kohdejoukoksi valitsin Oulun kaupungin mielenterveys - ja päihdelaitospalveluiden hoitajat ja esimiehet. Kyseisen kohdejoukon valinnan perusteluna oli, että tämä kohdejoukko edustaa sitä

osaa organisaation työntekijöitä, jotka ovat käyttäneet työssään RAI - arviointia osana potilaan hoitoa. Esimiehet olivat käyttäneet sitä johtamisen näkökulmasta. Sähköpostiosoitteet oli kerätty organisaation omasta sähköpostiosoitteistosta osastonsihteereiden avustuksella.

Usein sähköisiin kyselyihin lähetetään osallistumiskutsu sähköpostilla. Tällöin ei muodosteta otosta vaan näyte, jonka tarkoitus on saada vastaajiksi henkilöitä, joilla on jokin kiinnitys tai suhde tutkittavana olevaan asiaan. Kun tutkimus kohdistuu organisaatioihin, organisaatiossa on yleensä yhtenäinen osoitteisto. Näin kutsut menevät toivotun tyyppisille vastaajille. Sähköisen kyselyn keräämisen jälkeen on hyvä miettiä, miten hyvin saatu aineisto kuvaa tilastollisesti sitä ryhmää, jota sen pitäisi kuvata. Tietyn sähköpostilistan perusteella lähetettävä kysely antaa jo tutkijalle tiedon siitä, minkälaiseen ryhmään tutkimus kohdistuu. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 72 - 75.)

Kysely oli avoinna kolme viikkoa. Laadin kutsuviestit eettisten periaatteiden mukaisesti ja informoin vastaajia tutkimuksen tarkoituksesta sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Lisäksi informoin vastaajia siitä, että vastaajien sähköpostiosoitteet oli kerätty osastosihteereiden avustuksella ja tutkimuksen suorittamiseen oli organisaation palvelujohtajan lupa. Lähetin kyselyn aikana muistutusviestejä niille, jotka eivät olleet aloittaneet vastaamaan kyselyyn ja niille, joilla kyselyyn vastaaminen oli jäänyt kesken. Lisäksi esimiehiä informoitiin kyselyn alkaessa sekä sähköpostitse että suullisesti, ja heitä pyydettiin motivoimaan henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn työyksiköissään.

Keskeyttämisen analysointi on osa kadon pohdintaa. Jos vastaaja on aloittanut vastaamisen, hänen vastauksensa ja tietonsa tulevat osaksi tulosaineistoa, vaikka hän ei vastaisikaan kyselyyn kokonaisuudessaan. Tämän takia keskeyttäminen ei ole samankaltainen riski kuin paperilomakekyselyssä, jossa lomake jää usein palauttamatta tutkijalle. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 98.) Kyselyn kaikkiin kysymyksiin vastasi esimiehistä 100 % ja hoitajista 60,6 %.

### **3.2.3 ZEF ja määrällinen tutkimus**

Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa tarkastellaan ja kuvaillaan numeroiden avulla sekä saadaan vastaus, kuinka paljon, kuinka moni ja kuinka usein. Tutkija esittää tulokset numeroina ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti ja samalla kuvaa, millä

tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan. Ennen aineiston keräämistä tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan kysymyslomakkeeseen siten, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Samalla jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttajalle annetaan arvo, joka ilmaistaan esimerkiksi kirjaimina tai numeroina. Mitta-asteikolla ryhmitellään ja järjestellään tutkittavat muuttajat kuten ikä, ammattiasema jne. Määrällisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Aineiston avulla tutkija pystyy tekemään havaintoja näkökulmasta ja selittämään näin asioita numeerisesti. (Vilka 2007, 13 - 17.)

Määrällisestä tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan kuvata numeraalisesti, graafisesti ja sanallisesti. Tutkija itse päättää tulostensa esitystavan. Tulosten esittäminen tulee olla objektiivista eli tutkijasta riippumatonta. Tulokset muodostuvat samalla, kun tutkimusaineistoa analysoidaan. Määrällisessä tutkimuksessa on tavoitteena, että tutkimustulokset eivät jäisi vain pelkiksi numeroiksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkija pystyy hahmottamaan ja esittämään tulokset tutkimusongelmasta käsin. Lisäksi tutkijan tulee tulkita tulokset oikein ja tehdä niistä johtopäätöksiä siten, että niiden sisältö ja laatu tulevat ymmärrettäviksi lukijalle. (Vilka 2007, 134 -135,147)

ZEF - kyselyn tuottama raportti ei ole tarkoitettu analysoitavaksi perinteisen lomakekyselyn tapaan. Halusin kuvata kyselyn määrällisiä osioita sanallisesti, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman ymmärrettäviä lukijalle. Tässä tutkimuksessa kysymykset olivat vaihtoehto-, monivalinta- tai janakysymyksiä sekä vapaapalautetta. ZEF -kyselyssä eri kysymystyyppien mittaustulokset ilmoitetaan eri tavoin. Vaihtoehto- ja monivalintakysymyksissä tulokset saadaan frekvenssi- ja prosenttijakaumina ja janakysymyksissä keskiarvoina ja hajontoina. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 100.)

### **3.2.4 Laadullisen tutkimusaineiston sisällön analyysi**

ZEF - kyselyn vapaapalautteen kysymykset analysoin sisällön analyysillä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21.)

Sisällönanalyysillä laadullisen aineiston analyysimenetelmänä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitava informaatio voi olla laadullista, kuten kertomuksia, tai se voi koostua kvantitatiivisesti mitattavista muuttujista. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysi on enemmän kuin pelkkä tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaista kuvausta aineistosta. Sisällönanalyysissä ovat kohteena aineistosta ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. Sisällönanalyysi etenee vaiheittain seuraavasti: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Janhonen 2003 & Nikkonen, 23 - 24.)

Sisällönanalyysi voi perustua induktiiviseen tai deduktiiviseen analyysiin. Induktiivisessa analyysissä tutkija pyrkii tuomaan esille sellaisia asioita, jotka eivät ole ennalta tiedossa. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei tällöin määrää, mikä on tärkeää eivätkä analyysiyksiköt ole ennalta määrättyjä. Teoria rakennetaan lähtökohtaisesti aineistosta. Deduktiivinen analyysi perustuu teorialähtöiseen, jo valmiina olevaan malliin, ja usein tarkoituksena on teorian testaaminen uudessa yhteydessä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24 - 30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95 - 100.) Käsittelin kyselyn vapaapalautteen vastaukset induktiivisella analyysillä, joka perustuu päättelyyn yksittäisestä yleiseen käsitteeseen. Aineiston analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus.

Aineiston laadullinen käsittely perustuu tutkijan loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja sen jälkeen kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Induktiivisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Aineistolle esitetään tässä vaiheessa tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoksi. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan, jolloin etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatketaan yhdistelemällä samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa ja muodostamalla yläluokkia. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. Lopuksi kaikki yläluokat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi luokaksi. Alaluokkien, yläluokkien ja yhdistävien luokkien avulla vastataan tutkimusongelmiin. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26 - 29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108 - 113.)

Aineiston sisällön analysointi lähti liikkeelle siitä, että luin useaan kertaan tutkimusaineiston läpi ja pyrin saamaan kokonaiskuvan aineistosta. Pilkoin aineiston pieniin kokonaisuuksiin ja alleviivasin eri väreillä tekstistä lauseita ja sanoja, joilla oli sama merkitys. Kirjoitin erilliselle paperille yhtäläisyydet ja eroavaisuudet sekä laskin miten usein sama asia toistui teksteissä. Luokittelin samaa tarkoittavat asiat alaluokiksi, joita aluksi muodostui paljon, mutta päättelyllä sain muodostettua niistä kokonaisuuksia. Sen jälkeen muodostin samansisältöisistä alaluokista yläluokkia ja yhdistin ne yhteiseksi pääluokaksi. Luokkien muodostamisessa käytin hyväksi kehittämistyöni teoreettista viitekehystä.

## 4 Tutkimustulokset

### 4.1 Määrällisen kyselyn tulokset

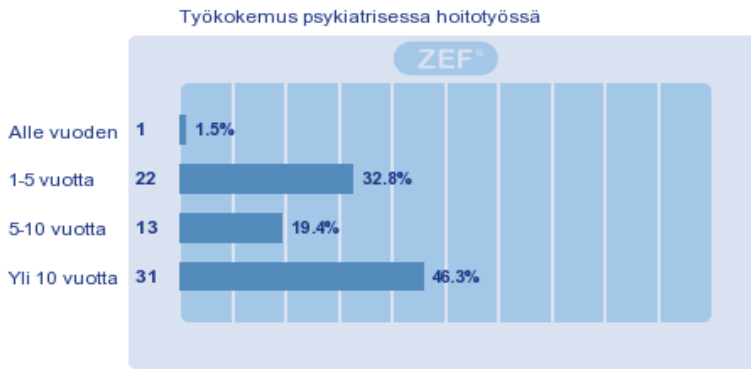
Käsittelen määrällisen kyselyn tuloksia sanallisesti, numeraalisesti ja graafisesti tarkoituksena havainnollistaa tekstiä ja tietojen vertailua. ZEF – kyselyn vaihtoehto- ja monivalintakysymykset ovat kuvioissa pylväskuvioina sisältäen frekvenssit sekä prosenttiluvut. Janakysymyksissä tulosraportit perustuvat keskiarvoihin ja niiden ympärillä himmeästi näkyvät ellipsit kuvastavat vastausten hajontaa. Määrällisen kyselyn tulokset ovat taustakysymyksiä, joita olivat perustiedot, RAI – osaaminen, kokonaistiedon keruu hoidon suunnittelun pohjalla ja RAI – arvion hyödyntäminen potilaan hoidon suunnittelussa.

#### 4.1.1 Perustiedot

Perustiedoissa kysyttiin työyksikköä, koulutusta, atk-osaamista ja työkokemusta psykiatrisessa hoitotyössä. Lisäksi kysyttiin motivaatiota kehittyä asiantuntijana psykiatrisessa hoitotyössä sekä kokemusta RAI - arvioinnin tekemisestä.

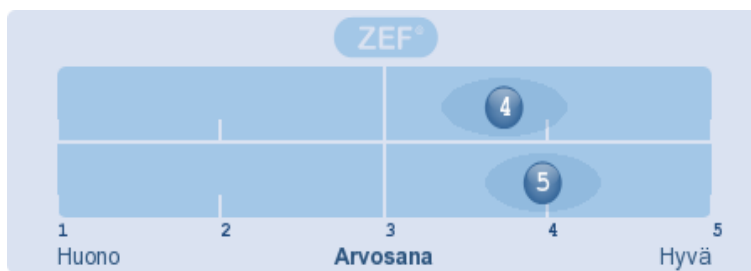
Vastaajista sairaanhoitajia oli noin 52 prosenttia, lähi-, mielisairaan-, tai mielenterveyshoitajia noin 43 ja 3 prosenttia jonkin muun ammattiryhmän edustajia. Vastaajat olivat viidestä eri mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden yksiköstä.

Suurimmalla osalla, noin 46 prosentilla, oli työkokemusta psykiatrisessa hoitotyössä yli 10 vuotta, noin 19 prosentilla 5-10 vuotta ja noin 33 prosentilla alle 1 - 5 vuotta. Tämä kertoo vahvasta työkokemuksesta psykiatrisessa hoitotyössä.



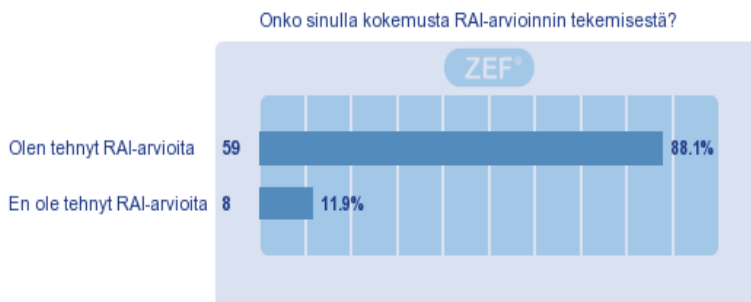
Kuva 6. Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä

ATK – osaaminen (numero 4) oli vastausten perusteella melko hyvä ja motivaatio kehittyä asiantuntijana psykiatrisessa hoitotyössä (numero 5) sai keskiarvon 4.



Kuva 7. ATK – osaaminen ja motivaatio kehittyä asiantuntijana psykiatrisessa hoitotyössä

Kokemusta RAI – arvioinnin tekemisestä oli noin 88 prosentilla vastaajista ja 12 prosenttia ei ollut tehnyt arvioita lainkaan.



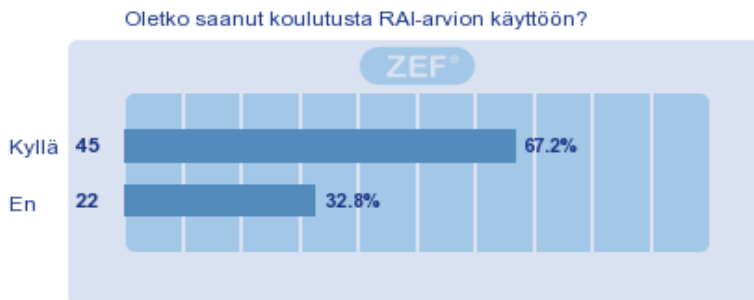
Kuva 8. Kokemus RAI – arvion tekemisestä.



#### 4.1.2 RAI – osaaminen

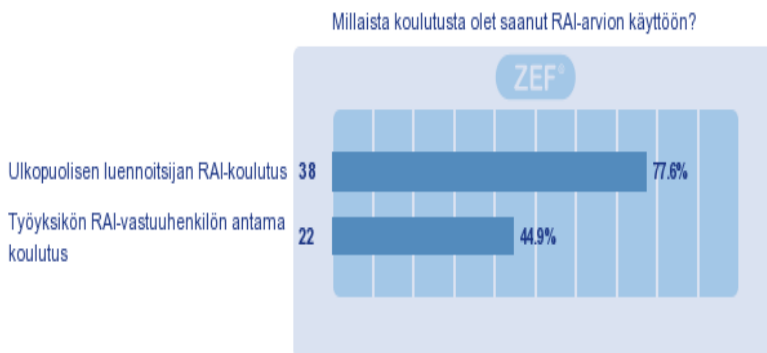
Vastaajilta kysyttiin myös osaamista vastata RAI - arvioon sekä RAI - koulutuksen ja perehdytyksen toteutumista työyksikössä.

Vastanneista oli saanut koulutusta RAI - arvion käyttöön noin 67 prosenttia.



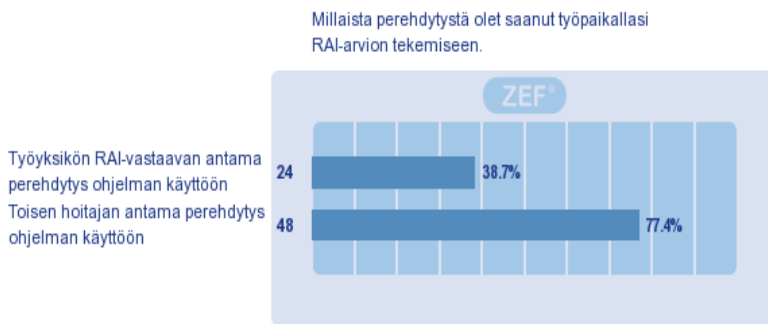
Kuva 9. Koulutus RAI – arvion käytössä

RAI – koulutusta ulkopuolisen luennoitsijan pitämänä oli saanut noin 78 prosenttia ja työyksikön RAI – vastaavan antamaa koulutusta noin 45 prosenttia vastaajista.



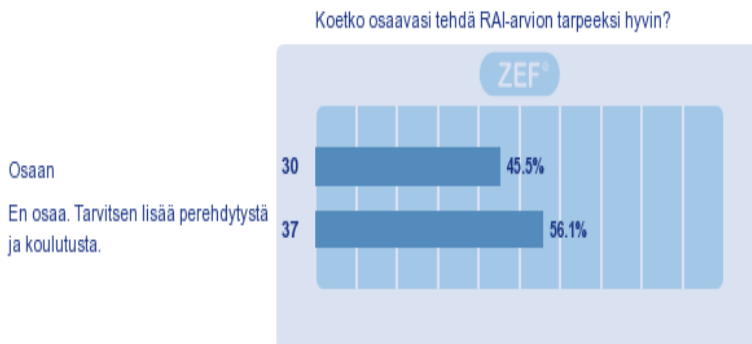
Kuva 10. Ulkopuolisen luennoitsija ja työyksikön RAI – vastuuhenkilön antama koulutus RAI – arvion tekemiseen

Perehdytystä RAI - arvion tekemiseen työyksikössä RAI - vastaavan antamana oli saanut noin 39 ja toisen hoitajan antamaa perehdytystä noin 77 prosenttia. Vastaajista noin 66 prosenttia totesi, että uuden työntekijän perehdytykseen kuuluu RAI - ohjelman käyttöön opastaminen.



Kuva 11. RAI – arvion tekemiseen saatu perehdytys työyksiköissä

Vastaajista 45,5 prosenttia osaa tehdä RAI - arvion tarpeeksi hyvin, kun taas yli puolet vastaajista tarvitsee lisää koulutusta ja perehdytystä arvion tekemiseen.



Kuva 12. RAI – arvion tekemisen osaaminen

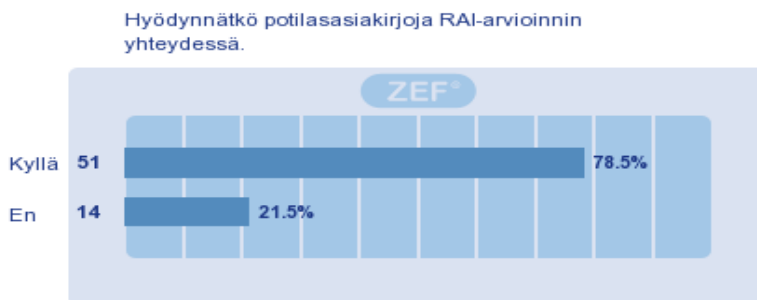
#### 4.1.3 Kokonaistiedon keruu hoidon suunnittelun pohjalla

Kokonaistiedon keruussa hoidon suunnittelun pohjalta kysyttiin, miten potilasasiakirjoja, omaisilta saatavaa tietoa, RAI - käsikirjaa, lisätietolaatikkaa ja toisen hoitajan mielipidettä hyödynnetään RAI - arvion tekemisessä.

RAI - arvion laatimisessa tietoa kerätään pääsääntöisesti haastattelemalla potilasta, mielellään kahden kesken, rauhallisessa tilassa. Haastattelun lisäksi RAI - arvioon kerätty tieto pohjautuu havainnointiin, potilasasiakirjoihin, mahdollisuuksien mukaan omaisten haastatteluun sekä moniammatillisen hoitotiimin arvioon potilaan tilanteesta.

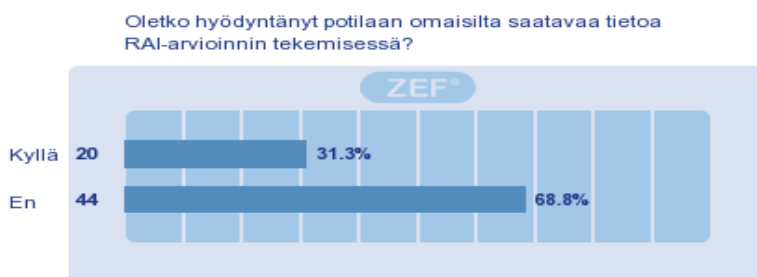
Arvion apuna voidaan käyttää RAI - käsikirjaa ja sen ohella ns. lisätietolaatikkoa, johon voidaan kirjata asioita, jos halutaan esille mm. potilaan tuottamaa yksityiskohtaisempaa, tarkentavaa sanallista tietoa. Tässä kyselyssä RAI -ohjelman lisätietolaatikkoa oli hyödyntänyt noin 29 prosenttia vastaajista, ja toisen hoitajan mielipidettä potilaan tilanteesta kysytään keskiarvoisesti kohtalaisen hyvin arvioinnin tueksi.

Vastausten perusteella noin 79 prosenttia hyödyntää potilasasiakirjoja tiedonkeruussa.



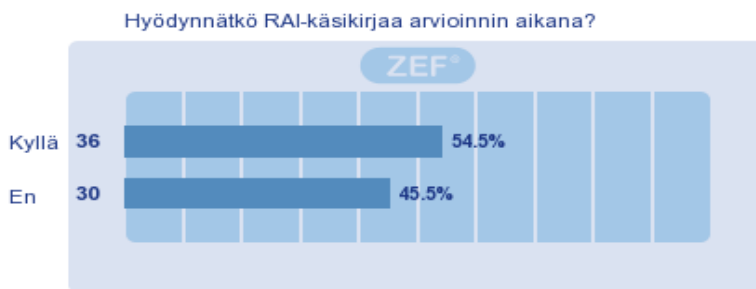
Kuvio 13. Potilasasiakirjojen hyödyntäminen RAI – arvioinnin yhteydessä

Omaisilta saatavaa tietoa RAI - arvion tekemisessä oli käyttänyt ainoastaan noin 31 prosenttia vastaajista.



Kuvio 14. RAI – arvion tekemisessä omaisilta saatavan tiedon hyödyntäminen

Sen sijaan lähes 55 prosenttia vastaajista hyödyntää RAI – käsikirjaa arvioinnin aikana.

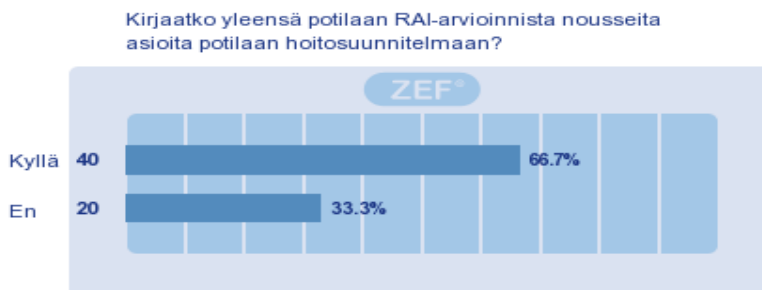


Kuva 15. RAI – käsikirjan hyödyntäminen RAI – arvioinnin aikana

#### 4.1.4 RAI – arvion hyödyntäminen potilaan hoidon suunnittelussa

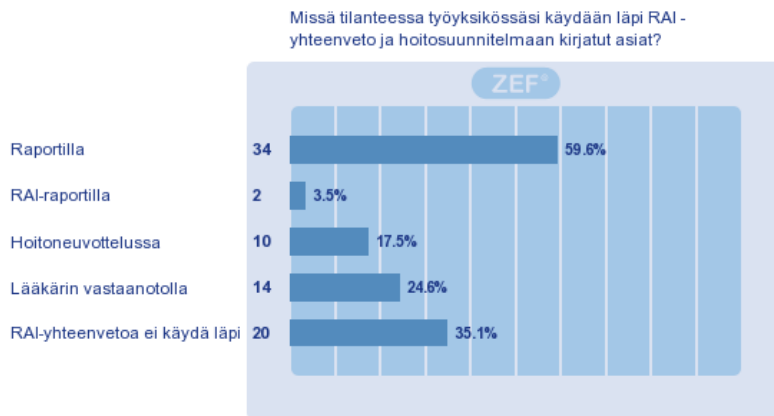
RAI - arvion hyödyntämisestä potilaan hoidon suunnittelussa kysyttiin, kirjataanko RAI - arvioinnin tuloksia potilaan hoitosuunnitelmaan ja käydäänkö niitä läpi yhdessä potilaan kanssa sekä missä tilanteessa työyksikössä selvitetään RAI - arviosta nousseita seikkoja. Lisäksi kysyttiin kuinka paljon RAI - arvioinnista saatavaa mittaritietoa käytetään hyödyksi potilaan avohoidon suunnittelussa sekä RAI - arviointien vertailutoiminnon käyttöä, jolloin voidaan mm. mitata hoidon tuloksellisuutta. Vastaajista noin 36 prosenttia oli hyödyntänyt sekä mittaritietoa avohoidon suunnittelussa että RAI - arviointien vertailutoimintoa.

Vastaajista noin 67 prosenttia kirjaa yleensä potilaan RAI - arvioinnista nousseita asioita hoitosuunnitelmaan ja osa käy läpi potilaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelmaan kirjattavat asiat.



Kuva 16. RAI – arvioinnin tulosten kirjaaminen potilaan hoitosuunnitelmaan

Vastaajista noin 60 prosenttia käy työyksikössä raportilla läpi potilaan RAI - arvion yhteenvedon ja hoitosuunnitelmaan kirjattuja asioita, 25 prosenttia hyödyntää tietoa lääkärin vastaanotolla ja 18 prosenttia hoitoneuvottelussa. Lisäksi pieni osa vastaajista käy läpi asioita RAI - raporteilla.



Kuva 17. RAI – arvion tulosten läpikäyminen työyksikössä.

Yhteenvetona määrällisen aineiston tutkimustuloksista voidaan sanoa, että psykiatrisen hoitotyön ammattilaisilla on vahva työkokemus työvuosien perusteella. ATK-osaaminen on hyvällä tasolla samoin kuin motivaatio kehittyä psykiatrisen hoitotyön asiantuntijana. Suurin osa vastaajista oli tehnyt RAI - arviointeja, mutta vain osa vastaajista koki osaavansa tehdä arvion tarpeeksi hyvin. Vaikka 2/3 vastaajista oli saanut koulutusta RAI - arvion käyttöön, yli puolet vastaajista toivoi lisää koulutusta ja perehdytystä RAI - arvion laatimiseen.

RAI - arvioinnin kokonaistiedon keruussa suurin osa hyödynsi potilasasiakirjoja. Omaisilta saatavaa tietoa käytti hyödyksi vain 1/3 vastaajista. Vain hieman yli puolet hyödyntää RAI - käsikirjaa arvioinnin tukena. Hoitosuunnitelmaan RAI - arvioinnista saatavaa tietoa oli kirjannut n. 2/3 vastaajista, mutta vain osa käy läpi potilaan kanssa hoitosuunnitelmaan kirjattavia asioita.

RAI - arvioinnin yhteenvedoja käydään läpi enimmäkseen osaston raporteilla, mutta yli kolmannes vastaajista ilmoitti, ettei RAI - yhteenvedoja käydä läpi millään tavalla työyksikössä.

## 4.2 Laadullisen aineiston analysoinnin tulokset

Tutkimuksen avoimien kysymysten avulla haettiin tarkempaa tietoa tutkimuskysymyksiin. Laadullinen aineisto on analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä. ( Katso liite 3). Aineisto oli hyvin kattava ja sen pohjalta pääluokiksi muodostui **RAI - arvioinnin tuottama tieto, hoidon suunnittelu potilaan kanssa, hoitosuunnitelma, kollektiivinen asiantuntijuus potilaan hoitoprosessissa ja johtaminen**. Tutkimustulokset esitetään pääluokkien kautta ja yhdistäväksi käsitteeksi muodostui RAI - toimintamallin kehittäminen psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa

### 4.2.1 RAI – arvioinnin tuottama tieto

Pääluokkaan sisältyy kolme alaluokkaa, jotka ovat RAI - arviointijärjestelmä työvälineenä potilaan hoidon suunnittelussa, RAI - arvioinnin pohjalta saatavan mittaritiedon käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa ja RAI - arvioinnin kautta esille tulevat potilaan voimavarat hoidon suunnittelussa.

#### **RAI – arviointijärjestelmä työvälineenä potilaan hoidon suunnittelussa**

RAI - arviointijärjestelmä työvälineenä koettiin palvelevan potilaan hoidon suunnittelua monin eri tavoin. RAI - arviointijärjestelmästä saatavan tiedon katsottiin olevan kattavaa ja laaja-alaista. Potilaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tilanne tulee kartoitettua arvioinnin avulla kokonaisvaltaisesti. Varsinkin uuden potilaan kohdalla, joka ei ole ennestään tuttu hoitoyksikössä, RAI - arvioinnilla oli helppo lähteä kartoittamaan potilaan kokonaistilannetta ja sen avulla saatiin esille sellaista tietoa, mitä tavallisessa keskustelussa potilaan kanssa ei välttämättä tulisi esille. RAI - arvion perusteella hoitajan on helpompi jäsentää tietoa ja se auttaa hoitosuunnitelman laadinnassa. RAI - arviointijärjestelmän koettiin antavan mahdollisuuksia suunnitella potilaan hoitoa kokonaisvaltaisemmin moniammatillisessa tiimityössä. Esimiehet kokivat, että RAI - arviointijärjestelmä on hyvä työväline potilaan hoidon suunnitteluun, jos sitä osataan käyttää.

RAI - arviointijärjestelmä potilaan tilanteen kartoituksessa koettiin yhdeksi tiedonkeruuvälineeksi muiden tiedonkeruutapojen joukossa. Siitä huolimatta, että RAI - arvioinnin avulla koottu informaatio on tunnettu osittain jo entuudestaan, RAI - arvioinnin kautta muodostettu tieto on vahvistanut jo olemassa olevaa tietoa. Arviointijärjestelmän koettiin olevan osittain irrallinen tiedonantaja, koska se ei ole yhteydessä potilastietojärjestelmän kanssa, minkä vuoksi RAI -

arviosta saatu tieto unohdetaan helposti, jos sitä ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan. Myös silloin, jos RAI - arviosta saatavaa tietoa ei osata tulkita ja hyödyntää tai arvioinnista saatavaa tietoa ei käydä läpi millään tavalla, tieto jää irralliseksi.

Osa koki RAI - arvion tekemisen ylimääräisenä tiedonkeruuna tai katsoi sen tuottavan potilaan tilanteesta vain yksipuolisen arvion. Osittain koettiin myös, että RAI - arvio on ylimääräinen kuorma työntekijälle.

### **RAI – arvioinnin pohjalta saatavan mittaritiedon käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa**

RAI - arvioinneista nousevia tietoja riskeistä ja ongelmista hyödynnetään potilaan hoidon suunnittelussa ja hoitopäätöksissä työyksikössä. Osa vastaajista koki, että RAI - arvioinnin kohdat, jotka nousevat eniten mittariraportissa esille on helppo tulkita riskeiksi tai ongelmiksi. Ongelmista huomioitiin erityisesti potilaan itsetuhoisuus ja aggressiivisuus. Lisäksi huomioitiin positiiviset, negatiiviset, ja mielialaoireet sekä mania, anhedonia ja somaattinen vointi. Yleisesti huomioitiin potilaan kyky huolehtia itsestä, sairaudentunto ja lääkityksen laiminlyönti. RAI MH:ssa huomioitiin lisäksi ongelmat kognitiivisessa toimintakyvyssä, ADL- ja IADL- toiminnoissa sekä sosiaalisissa suhteissa. Alkoholin, huumeiden tai muiden päihteiden käyttö nostettiin joko ongelmaksi tai riskiksi riippuen siitä, onko käyttö jatkuvaa vai satunnaista kokeilua. Omaisten jaksaminen otettiin myös huomioon arviossa.

RAI - arvioinnista nousevia ongelmia ja riskejä otetaan huomioon myös jonkin verran hoitopäätöksissä. Lääkärille ja muulle henkilökunnalle tiedotetaan raporteilla, ja lääkärin vastaanotoilla erityisesti potilaan itsetuhoisuus ja aggressiivisuus tuodaan esille. Tämän perusteella potilaalle voi tulla rajoituksia, kuten kulkurajoitus tai lomaoikeuden menetyks. Lisäksi potilaan seurantaan kiinnitetään enemmän huomiota. Riskit tai ongelmat voivat vaikuttaa myös potilashuoneen valintaan osastolla; tarvitseeko potilas yhden hengen huoneen vai tuleeko toimeen toisten potilaiden kanssa. Ongelmien ja riskien perusteella voidaan arvioida potilaan lääkkeitä sekä jatkohoidon suunnittelua kokonaisvaltaisemmin. Yleisesti koettiin, että omahoitaja osasi määrittää potilaan riskit ja ongelmat helpommin potilaan RAI - arvion pohjalta.

Osa vastaajista koki, että RAI - arvioinnista nousevat riskit ja ongelmat tulevat esille parhaiten potilaan tulohaastattelussa, lääkärin vastaanotolla tai hoitoneuvottelussa. RAI – arviointi ei tuo oleellista lisätietoa potilaan tilanteeseen. Osa vastaajista taas kertoi, ettei RAI- arvioinnista nousevia potilaan riskejä tai ongelmia oteta millään tavalla huomioon hoidon suunnittelussa. Osa vastaajista taas koki osaavansa tulkita mittariraporttia huonosti tai ei ollenkaan ja ei sen vuoksi osaa lukea potilaan RAI - arviosta nousevia riskejä ja ongelmia.

### **RAI – arvioinnin pohjalta esille tulevat potilaan voimavarat hoidon suunnittelussa**

Potilaan voimavarat huomioidaan potilaan hoidon suunnittelussa uudella tavalla RAI - arvioinnin avulla. Potilaan voimavarat ja vahvuudet voitiin kartoittaa tarkemmin, ja RAI - arvion tehnyt työntekijä sai aiheen pohtia potilaan tilannetta voimavarakeskeisemmin.

Voimavaroiksi nimettiin ne mittariasteikon osiot, joissa ei ollut nousua eli ne mittarin osiot, jotka saivat pisteitä vähiten. Voimavaraksi nimettiin myös potilaan perhe tai muu sosiaalinen verkosto. RAI - arvion perusteella heitä oli helpompi kutsua mukaan potilaan hoitoneuvotteluihin. Lisäksi arviointitilanteessa ilmeni potilaan nimeämiä yksittäisiä asioita, jotka voitiin nimetä voimavaroiksi. Voimavarat jäivät usein huomioimatta jos omahoitaja ei ole ollut tekemässä RAI - arviota. Raporteilla, lääkärinvastaanotoilla ja hoitoneuvotteluissa korostetaan voimavarakeskeisyyttä aika vähän. Joskus potilaan arviosta nousee esille vain vähän voimavaroja. Silloin tämä tulkittiin siten, että potilaan vointi on niin huono tai hoitoaika on ollut liian lyhyt, että voitaisiin vielä arvioida hoidon menetelmiä. Käytössä ovat voineet olla myös sellaiset menetelmät, ettei hoidon tuloksia ole vielä syntynyt. Joskus käytetyt menetelmät joudutaan tarkistamaan.

Osa vastaajista koki, ettei potilaan voimavaroja kartoitettu tarpeeksi RAI - arvioinnin tuottaman tiedon perusteella tai mittariraporttia ei osattu tulkita oikein.

#### **4.2.2 Hoidon suunnittelu potilaan kanssa**

Pääluokkaan sisältyy alaluokka RAI - arvion tulosten läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa.



## **RAI – arvion tulosten käyminen läpi yhdessä potilaan kanssa**

Potilaan kanssa RAI - arvion tulosten läpikäyminen koettiin tärkeäksi. Sen avulla potilas voidaan osallistaa omaan hoitoonsa paremmin. Näin saadaan esille potilaan näkemys asioista. Potilaalle kerrottiin jo ennen RAI - haastattelua, että se on osa hoitoa, jolloin potilaan oli helpompi ymmärtää arvioinnin tarkoitus. RAI - arviointitulosten läpikäymisen yhteydessä potilas pystyi käymään läpi omia tunteitaan ja muistikuvia sekä tekemään kysymyksiä hoitajalle. Hoitajan on RAI - arvion jälkeen helpompi perustella potilaalle hoitoon johtaneita syitä sekä hoidollisia asioita. RAI - arvion koettiin antavan potilaalle hyvän mahdollisuuden hahmottaa kokonaisvaltaisesti omaa tilannettaan. Tämä auttaa potilasta ottamaan enemmän vastuuta sekä erittelemään niitä asioita, joihin hän tarvitsee apua. Kun potilaan psyykkinen vointi ja keskittymiskyky ovat huonot, koettiin entistä tärkeämmäksi perustella ja jäsentää asioita. Näin potilas pystyy kokemaan, että hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä hänen kanssaan.

Potilaan kanssa käytiin läpi selkeästi esille nousevat riskit, ongelmat ja voimavarat. Potilas voi olla eri mieltä tai hänen oli vaikea ymmärtää, miksi jokin tietty kohta RAI - arvion mittariarvoista nousee esille. Silloin hoitaja kävi läpi uudestaan kysymykset ja perusteli, miksi jokin asia nousi riskiksi tai ongelmaksi. Potilaan kanssa keskusteltiin avoimesti sairauden oireisiin liittyvistä asioista. Keskusteluissa nousi esille erityisesti itsetuhoisuuteen, väkivaltaisuuteen, mielialaoireisiin, lääkityksen laiminlyömiseen, päihteiden käyttöön liittyvät asiat.

RAI - arvion avulla hoitajat aktivoituivat korostamaan asioita potilaalle voimavarakeskeisesti ja sen kautta motivoimaan potilasta eteenpäin. Potilaan kanssa keskusteltiin enemmän voimavaroista sen vuoksi, että hän huomaisi positiiviset asiat elämässään. Potilasta tuettiin enemmän sekä motivoitiin osaston toimintoihin voimavarojensa kautta. Potilaalle pystyttiin suunnittelemaan yksilöllisemmin viikko-ohjelmaan mm. ryhmiä ja muuta ohjelmaa. Omahoitajan koettiin pystyvän tuomaan voimavarat esille paremmin ja perustelemaan niitä potilaalle. Lisäksi potilaalle annettiin positiivista palautetta ja toivoa voinnin kohenemisesta voimavarojensa aktiivisuuden kautta. Hoitajat kokivat, että RAI - arvioinnin tietoa pystyttiin myöhemmin hyödyntämään myös omahoitajakeskusteluissa.

RAI - arviota ei pystytty kuitenkaan käymään läpi yhdessä potilaan kanssa, jos potilas oli levoton eikä jaksanut keskittyä. Osa potilaista koki silloin, että haastattelutilanne oli hoitajan velvoittama pakko.

#### **4.2.3 Hoitosuunnitelma**

Pääluokkaan sisältyy alaluokka RAI - arvion pohjalta hoitosuunnitelmaan kirjattavat asiat. Kirjattavia asioita ovat hoidon tarve ja voimavarat.

#### **RAI - arvion pohjalta hoitosuunnitelmaan kirjattavat asiat**

##### **Hoidon tarve**

Pääsääntöisesti hoitosuunnitelmaan kirjattiin selkeästi ne asiat, jotka nousivat mittaritiedoissa voimakkaimmin esille ja ne ongelmat, joihin kyseisellä hoitojaksolla voidaan olennaisesti vaikuttaa. Lisäksi kirjattiin kokonaisvaltaisemmin potilaan psyykkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn liittyviä asioita. Potilaan perheen jaksaminen otettiin myös huomioon ja kirjattiin hoitosuunnitelmaan.

RAI - arvion tulokset koettiin yleisesti ongelma- ja oirekeskeisiksi. RAI - arvion pohjalta hoitosuunnitelmaan kirjattiin keskeisesti psyykkiseen oireiluun liittyviä asioita; mm. itsetuhoisuus, aggressiivisuus, mielialaoireet, positiiviset ja negatiiviset oireet, mania sekä anhedonia. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin potilaan sairautentunto ja kyvykyys huolehtia itsestä. Ongelmiksi kirjattiin myös jatkuva päihteidenkäyttö, uudet somaattiset ongelmat tai sairaudet. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin lisäksi asioita, jotka vaikuttavat potilaan elämäntilanteeseen pidemmällä aikavälillä, jolloin niitä on aiheellista seurata.

RAI - arvion yhteydessä on mahdollisuus käyttää ns. lisätietolaatikkoa, johon voi kirjoittaa potilaan kertomia asioita tai hoitajan havaintoja. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin tarkentavaa tietoa kysymykseen liittyen. Potilaan oma mielipide saatiin tällä tavoin paremmin esille ja kirjattua hoitosuunnitelmaan. Yleisesti potilaskertomukseen rekisteröitiin tietoa siitä, miten potilas oli

jaksanut keskittyä RAI - arvion tekemiseen, miten vuorovaikutustilanne toimi ja miten hän ymmärsi asiat.

### **Voimavarat**

Myös voimavaroja kirjattiin hoitosuunnitelmaan, mutta huomattavasti vähemmän kuin ongelmia. Voimavarojen kirjaamista tapahtui enemmän silloin, kun verrattiin RAI - arviointia edelliseen arvioon. Potilaan psyykkisen voinnin kohentuessa oli yleensä mittaritiedossa vähemmän nousua, jolloin potilaan voimavarat lisääntyivät. Tämä kirjattiin hoidon tulokseksi. Yleisesti koettiin, että potilaan voimavarat tulevat esille hyvin RAI - arvion avulla. Arvio vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa tai tuo esille uusia voimavaroja. Voimavarojen avulla voitiin myös asettaa hoidon tavoitteita paremmin. Hoitosuunnitelmaan voitiin yhteistyössä potilaan kanssa kirjata tavoitteeksi mm. harrastuksiin lähteminen. Voimavaroiksi kirjattiin myös, mistä asioista potilas selviytyy arkipäivässä ilman apua. Potilaan sosiaalisen verkoston antama tuki kirjattiin niin ikään voimavaraksi.

Osastolla usein joku muu kuin oma hoitaja tekee arvioinnin potilaalle ja silloin arvio jää usein kirjaamatta hoitosuunnitelmaan ja hyödyntämättä osana potilaan hoitoa. Toisten tekemiä RAI - arvioita luetaan harvoin, jos niitä ei ole siirretty potilaan hoitosuunnitelmaan.

#### **4.2.4 Kollektiivinen asiantuntijuus potilaan hoitoprosessissa**

Pääluokkaan sisältyy alaluokka RAI - arvion hyödyntäminen potilaan hoidon ja tuen kokonaisuuden suunnittelussa. Psykiatrisen potilaan hoitotiimi pyrkii mahdollisimman hyvään potilaan kokonaisuhoitoon. Sairaalassa jatkohoidon suunnittelu alkaa heti osastohoidon alussa yhteistyössä potilaan kanssa. Kollektiivista asiantuntijuutta käytetään potilaan osastohoidon ja jatkohoidon suunnittelussa hyväksi hyödyntämällä eri asiantuntijoiden osaamista. Potilaan jatkohoidon suunnitteleminen oli helpompaa RAI - arvion tuloksia hyödyntämällä, ja lisäksi RAI - arvioinnin avulla avohoidon suunnittelusta tuli kokonaisvaltaisempaa. Avohoidon suunnittelussa potilaan voimavarat korostuivat ja potilaan omatoimisuutta tuettiin enemmän. RAI - arvion avulla saatiin paremmin esiin hoidon ja palvelun tarve sairaalahoidon jälkeen.

Hoitajat olivat jo ennen hoitoneuvottelua jakaneet yhdessä tietoa RAI - arvioinnin tuloksista ja pohtineet, miten potilasta voidaan auttaa parhaiten. Esimerkiksi pitääkö avohoitoa tehostaa, jotta sairaalajaksot jatkossa estyisivät? Millainen avohoito ja tukitoimet auttavat ja palvelevat potilasta parhaiten itsenäisessä elämässä? Millaista apua kotiin tarvitaan ja miten paljon esimerkiksi ohjauspalvelua tarvitaan avohoidon lisäksi? RAI - arviota hyödynnetään myös asumispalvelun tarvetta suunniteltaessa; esimerkiksi määritellään, kuinka tuetun asumispalvelun tulisi olla. Sairaalan sosiaalityöntekijä hyödynsi hoitajien tekemiä RAI - arviointeja palvelusuunnitelman laadinnassa.

Avohoidon suunnittelu jatkui hoitoneuvotteluissa moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluvat mm. lääkäri, omahoitaja osastolta, sairaalan sosiaalityöntekijä, avohoidon edustajat, sosiaalipalveluiden ohjauspalveluiden ohjaaja jne. Hoitoneuvottelussa käytiin läpi RAI - arvioinnissa esille tulleita asioita: mm. potilaan toimintakyky, sosiaalisen verkoston antama tuki ja arjen hallintaan ja itsestä huolehtimiseen liittyvät asiat osastohoidon jälkeen. Kollektiivisen asiantuntijuuden avulla oli mietitty yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa, miten arjesta selviäminen olisi hänelle mahdollista mahdollisimman itsenäisesti tai mitä tukea hän elämäänsä tarvitsee.

#### **4.2.5 Johtaminen**

Pääluokkaan sisältyy kaksi alaluokkaa, jotka ovat RAI - arvion tekemiseen yhdessä potilaan kanssa vaikuttavat tekijät sekä RAI - toimintamallin kehittäminen, koulutus ja perehdytys.

##### **RAI – arvion tekeminen yhdessä potilaan kanssa**

RAI - arvion tekemiseen yhdessä potilaan kanssa vaikuttaviin tekijöihin tutkimustulosten perusteella liittyi osaston ilmapiiri ja resurssit, osaston tilat, potilaan vointiin liittyvät tekijät, RAI - ohjelman käyttöön liittyvät tekniset tekijät sekä asenne RAI - arvion tekemiseen. RAI - arvion liittyi estäviä ja mahdollistavia tekijöitä.

Osaston yleisen ilmapiirin ja resurssien koettiin vaikuttavan eniten siihen, pystyykö arvion tekemään yhdessä potilaan kanssa. RAI - arvion tekemiseen yhdessä potilaan kanssa vaikuttivat estävästi rauhattomuus osastolla, akuutit rajoitustilanteet ja osaston kuormitus. RAI - arvion tekeminen yhdessä potilaan kanssa koettiin haastavaksi silloin, kun osastolla on kiire, hoitajia vähän työvuorossa ja kun aikaresurssi on niukka. Osa vastanneista koki, ettei ajan puutteen takia ehdi tehdä RAI - arviota potilaan kanssa lainkaan. Estävästi RAI - arvion tekemiseen yhdessä potilaan kanssa vaikuttivat myös tilanteet, jolloin vapaita tietokoneita tai rauhallista huonetta ei ollut saatavilla.

Arvion tekemiseen estävästi vaikuttivat myös potilaan vointiin liittyvät tekijät. Potilas saattoi olla huonokuntoinen, väsynyt eikä jaksanut keskittyä tai potilas vastasi viiveellä ja vastaukset olivat epärealistisia. Potilaan antamaa informaatiota RAI - haastattelutilanteessa ei aina koettu luotettavaksi, mikä tuotti hoitajalle hankaluuksia suodattaa informaatiosta oikeellinen tieto.

RAI - ohjelman tekniseen käyttöön liittyviä estäviä tekijöitä olivat arvioinnin laajuus, yksityiskohtaisuus, se, että kysymykset eivät vastaajien mielestä olleet selkeitä tai ne voitiin tulkita väärin tai olivat huonoa suomea. Tämän vuoksi hoitajan piti sommitella sanojaan, jolloin kysymyksen merkitys saattoi muuttua. Se voi vääristää RAI - arvion tuloksia. Tutkimuksen mukaan asenne arvion tekemiseen vaikuttaa siihen, miten motivoitunut on tekemään RAI - arvion yhdessä potilaan kanssa. Osa koki RAI - ohjelman pelkästään turhaksi, mekaaniseksi ja aikaa vieväksi työvälineeksi.

RAI - arvion tekeminen yhdessä potilaan kanssa oli mahdollista silloin, kun osastolla oli rauhallista ja työntekijöitä tarpeeksi työvuorossa. Iltavuorojen ja viikonloppujen aikana haastatteluja oli mahdollista tehdä rauhallisemmassa ympäristössä. Potilaalle koettiin olevan silloin enemmän aikaa. Potilaan ollessa yhteistyökykyinen ja orientoitunut haastatteluun, RAI - arvioinnin tekeminen yhdessä potilaan kanssa oli helpompaa. Osalla vastaajista oli positiivinen asenne arvion tekemiseen, ja he halusivat oppia tekemään sen mahdollisimman ammattitaitoisesti.

## Toimintamallin kehittäminen

Tutkimuksen mukaan osa vastaajista oli kokenut, että RAI - järjestelmä psykiatrisen potilaan hoidossa on määrätty otettavaksi käyttöön perustelematta, miksi ohjelmaa käytetään tai miten sitä voidaan hyödyntää. Tämä on vaikuttanut hoitajien asenteeseen, motivaatioon ja sitoutumiseen tehdä RAI - arvioita. RAI - järjestelmän hyödyntäminen on jäänyt taka-alalle ja sitä ei käytetä vielä systemaattisesti potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa.

RAI - järjestelmän käytön organisoinnin ja RAI - arvion hyödynnettävyyden potilashoitotyössä ja sen suunnittelussa koettiin lähtevän esimiehestä ja organisaation johdosta. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että RAI - arvion tekemiseen tulee olla yhtenäinen linjaus koko organisaatiotasolla ja ohjeistus työyksiköittäin. Tällä tavalla RAI - arviosta saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää enemmän potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Samalla RAI - arviointien ajantasaisuus ja luotettavuus säilyisivät paremmin ja potilaiden hoidon suunnitteluun tulisi jatkuvuutta hoitopaikasta riippumatta.

Kaikkien mielenterveys RAI - ohjelmien toivottiin keskustelevan tulevaisuudessa keskenään. Silloin aikaisempien RAI - arviointien tietoa voitaisiin hyödyntää enemmän potilaan hoidon suunnittelussa ja potilaan hoitoon tulisi jatkuvuutta. Tällä tavalla myös potilaan hoidossa olevien ammattilaisten verkostotyö helpottuisi. Lisäksi toivottiin tulevaisuudessa integraatiota RAI - järjestelmän ja potilastietojärjestelmän kesken, joka helpottaisi niin ikään potilaan hoidon suunnittelua.

Psykiatrisessa hoidossa ja päihdehoidossa käytetään samoja RAI - ohjelmia. Tämä koettiin ongelmaksi, koska samoja asiakkaita voi olla hoidossa molemmissa hoitoyksiköissä. Kuitenkaan RAI - tietoa ei voi hyödyntää systemaattisesti, koska käytössä ovat eri potilastietojärjestelmät. RAI - arvioita ei pysty näkemään myöskään RAI - ohjelmassa.

Tutkimuksen mukaan omahoitajien roolia ja vastuuta RAI - arvioinnin tekemisessä pitäisi korostaa enemmän jatkossa. Näin RAI - arviosta saatu tieto kulkisi paremmin potilaan hoidossa ja sen

suunnittelussa mukana. Myös yhteistyön potilaan omahoitajien kesken RAI - arvion tekemisessä ja tulkinnassa koettiin lisäävän tiedon luotettavuutta.

Tutkimuksessa korostui myös kollektiivisen asiantuntijuuden merkitys psykiatrisen potilaan hoitoprosessin kehittämisessä. RAI - arviosta saatava tieto potilaan hoidon suunnittelussa koettiin voitavan hyödyntää parhaiten silloin, kun RAI - arvion tuloksia pohditaan yhdessä työparin kanssa tai laajemmin työryhmässä. Työyksiköissä toivottiin vallitsevan sellaiset rutiinit, että RAI - arvioita käytäisiin läpi yhdessä. Tällä hetkellä lääkäri hyödyntää RAI -arviosta saatavaa tietoa potilaan hoidossa vielä vähän. Tietoa haluttaisiin hyödyntää huomattavasti enemmän lääkärin vastaanotoilla ja hoitoneuvotteluissa. Hoitajat kokivat, että RAI - arviosta saatavalla tiedolla ei ole sitä merkitystä, mikä sille kuuluisi, elleivät lääkärit ole mukana RAI - arvion tiedon hyödyntämisessä. Hyväksi asiaksi koettiin, että sosiaalityöntekijät hyödyntävät tällä hetkellä RAI - arvioita palvelusuunnitelmissa, mm. potilaan asumisen suunnittelussa.

RAI- arvion kirjaaminen potilaan hoitosuunnitelmaan pitäisi olla tarkempaa ja systemaattisempaa. Lisäksi siihen tulisi olla yhtenäinen ohjeistus työyksiköittäin ja koko organisaatiossa. Potilaiden voimavaroja pitäisi RAI - arvion perusteella nostaa enemmän esille ja kirjata ne ylös hoitosuunnitelmaan. Lisäksi potilaan asiakirjoihin toivottiin kirjausta RAI - arvioiden tekemisestä, jotta kaikki hoitoon osallistujat saavat tiedon, että potilaalle on sellainen tehty. Kirjausta ehdotettiin sijoitettavaksi mm. tiivistelmälehdele, jollainen on mm. Efficapotilastietojärjestelmässä oleva tietolaatikko, johon voi kirjata kirjausohjeen mukaista tietoa.

Tärkeäksi koettiin myös, että RAI - arvion tekemiseen ja läpikäymiseen yhdessä potilaan kanssa on tarpeeksi aikaa. Potilas ei aina jaksaa keskittyä RAI - arvion tekemiseen. Potilaan vointi tulee ottaa aina huomioon. Akuuttitilanteen RAI - arvion (ESP) tekeminen koettiin välillä haastavalle 24 tunnin sisällä potilaan tulosta osastolle. Potilas ei ensimmäisen vuorokauden aikana jaksaa tai hän ei ole orientoitunut osallistumaan haastatteluun. Tilanteen tasoittuessa ja potilaan yhteistyökyvyn lisääntyessä RAI - haastattelun koettiin olevan enemmän potilaslähtöistä, jolloin potilaan oma mielipide saataisiin paremmin esille. Osa koki, että akuuttitilanteen RAI:n tekemiseen pitäisi olla enemmän aikaa kuin 24 tuntia. RAI - arvioinnista saatavan tiedon koettiin olevan luotettavampaa,

jos arviota ei tehdä heti ensimmäisen vuorokauden aikana. Potilaaseen ei ehdi tutustua eikä tietoa potilaasta ole ehtinyt vielä tulla. Silloin arvio jää pintapuoliseksi.

RAI MH tehdään potilaalle silloin, kun hoitoaika on pitempi tai potilas tulee hoitoon osastolle suunnitellusti avohoidosta. Yleensä RAI - arvio tehdään 1 – 2 viikon kuluttua hoitoon saapumisesta, jolloin omahoitaja on ehtinyt tutustua potilaaseen. Tämä koettiin pääsääntöisesti hyvänä asiana.

RAI - arviointien vertailutiedon hyödyntämisen potilaan hoidon jatkosuunnittelussa koettiin hyödyntävän myös potilaan hoitoa ja sen suunnittelua. Osa vastaajista oli silmäillyt vertailutoimintomahdollisuutta ja osa oli käyttänyt RAI - vertailutoimintoa hyödyksi potilaan hoidon suunnittelussa. He kertoivat osaavansa RAI - mittaritiedon perustella tulkita potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset. Tämän koettiin antavan sekä hoitohenkilökunnalle että potilaalle tietoa hoidon tuloksista ja apua mahdollisten uusien hoidon tarpeiden tunnistamiseen. Osa hoitajista oli myös kirjannut vertailutoiminnon perusteella potilaan voinnin kohentumisen tai uudet hoidon tarpeet hoitosuunnitelmaan. Vertailutiedon hyödyntämistä toivottiin jatkossa lisättävän samoin, kuin siihen liittyvää ohjeistusta.

Esimiehet kokivat saaneensa vaihtelevasti tukea RAI - toimintamallin käyttöönotossa organisaation johtoryhmältä: toiset katsoivat saaneensa tukea hyvin, toiset taas huonosti. Palvelupäällikkö oli tehnyt RAI - ohjeistukset työyksiköihin. Esimiehet kokivat, että RAI - järjestelmän käyttöönotto oli sujunut kohtalaisen hyvin. Esimiehen rooli RAI - mittaritiedon tulkitsemisessa ja hyödyntämisessä koettiin tärkeäksi. Esimiehen on hyvä käydä RAI - arviointien tuloksia läpi yhdessä henkilökunnan kanssa. Interventiona toimivat mm. RAI - raportit ja osastokokoukset. Esimiehet kokivat, että interventioihin, joissa esimies on mukana, pitäisi paneutua jatkossa paremmin. Vastuu on jäänyt tällä hetkellä liikaa työyksiköiden RAI - vastaaville. RAI - arvion tekemistä ja tuloksia potilaan hoidon suunnittelussa tulisi esimiesten mielestä hyödyntää enemmän myös moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Esimiesten mielestä linjaukset siitä, miten suurelle asiakasryhmälle RAI - arviot tehdään, kuuluvat esimiehelle ja ylemmälle johdolle. Johtoryhmältä toivottiin enemmän tukea RAI - toimintamallin kehittämiseen.



## Koulutus ja perehdytys

RAI - arvioon liittyvä kiinnostus, asenne ja motivaatio riippuivat myös siitä, millaista perehdytystä ja koulutusta hoitaja oli saanut RAI - arviointijärjestelmän käyttöön. RAI - arvioinnin tekemisen tueksi olisi toivottu koulutusta enemmän järjestelmän käyttöönoton yhteydessä. Aluksi koulutus oli suunnattu muutamille henkilöille työyksiköissä ja tarkoitus oli, että he opettavat muulle henkilökunnalle RAI - arvioon tekemisen periaatteet. Suunnitelma oli toteutunut osittain, mutta yleinen mielipide vastauksissa oli, että koko henkilökunta olisi pitänyt kouluttaa tasapuolisesti RAI - järjestelmän käyttöön. Tämä olisi mahdollistanut ohjelman joustavamman ja systemaattisemman käyttöönoton. Tällä hetkellä osa työntekijöistä käyttää RAI - arviointijärjestelmää työvälineenä aktiivisesti, mutta osa on ollut sen kanssa tekemisissä vain jonkin verran tai ei lainkaan. Ne, jotka olivat saaneet koulutusta, kokivat sen riittävänä ja hyvänä. Osa työntekijöistä oli saanut ulkopuolisen RAIsoft - kouluttajan pitämää koulutusta ja sitä pidettiin hyvänä.

RAI – koulutuksen sisällön jatkossa toivottiin olevan sellaista, että se on helposti ymmärrettävää ja sisältää konkreettisia esimerkkejä RAI - järjestelmän käytöstä. Vastaajat ehdottivat mm. esimerkkiä videohaastattelutilanteesta, jonka voisi katsoa koulutuksen lisäksi internetin kautta. Koulutuksen pitäisi olla sellainen, että se antaa valmiudet RAI – järjestelmän käyttöön siten, että työntekijä voi keskittyä itse arvion tekemiseen hukkaamatta aikaa sen pohtimiseen, onko kaikki tullut tehtyä oikein. Lisäksi toivottiin harjoitteluohjelmaa, jolla voisi etukäteen työyksikössä harjoitella arvion tekemistä ja tutustua mittaritietoon. RAI - arvioinnin lisätietolomakkeen hyödynnettävyydestä kaivattiin lisää tietoa. RAI - ohjelmiston päivitysten yhteydessä toivottiin koulutusta sekä ajoittain kertauskursseja RAI - tiedon hyödynnettävyydestä.

RAI - arvioinnin peruskoulutuksen lisäksi pidettiin erittäin tärkeänä koulutusta RAI - arvioinnin hyödynnettävyydestä potilaan hoitosuunnitelman teossa. Miten tulkitaan arvion tuloksia? Mitä kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan? Kuinka iso osuus RAI – arvion tekijällä on tiedon kirjaamisesta hoitosuunnitelmaan? Tälle koulutukselle annettiin vielä enemmän painoarvoa ja tähän ehdotuksena oli, että jokainen moniammatillisen työryhmän jäsen osallistuisi koulutukseen: hoitajat, esimiehet, ja sosiaalityöntekijät jne. Myös lääkäreiden osallistumista koulutukseen toivottiin, jotta heidät saataisiin mukaan yhteistyöhön. Näin RAI - arvioinnin hyödynnettävyys tulisi

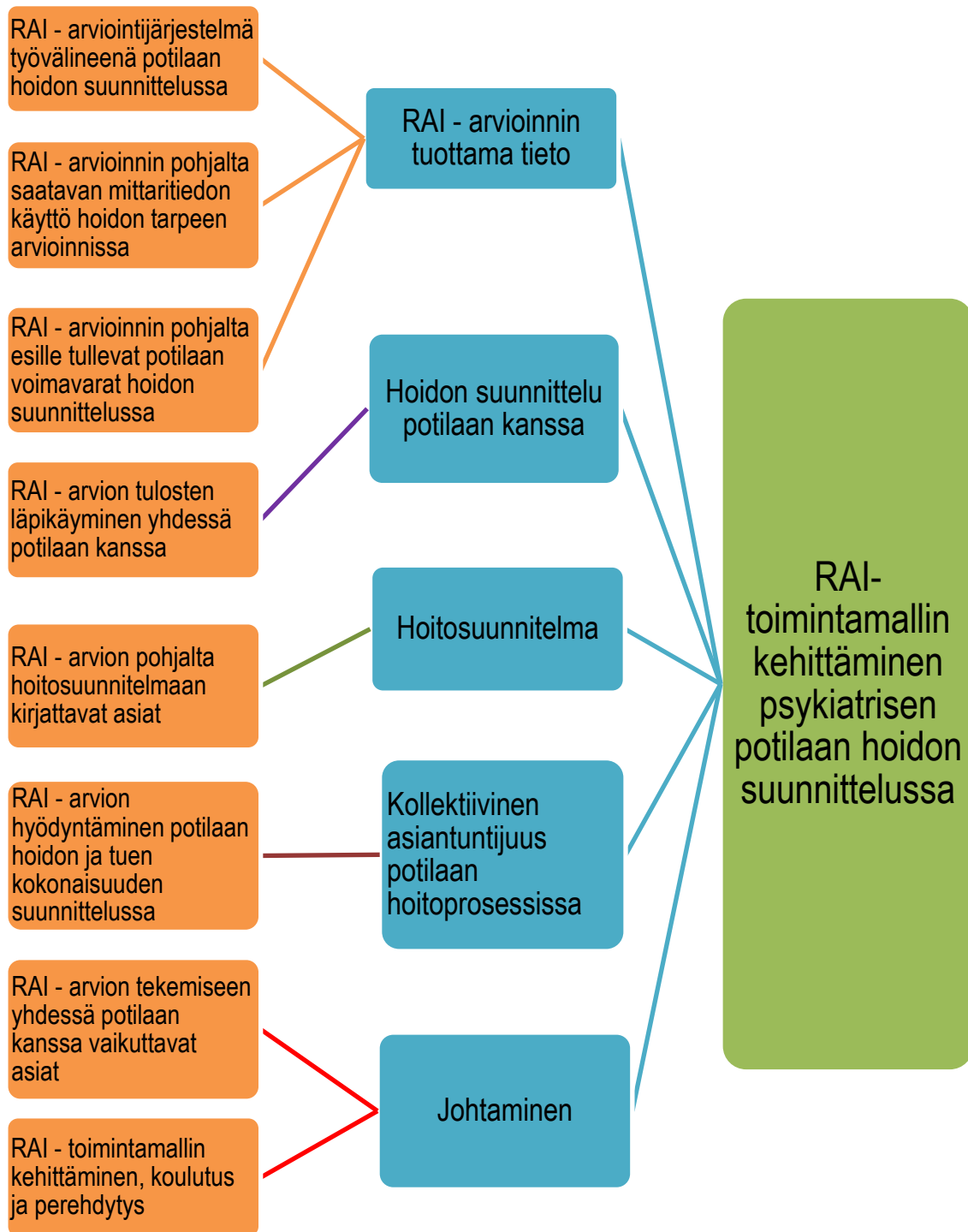
paremmin mahdolliseksi kollektiivisesti.

Kokonaisuutena katsoen perehdytystä RAI - arvion tekemiseen ja hyödyntämiseen työyksiköissä toivottiin lisää. Esimiesten vastuu on kertoa ja perustella, miksi arvioita tehdään ja ketä ne palvelevat. RAI - toimintamallin vakiintuessa psykiatrisen potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa, täytyy myös sille antaa tärkeämpi rooli. Silloin perehdytystä ja koulutusta on lisättävä. Pääsääntöisesti työyksiköiden RAI - vastaajien perehdytystä pidettiin hyvänä. Uusille työntekijöille tulisi antaa jo työsuhteen alkaessa asianmukainen ja perusteellinen perehdytys ja mahdollisuus myös koulutukseen.

Vastausten perusteella moniammatillisen tiimin tulisi yhdessä pohtia yhdessä RAI - arvioinneista saatua tietoa ja hyödynnettävyyttä. Interventioina voisivat olla mm. osastokokoukset, raporttitilanteet ja yksikön koulutuspäivä. Näin rakennettaisiin yhdessä työyksikköön paras malli, miten toimitaan ja tietoa hyödynnetään. Vastauksissa tuli ilmi, että on eettisesti väärin potilasta kohtaa, jos hoitajalla ei ole tarpeeksi tietoa ja taitoa tehdä RAI - arvio yhdessä potilaan kanssa.

Esimiehet kokivat, että teknisesti suurin osa työntekijöistä osasi tehdä RAI - arvioita, mutta RAI - arvion tulkintaa ei vielä osattu tarpeeksi. Myös esimiehet kokivat, että koulutukseen olisi pitänyt panostaa heti alussa ja kaikille olisi pitänyt olla samanarvoinen peruskoulutus, jotta henkilökunta olisi ryhtynyt tekemään RAI - arvioita systemaattisesti. Näin sitoutumista olisi arviointien tekemiseen tapahtunut paremmin. Vastuuhoitajille oli suunnattu oma RAI - koulutus, mutta he eivät ehtineet kouluttaa muita työntekijöitä vaaditussa ajassa. Tämän vuoksi työntekijät joutuivat aloittamaan RAI - arviointien tekemisen ilman koulutusta ja perehdytystä. Tämä on vaikuttanut työntekijöiden motivaatioon tehdä arvioita.

Esimiehet kokivat, että RAI - arviointien tekemisen taso vaihtelee hoitajien kesken. Osa henkilökunnasta on sisäistänyt asian ja osaa hyödyntää mittaritietoa hoidon suunnittelussa sekä keskusteluissa potilaan kanssa. Jatkossa toivottiin lisää koulutusta uusille työntekijöille sekä nykyiselle henkilökunnalle kertauskoulutusta. Myös esimiehet toivoivat saavansa koulutusta RAI - arvion tulkintaan.



Kuva. 18 Yhteenveto tutkimustulosten luokittelusta

## 5 Pohdinta

### 5.1 Tutkimustulosten vertailua kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimustuloksiin

Pohdin tutkimustuloksia tutkimuksen pääluokkien kautta, jotka ovat RAI - arvioinnin tuottama tieto, hoidon suunnittelu potilaan kanssa, hoitosuunnitelma, kollektiivinen asiantuntijuus potilaan hoitoprosessissa ja johtaminen.

#### RAI – arvioinnin tuottama tieto

RAI - toimintamallin keskeisiä elementtejä ovat asiakaslähtöisyys, hoidon perustuminen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnittelun tavoitteellisuus, kuntoutumista edistävä toiminta sekä hoidon tulosten systemaattinen arviointi. RAI - toimintamallin perustana on se, että ihminen nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun aktiivisesti osallistuvana henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja jota arvostetaan tasavertaisena ihmisenä. (Vähäkangas ym. 2012, 24.)

Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen määrittelyssä ja sen kirjaamisessa toimintakyvyn arviointi on olennainen osa alkukartoitusta. Toimintakykyyn liittyy fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Toimintakykyä määrittävät oleellisesti kykyjen ohella myös ympäristön olosuhteet ja ihmisen ominaisuuksien kokonaisuus. Laajasti arvioituna toimintakyky tarkoittaa ihmisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakykyä voivat heikentää useat yksilölliset seikat. Esimerkiksi psykososiaalinen toimintakyky liittyy usein muistiin, mielialaan ja elämän kokemisen mielekkyyteen. Toimintakyvyn arvioinnin tuloksena syntyy käsitys, mitkä ovat potilaan voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja mistä suoriutuu itsenäisesti. (Hallila 2005, 66).

RAI - arviointijärjestelmän avulla voidaan kartoittaa yksilön riskit, ongelmat ja voimavarat. Ne ovat apuna asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Tässä tutkimuksessa vastaajat kokivat, että

RAI - arviointijärjestelmästä saatava tieto on kattavaa ja laaja-alaista. RAI - arvioinnista saatavan tiedon koettiin vahvistavan jo ennalta tiedettyä tietoa potilaan tilanteesta. Potilaan kokonaistilannetta on helpompi lähteä kartoittamaan RAI - arvioinnin avulla. Se tuottaa myös sellaista tietoa, joka muuten ei nousisi esille potilaan kanssa tavallisessa keskustelussa.

### **Hoidon suunnittelu potilaan kanssa**

Kokkola ym. (2002, 80 – 85) ovat luoneet tutkimuksensa pohjalta asiakaslähtöistä mielenterveyttä edistävän toimintamallin. Sen perusteella asiakaslähtöisyys perustuu ihmisarvoon, ihmisen kunnioittamiseen, yhdenvertaisuuteen auttamistilanteissa, ihmisestä välittämiseen sekä voimavara-ajatteluun. Asiakaslähtöisyys toteutuu dialogisena vuorovaikutussuhteena, ja käytännön toiminnassa pyritään luomaan asiakkaalle saumaton hoito- ja palvelukokonaisuus. Asiakkaan kohtaaminen ihmisenä ja dialogi ovat hoitajan ja potilaan välisen yhteistyön laadun ydintekijöitä. Laadukkaassa toiminnassa tavoitellaan asiakkaan kärsimyksen lieventämistä, asiakkaan voimaantumista ja oman elämän hallintaa. Asiakaslähtöistä mielenterveyttä edistävää toimintaa johdetaan niin, että asiakaslähtöisen työn ydinasiat ovat johtamisen keskiössä. (Kokkola ym. 2002, 80 - 85).

Tässä tutkimuksessa voidaan tulosten perusteella todeta seuraavaa. Ensinnäkin RAI - arvioinnit tehdään yhdessä potilaiden kanssa, jolloin potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Myös dialogisuuden periaate potilaan ja hoitajan välillä toteutuu RAI – arvioinnin yhteydessä. Silloin kun RAI – arviosta nousseita hoidon tarpeita ja voimavaroja käytiin läpi yhdessä potilaan kanssa, potilas pystyi hahmottamaan paremmin kokonaistilannettaan ja samalla jakamaan omia tunteitaan, kokemuksiaan ja tekemään hoitajalle omaan hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Puolestaan silloin, kun potilaan psyykinen vointi oli huono, koettiin tärkeäksi perustella potilaalle hoitoon johtaneita syitä sekä jäsentää asioita, jotta potilas pystyy kokemaan, että hoitoa suunnitellaan yhdessä hänen kanssaan. RAI - arviointi koettiin hyödylliseksi yhteiseksi ajaksi potilaan kanssa, jolloin syntyy muutakin keskustelua arvioinnin ulkopuolelta. Tällä tavalla saadaan enemmän esille potilaan omia näkökulmia. RAI – arvioinnin avulla hoitajan on helpompi jäsentää tietoa, joka auttaa hoitosuunnitelman laadinnassa.

Koiviston (2003, 61) mukaan potilaiden ainutkertaiset ja yksilölliset situationaaliset eli tilanteisiin liittyvät kokemukset ovat hoitotyön lähtökohta ja ydin, jolloin potilaiden kokemuksista lähtevä hoitotyö ohjaa hoitajien omaa toimintaa. Tämä auttaa psykiatrisen hoitotyön asiantuntijuuden löytämisestä hoitotyön kokonaisuudessa, mutta vaatii hoitajalta todellista paneutumista potilaiden asioihin sekä taitoa tehdä vastavuoroista psykiatrista hoitotyötä. Potilaan hoidon suunnittelun tulee perustua potilaan ja hoitajan vastavuoroisuuteen. Hoitoa tulee suunnitella yhdessä ja lähtökohtana on, että potilaan kokemukset itsestä, muista ja ympäristöstä siten, että ne huomioidaan potilaan merkityksenä elämälle ja selviytymisessä elämässään.

Potilailla on tämän tutkimuksen mukaan tarve puhua, sairauden oireista, ongelmistaan ja hoitoon joutumisestaan. RAI - arvioinnin mittaritiedon avulla voidaan tunnistaa erilaisia riskejä, mutta potilas itse voi kokea ongelmansa omasta näkökulmastaan toisella tavalla. Potilas ei välttämättä tunnista esille nousseita riskejä ja ongelmia omikseen eikä pysty hahmottamaan kokonaistilannettaan ja hoitoon johtaneita syitä. Tällöin potilaalle on erityisen tärkeää kertoa hoitoon johtaneet syyt ja hoidon tavoitteet eli hoitotyön vastavuoroisuusperiaatteen noudattaminen on tärkeää ja tuottaa todennäköisesti parempia tuloksia.

Hoidossa on tärkeää myös potilaan voimavarojen löytäminen ja vahvistaminen. Yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä on voimavarojen vahvistamisen tärkein ominaispiirre. Potilaan kanssa asetetaan yhdessä hoidon tavoitteet ja keskustellaan niistä pyrkimyksenä potilaan tietoisuuden lisääminen ja valinnanvapauden kunnioittaminen. Potilaan voimavarat ovat sekä sisäisiä että ulkoisia. Sisäisiä eli henkilökohtaisia voimavaroja ovat mm. tieto, minän vahvuus, selviytymisstrategiat, pysyvä arvojärjestelmä, itsetunto, luottamus, energia, motivaatio sekä hallinnan ja kompetenssin tunne. Ulkoiset voimavarat liittyvät muilta ihmisiltä saatavaan tukeen. Voimavaroja määriteltäessä on tärkeää, että ihmisellä on usko ja kyky omiin mahdollisuuksiinsa ja voimavarojen käyttöön elämänsä elämissä ja erityisesti kriisitilanteissa. (Hallila 2005, 65.)

Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että RAI - arvioinnin yhteydessä esille nousevia potilaan voimavaroja huomioidaan uudella tavalla hoitotyössä; esim. potilasta aktivoitiin enemmän osaston toimintoihin. Vastaajat kokivat, että omahoitajan on helpompi seuloa voimavarat esille RAI - arvioinnin tuloksista. Tärkeä havainto on, että hoitajat kokivat RAI -

arvioinnin ansiosta aktivoituvansa korostamaan asioita potilaalle voimavarakeskeisesti. He keskustelivat potilaan voimavaroista enemmän, jotta potilas huomaisi positiiviset asiat elämässään.

## **Hoitosuunnitelma**

Hoitotyön suunnitelmaan kirjataan usein potilaan ongelmia. Potilaan ongelmat eivät kuitenkaan ole potilaan itsensä kokemina samoja kuin terveydenhuollon ammattilaisen havainnoimat ongelmat. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilaalta itseltään kysytään samoja asioita ja selvennetään yhdessä tilannetta hoitoon johtaneista syistä, jotka voivat liittyä tyydyttymättömiin tarpeisiin tai kyvyttömyyteen itsehoitoon. Potilas on voinut olla usein hoidossa, mutta ei ole saanut tilanteeseensa apua. (Hallila 2005, 63.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan hoitosuunnitelmaan RAI - arvioinnin perusteella kirjataan asioita sairaus- ja oirekeskeisesti. Pääsääntöisesti kuitenkin hoitosuunnitelmaan kirjattiin ne ongelmat, jotka voimakkaimmin nousivat esille ja myös ne ongelmat, joihin kyseisellä hoitajaksolla voitiin vaikuttaa. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin myös asioita, jotka vaikuttavat pidemmällä aikavälillä potilaan elämäntilanteeseen. Lääkehoitoa ja avohoidon suunnittelua rakennettiin RAI - arviosta nousseiden ongelmien kautta kokonaisvaltaisemmin. Samalla tavalla huomioitiin myös perheen jaksaminen ja somaattiset sairaudet.

Potilaan voimavaroiksi kirjattiin yleisesti sellaiset asiat, joista potilas selviytyy arkipäivässä ilman apua ja sosiaalisen verkoston antama tuki. Avohoidon suunnittelussa potilaan voimavaroja huomioitiin paremmin ja potilaan omatoimisuutta korostettiin enemmän. Tutkimustulosten perusteella voidaan katsoa, että potilaan voimavaroihin on kaiken kaikkiaan kiinnitettävä enemmän huomiota potilaan hoidon suunnittelussa ja hoitosuunnitelmaan kirjaamisessa.

## **Kollektiivinen asiantuntijuus potilaan hoitoprosessissa**

Kollektiivinen asiantuntijuus muodostuu kolmesta eri osa-alueesta: yhteisestä ymmärryksestä, työpaikan tapahtumista, kollektiiviseen tietoperustan kehittämisestä ja käyttämisestä sekä keskinäisen riippuvuuden kehittämisestä. Kollektiivinen asiantuntijuus tarkoittaa jaettua asiantuntijuutta sekä toiminnassa tarvittavaa yhteistä käsitteistöä. Se on yhteistä osaamista, jossa ratkaistaan yhteisiä ongelmia. Tuloksena syntyy osaamista. Tällöin asiantuntemus on usean henkilön muodostaman työyhteisön asiantuntemusta. Hoitotyön asiantuntijuus voi olla myös verkostoitunutta, johon kuuluu tiedon jakaminen, vastavuoroisuus, kriittinen työote sekä kyky vertailla oman toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia. Siihen kuuluu myös riippuvuus toisista ja työskenteleminen yhteisen asian hyväksi. Verkostojen avulla hoitotyön asiantuntijalla on mahdollisuus käyttää tietoa ja taitoa myös oman asiantuntijuuden ulkopuolelta yli sektorirajojen. Yksilötasolla kollektiivisen asiantuntijuuden merkityksen ymmärtäminen nähdään työntekijän kykyä arvostaa muiden asiantuntijuutta ja tunnistaa oman osaamisensa rajat. Työntekijöiden keskinäinen luottamus ja avoimuus mahdollistavat tiedon jakamisen toisten kanssa, esimerkiksi kollegan konsultoiminen tai ongelmien reflektointi yhdessä edistävät kollektiivista asiantuntijuutta. Työntekijöiden pyrkiessä potilaan mahdollisimman hyvään kokonaisuhoitoon kollektiivisen asiantuntijuuden merkitys kasvaa. Erilaista osaamista omaavien asiantuntijoiden avulla potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa käy mahdolliseksi ja hoidon hyvä tulos varmistetaan. Kollektiivinen asiantuntijuus lisää myös työntekijöiden osaamista ja työntekijän tehokkaampaa osaamisen hyödyntämistä siten, että työntekijä pitää huolen oman osaamisensa päivittämisestä. (Holopainen & Korhonen 2011, 51 – 61; Sarajärvi 2011, 50 – 52).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on todennettavissa, että RAI – arviointijärjestelmä auttaa myös suunnittelemaan potilaan hoitoa paremmin moniammatillisessa tiimityössä, johon sairaalassa osallistuvat mm. hoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Tällä hetkellä RAI - arviointi tehdään pääsääntöisesti kuitenkin yksilövastuisesti. Arvioinnista saatavaa tietoa käydään läpi potilaan hoidon suunnittelussa myös omien hoitajien kesken tai laajemmin työryhmässä. Verkostokeskeisesti ajatellen psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun kuuluvat eri yksiköiden tai eri organisaatioiden asiantuntijat. Heihin kuuluvat mm. palveluohjauksen sosiaalityöntekijä, ohjauspalveluiden ohjaaja, perusterveydenhuollon lääkäri tai hoitaja jne. Moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen potilaan hoidon suunnittelussa koettiin



tutkimustulosten mukaan tärkeäksi niin omassa toimintayksikössä kuin laajemmassakin mittakaavassa.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni myös, että RAI - arviointijärjestelmän avulla hankittua tietoa pitää osata jakaa ja hyödyntää jatkossa enemmän kollektiivisen asiantuntijuuden toteuttamisessa, kun päämääränä on potilaan kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu. Eri ammattiryhmien asiantuntijuus on siis tärkeää, ja potilaan hoidossa voitaisiin käyttää RAI - arviointia hyväksi esimerkiksi yhteisesti reflektoiden, mikä osaltaan edistäisi kollektiivista asiantuntijuutta. Tutkimustulosten mukaan lääkärit eivät hyödynnä RAI - arvioinnista saatavaa tietoa riittävästi. Hoitajien toiveena taas oli, että jatkossa arviointeja käytäisiin systemaattisemmin läpi ennalta sovituisissa interventioissa.

## **Johtaminen**

Muutos oppimisprosessina sisältää erilaisia ja eri henkilöstöryhmille suuntautuvia haasteita. Omassa työyhteisössäni työntekijänä sekä kehittäjänä sain huomata, että rutiinit luovat turvallisuudentunnetta, minkä vuoksi niitä on vaikea muuttaa. Uuden työtavan oppiminen ja luottaminen siihen, että se on parempi kuin aikaisempi, vaatii aikaa. RAI - arviointijärjestelmän käyttöönottoon on liittynyt selvästi myös negatiivisia asenteita, jotka todennäköisesti heijastuivat mm. niin, että ohjelman hyödynnettävyyttä potilaan hoidossa ei heti pystytty näkemään.

Kun sosiaali- ja terveydenhuolto on yhdistymässä toiminta-alueittain ja asiakasprosessien toimivuuteen kohdistuu kasvavia vaatimuksia, on kiinnitettävä huomiota myös eri henkilöstöryhmien osaamiseen ja sen hyödyntämiseen eri ammattiryhmien kesken. Palvelujen laatu ja moniammatillisen verkoston toimivuus edellyttävät henkilöstövoimavarojen jatkuvaa kehittämistä ja henkilöstöä osallistavaa johtamistapaa. Henkilöstön vahva ammatillinen asiantuntijuus on palveluiden laadun ja vaikuttavuuden sekä moniammatillisen yhteistyön toimivuuden perusedellytys. (STM 2009b, 14.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (Kaste) kuuluu kolme osakokonaisuutta, joilla johdetaan johtamiskäytäntöjen uudistamista ja työhyvinvoinnin kehittämistä. Yksi näistä ohjelmista pyrkii luomaan johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Ohjelman tavoitteena on mm. tukea hoitotyön johtajia henkilöstön osaamisen ja ammatillisen toiminnan kehittämisessä. Ohjelmassa on määritelty mm. asiakaslähtöisen ja näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen soveltamista palvelukokonaisuudessa. Tähän liittyy johtamisen kehittäminen siten, että henkilöstön osallistumismahdollisuus lisääntyy oman työn ja toiminnan kehittämisessä. Hoitotyön johtamisen kehittämisen ajatellaan näin tuottavan tulosta koko organisaatiotasolla tuloksellisuuden paranemisena. Tavoitteena on myös turvata potilaiden hoitoon pääsyä ja palveluiden laatua. Tähän pyritään mm. vahvistamalla henkilöstön osaamista suunnitelmallisesti. Hoitotyön johtamisen päämääränä on potilaan ja asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen asiakaslähtöisillä, turvallisilla ja vaikuttavilla hoitotyön palveluilla. (STM 2009b, 14 - 15).

Organisaation johdon tehtävänä on turvata koko organisaation toimintakyvyn kehittyminen ja samalla myös palvelujen laatu ja tuottavuus. Henkilöstön osaaminen, kokemus ja tietotaito yhdessä vaativat joustavuutta toimintakulttuurissa ja osaavaa motivoivaa johtamistaitoa. Vastuu oppimisesta on aina yksilöllä itsellään, mutta johtajan ja organisaation on varmistaa mahdollisuus kehittymiseen, luoda sille suunta sekä tukea motivaatiota. (Laaksonen ym. 2005, 98).

Osaamisen johtamiseen kuuluu työntekijöiden osaamisen kehittämisen lisäksi oppimisen edesauttaminen työyhteisöissä. Tällä tarkoitetaan mahdollisimman nopeaa yhteisen näkemyksen luomista ja sen soveltamisesta yhteiseen tekemiseen. Mitä useamman henkilön näkemys saadaan mukaan yhteiseen prosessiin, sitä nopeammin kyetään luomaan uutta osaamista ja toimintaa. Tällainen esimiestyö koetaan siten, että työntekijöiden osaamista hyödynnetään ja että henkilöstöllä on vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä. (STM 2009b, 67).

Työntekijälähtöinen kehittäminen perustuu ajatukseen, että henkilöstön mielipiteille ja kokemuksille annetaan niille kuuluva arvo. Henkilöstö täytyy nähdä tärkeimpänä tekijänä ihmisten auttamisen välineenä. Mielestäni muutos RAI - toimintamallin juurruttamisessa käytäntöön lähtee henkilöstön sitouttamisesta uuteen toimintatapaan. Muutos aiheuttaa aina myös vastustusta.

Kehittäminen on mahdollista silloin, kun ihmiset ymmärtävät uuden toiminnan tarkoituksen ja tavoitteet. Vastuu uuden toimintamallin käytöstä on koko työyksikön henkilökunnalla. RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotto edellyttää työyksikössä kriittistä arviointia ja kiinnostusta kehittää omaa toimintaa. (Noro ym.2005, 163). Lisäksi esimiehen tehtävänä on luoda organisaatiossa mahdollisuudet käyttää RAI - arviointia potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Esimiehen velvollisuuksiin kuuluu varmistaa työn sujuminen työyksikössä, vastata hoidon sisällöstä, henkilökunnan riittävydestä ja osaamisesta kaikissa työvuoroissa. Työn sujuvuutta ja henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin on myös arvioitava määräajoin.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että henkilökunta koki RAI - järjestelmän organisoinnin ja RAI - arvion hyödynnettävyyden lähtevän organisaation johdosta. RAI - arvion tekemiseen pitää olla yhtenäinen tarkempi ohjeistus ja säännöt ohjelman käyttöön sekä RAI - arviosta saatavan tiedon hyödyntämiseen. Myös arvion kirjaamisen potilaan hoitosuunnitelmaan pitäisi olla tarkempaa ja systemaattisempaa ja sille pitäisi olla yhtenäinen ohjeistus työyksiköittäin ja koko organisaatiossa.

Muutosten tarkoituksena on yleensä lisätä toiminnan laatua. Jos muutosta ei kuitenkaan perustella tarpeeksi hyvin, työntekijät voivat kokea, ettei heidän työtään arvosteta. (Lahti, 2008, 94). Tutkimuksessa tuli esille, että esimiesten vastuulla on kertoa ja perustella, miksi RAI - arvioita tehdään ja ketä ne palvelevat. Tutkimuksen perusteella voidaan katsoa, että RAI - järjestelmän käyttöönottoa ei perusteltu tarpeeksi hyvin ja se oli vain määrätty otettavaksi käyttöön. Kokemuksena oli nyt, että RAI - arvioinneista saatava hyöty on osittain jäänyt irralliseksi kokonaisuudeksi potilaan hoidossa, koska yhteistä keskustelua ei RAI - arviointijärjestelmän käyttöönoton yhteydessä tapahtunut. Tämä on vähentänyt motivaatiota tehdä RAI - arvioita.

Henkilöstön sitoutuminen RAI - arvion tekemiseen on ollut osittain kiinni siitä, miten paljon työntekijä on saanut koulutusta ja perehdytystä. RAI - arvioinnin tekemiseen ja hyödyntämiseen olisi toivottu niin hoitajien kuin esimiestenkin mielestä enemmän koulutusta. Koulutusta sekä RAI - arvioinnin perusteista että hyödyllisestä soveltamisesta pidettiin tärkeänä. Koulutusta olisi pitänyt järjestää kaikille tasapuolisesti. Se olisi mahdollistanut ohjelman joustavamman ja systemaattisemman käyttöönoton. Noro on esittänyt (2005, 163.), että koko henkilökunnan

pääseminen mukaan koulutukseen heti RAI - järjestelmän käyttöönottoaiheessa edesauttaa tehokasta oppimista ja RAI - arvion soveltamista käytännön hoitotyöhön. Tutkimuksessani esimiehet toivat esille, että RAI -arvioiteja tehdään vaihtelevasti. Osa hoitajista on sitoutuneita ja motivoituneita suorittamaan arvioiteja. He siirtävät tietoa hoitosuunnitelmaan sekä käyttävät tietoa hyväksi mm. lääkärin vastaanotoilla ja hoitoneuvotteluissa. Osa hoitajista tarvitsee jatkossa koulutusta pystyäkseen suoriutumaan arviointien laadinnasta ja työvälineen käyttöön. Tutkimuksen mukaan perehdytyksen ja koulutuksen täytyy kuulua jokaisen työyksikön rutiineihin. RAI - arvioinnin periaatteet on esiteltävä myös uudelle työntekijälle.

Tutkimuksen perusteella esimiehet kokivat tärkeäksi esimerkkinä toimimisen RAI – mittaritiedon tulkitsemisessa. Esimiesten tulisi käydä arvioinnin tuloksia läpi yhteisissä interventioissa osastolla. Johtajan tehtäviin kuuluu antaa mahdollisuus reflektioon työyksiköissä, jotta uuden toiminnan oppimiselle tulee merkitys. Tämä edesauttaa mm. henkilöstön sitoutumista, innostusta ja luovuutta uuden asian oppimiseen. Johtaja voi käyttää osaamisen johtamisessa esimerkillä johtamisen periaatetta. Johtajan on oltava innostunut työstään ja hänen on oltava valmis sitoutumaan muutoksiin. Hän haluaa hankkia tietoa myös oman työyhteisönsä osaamisesta. Näin hän luo työyhteisössä kannustavaa ilmapiiriä ja tukee henkilökunnan oppimista. (Laaksonen ym. 2005, 99). Esimiestyössä tulee selvästi näkyviin johtajan kaksinainen rooli. Hän on yhtäältä työyhteisön jäsen työntekijänä, mutta samalla hän on yhteisönsä vastuullinen promoottori.

## **5.2 Tutkimustulosten luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisesti validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän ja -kohteen yhteensopivuutta ja reliabiliteetti toistettavuuden avulla arvioitua tulosten pysyvyyttä. Toimintatutkimuksessa tulokset rakentavat sosiaalista todellisuutta ja on mahdotonta tavoittaa sitä todellisuutta, johon väitteitä verrataan. Tämä tekee validiteetin käsitteen hankalaksi. Reliabiliteetti on toimintatutkimuksessa mahdotonta, koska toimintatutkimuksella pyritään muutokseen, ei niiden välttämiseen. Saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksilla on toimintatutkimuksen pyrkimyksen vastaista. Tämä sopii paremmin määrälliseen tutkimukseen. Toimintatutkimuksessa pyritään validointiin, mikä tarkoittaa

prosessia, jossa tutkijan ymmärrys ilmiöstä kehittyy vähitellen ja vaiheittain. ( Heikkinen & Syrjälä, 2006, 147 – 149.)

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa otetaan huomioon historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Historiallinen jatkuvuus tarkoittaa, että toiminta ei ala eikä pääty koskaan vaan prosessi sijoittuu aina kerrallaan tiettyyn tilanteeseen tai yhteyteen. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkimus perustuu tutkijan ymmärrykseen ja vähitellen kehittyvään tulkintaan. Reflektiivisyys on myös toimintatutkimuksen syklin peruskäsitteitä, jossa tutkijan reflektio käynnistää seuraavan syklin. Toiminnan arvioinnin tarkoituksena on tuottaa ymmärrystä, jonka avulla syntyy uusia toimintatapoja. Dialektisuus voidaan toimintatutkimuksessa ymmärtää siten, että yksi ajattelutapa saa vastapainokseen toisen tai toisia (antiteesit). Näin dialektisuusperiaatteen mukaan toimintatutkimusraportti sisältää monia sosiaaliseen todellisuuteen perustuvia näkökulmia ja niiden nojalla laadittuja uusia yhdistelmiä (synteesejä).

Toimivuusperiaatteen mukaan toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännön vaikutusten hyödyllisyyden ja toimivuuden näkökulmasta. Hyvän toimintatutkimuksen ajatellaan näin tuottavan toimivia ja tuottoisia tuloksia, mutta tutkijan on tärkeää kuvata tutkimuskohteena olleen käytännön ja kehittämisprojektin vahvuudet ja heikkoudet. Tutkimuksen toimivuutta arvioidaan myös vallan mekanismien avulla. Kriittinen toimintatutkija ei saa käyttää käsitteitä pohtimatta niiden taustalla olevaa vallankäyttöä. Itsestään selvinä pidettyjä ajatusjärjestelmiä ja käsitteitä voidaan toimintatutkimuksen avulla nähdä toisin. Lisäksi onnistunut toimintatutkimus saa osallistajat kiinnittämään kriittisesti huomiota omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Havahduttavuuden periaate toimintatutkimuksessa herättää ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Kirjoittajan tavoitteena on tehdä tutkimus eläväksi ja todentuntuiseksi, jotta siihen pystyy samaistumaan, mutta samalla kertomus tuo esille uusia näkökulmia lukijalle. ( Heikkinen & Syrjälä, 2006, 147 – 161.)

Tuomen & Sarajärven mukaan (2009, 140 - 141) tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta sekä aineiston keruumenetelmiä, tutkimuksen tiedonantajia ja sitä millä perusteella ne valittiin. Tutkijan omaa sitoumusta tutkimukseen pohditaan kysymällä, miksi tutkimusaihe koetaan tärkeäksi. Lisäksi otetaan huomioon, miten tutkija-tiedonantajasuhde toimi ja ovatko tiedonantajat lukeneet tulokset ennen niiden julkaisua, millä aikataululla tutkimus on tehty ja mitä menetelmää on

käytetty aineiston analysointiin, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin, onko tutkimus luotettava, oliko mahdollisia ongelmia sekä tuliko esille muita tutkimuksen kannalta merkityksellisiä seikkoja. Lisäksi raportointi ja sen muoto vaikuttaa luotettavuuden arviointiin.

Koen tutkimus- ja kehittämistyöni aiheen erittäin tärkeäksi, koska se osaltaan perustuu kansalliseen kehittämislinjaukseen psykiatrisen- ja päihdepotilaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa. Asiakslähtöisyys toiminannan kehittämisessä on tärkeää, ja tutkimuksen aihe noudattaa mielestäni hyvin tätä periaatetta. Koko kehittämisprosessin ajan aihe on ollut ajankohtainen ja tärkeä myös omassa organisaatiossa, jota kehittämistyöni erityisesti palvelee. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla viedään eteenpäin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa ja kuntoutusta siten, että RAI - arviointi on käytössä systemaattisesti mielenterveys- päihdeasiakkaan palveluprosessissa, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa siten, että asiakkaan osallistuminen oman hoitonsa kehittelyyn ja toteutukseen on osallistavaa ja kokonaisvaltaisempaa. Tavoitteena on myös, että RAI - arvioinnin pohjalta hoitosuunnitelmaan kirjattua tietoa hyödynnetään potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyön välineenä. RAI - arviointijärjestelmän avulla kehitetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin osallistuvien asiantuntijuutta. Tähän kehittämistyöhön liittyvä toimintatutkimus on ollut käytännönläheistä ja sen avulla on toimintaa viety eteenpäin. Toimivuusperiaatteen mukaan onnistunut toimintatutkimus tarkoittaa entistä parempaa uutta käytäntöä. (Heikkinen 2006, 171).

Dialektisuuden periaate tulee tässä tutkimuksessa esille seuraavasti: sosiaalinen todellisuus on rakentunut vuorovaikutuksessa siten, että tutkimukseen osallistuvien erilaiset ajattelutavat otetaan huomioon ja muodostetaan niistä synteesi. Tutkijana olen pyrkinyt tuomaan esille tutkimukseen osallistuvien äänet siten, että he tunnistavat omat ajatuksensa ja mielipiteensä tutkimuksen raportista. (Heikkinen 2006, 154 – 155.)

Tutkimus- ja kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen; se oli luonteeltaan ainutlaatuinen eikä sitä voi toistaa. Tämän vuoksi on tutkimus- ja kehittämistehtävässä on pyritty validointiin eli tutkimus perustuu tutkijan vähitellen kehittyvään ymmärrykseen ja tulkintaan. Lisäksi tutkijan jatkuva havainnointi ja reflektiivisyys kehittämisprosessin aikana näkyy tutkimusraportissa sosiaalisen todellisuuden muodostumisena ja osaamisen kehittymisenä syklissä. Arvioinnin avulla pystyin tutkijana tuomaan esille

tutkimustulokset ja kehittämisideat. Tutkimustulosten avulla saatiin aikaiseksi käsitteet, jotka tulivat esille sosiaalisen todellisuuden muodostumisen avulla. Tutkimuksen raportissa pyrin tuomaan esille myös havahduttavuuden periaatteen, joka toimintatutkimuksessa johtaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Tavoitteena oli tehdä tutkimus eläväksi ja todentuntuiseksi, jotta siihen pystyy samaistumaan, mutta samalla kertomuksen tehtävänä on tuoda esille uusia näkökulmia lukijalle.

Sarajärven & Tuomen (2006, 143) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää triangulaatio eli useamman kuin yhden tiedonkeruumenetelmän käyttö tutkimustulosten hankkimiseksi, kuten erilaisten metodien, tiedonlähteiden ja teorioiden käyttö. Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelminä käytettiin tutkijan omaa havainnointia omassa työssään psykiatrisena sairaanhoitajana, interventioita työyhteisössä sekä muutamissa muissa oman organisaation psykiatrisen hoidon työyksiköissä sekä laajaa ZEF - kyselyä, joka suunnattiin Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden laitospalveluiden hoitajille, ohjaajille sekä lähiesimiehille. Kysely suunnattiin niille henkilöille, jotka olivat käyttäneet RAI - arviointijärjestelmää työväliseinä omassa työssään tai hallinnoineet käyttöä.

Tämän kehittämistyön liittyvässä ZEF - kyselyssä haettiin sekä numeerista tietoa että kokemukseen liittyvää tietoa sanallisesti vapaapalautteen muodossa RAI - arvioinnin hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidossa. Kyselyssä oli kaksi eri kohderyhmää: mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden hoitajat ja esimiehet. Hoitajilta kysyttiin kokemuksia RAI - arvioinnista psykiatrisen potilaan hoidossa ja esimiehiltä RAI - arvioinnista psykiatrisen potilaan hoidossa johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että ZEF - kyselyn aihe oli tuttu tutkittavassa organisaatiossa ja perustui yhteiseen ilmiöön, joka on lähellä tutkittavaa maailmaa. ZEF - kyselyssä onnistuneilla kysymyksillä kerättyä tietoa, jota ollaan hakemassa. Lisäksi kaikkien kyselyyn osallistujien pitää ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Kyselyn laatija voi myös sisällyttää tarkempia määritelmiä kyselyyn vastaajille eli osana kyselyä voi olla täsmennys, mitä kysymyksellä tarkoitetaan. (Ronkainen & Karjalainen. 2008, 31,36) Koin onnistuvani ZEF - kyselyssä, koska sain laajan aineiston tutkimukseen osallistujilta. Osallistajat olivat kommentoineet vapaapalautteissa asioita laajasti, ja ne toivat esille hyvin erilaisia näkökulmia. Tämä myös lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta voi samalla mutkistaa päätelmien tekemistä.

Tuomen & Sarajärven (2006, 142) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija on käyttänyt tarpeeksi aikaa tutkimuksen tekemiseen. Tutkimus- ja kehittämistyö oli pitkä prosessi ja sen aikataulu ei kokonaisuudessaan pitänyt. Aihe tutkimukselle tuli organisaation ylemmältä johdolta vaiheessa, jossa RAI - arviointijärjestelmä oli vasta otettu käyttöön. Tutkimus on työelämälähtöinen. Tutkimuksen eri vaiheet ovat vieneet runsaasti aikaa. Tutkimukseen liittyvää ZEF - kyselyä ei kannattanut tehdä liian aikaisessa vaiheessa, koska RAI - arviointijärjestelmää ei ollut vielä käytetty tarpeeksi kauan työvälineenä. ZEF - kysely siirrettiin tehtäväksi vasta siinä vaiheessa, kun sen käyttämisestä oli eri tahoilla kertynyt kokemuksia. Tutkimuksen käyttöön seuloutunutta tietoa on näin ollen pidettävä luotettavampana. Tutkijana osallistuin koko tutkimusprosessin ajan RAI - arvion käyttöön psykiatrisen potilaan hoidossa ja suunnittelussa sekä opetin RAI - järjestelmän käyttöä työyhteisössä sekä jaoin toisten kanssa yhdessä omaksuttua tietoa ja taitoa järjestelmän käytöstä. Myös pidemmän aikavälin kuluessa tapahtuneet interventiot työyhteisössä sekä tutkijan oma kehittyminen asiantuntijana tuovat oman luotettavuusnäkökohdan tutkimukselle.

Tutkimukseen liittyvän ZEF - kyselyn aineisto on analysoitu sisällön analyysillä. Tutkimusaineisto on pelkistetty, ryhmitelty ja lopuksi luotu teoreettiset käsitteet. Tutkijalle on haasteellista, miten hän pystyy pelkistämään aineiston siten, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. (Janhonen & Nikkonen, 2003, 36 - 37.) Tässä tutkimuksessa sisällön analyysillä analysoitu aineisto oli laaja ja sen avulla pystyi saamaan hyvin vastauksen tutkimuskysymyksiin. Hoitajien vastausprosentti oli 60,6, ja he olivat vastanneet kyselyyn loppuun saakka. Esimiesten vastausprosentti oli sata. Hyvä vastausprosentti lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston analyysi lähti eteenpäin induktiivisen analyysin periaatteella eli eteni empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tavoitteena tutkimuskysymyksiin vastaaminen. Yläluokkien luomisessa käytettiin apuna tutkimus- ja kehittämistyön teoreettista viitekehystä. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta kasvattaa tutkijan koko kehittämisprosessin ajan pitämä päiväkirja, johon kirjoitettiin muistiinpanoja interventioista, opetustilanteista, merkintöjä käytettävistä lähteistä sekä omaa reflektointia. Päiväkirjan aineisto on auttanut raportin tulosten kirjoittamisessa, sisällönanalyysissä sekä johtopäätösten teossa.



### 5.3 Tutkimuksen eettisyys

Toimintatutkimuksen toimivuusperiaatetta syvennetään pohtimalla tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta. Tutkijan velvollisuus on pohtia, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, yhteiskuntaan sekä ihmiskuntaan. Tutkijan pitää arvioida sitä, onko tutkittavia mahdollista tunnistaa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta heille haittaa. Myös tutkijan antama ääni tutkittaville tutkimusraportissa on eettistä pohdintaa. (Heikkinen 2006, 158.)

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tutkimuksissa, joissa kosketellaan inhimillistä toimintaa. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut ovat yhteydessä toisiinsa. Ne perustuvat tutkijan noudattamiin hyviin tieteellisiin käytäntöihin, joihin kuuluu mm. rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. Tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta sekä eettistä kestävyyttä voidaan käyttää hyvän tutkimuksen kriteerinä. Eettinen kestävyys tarkoittaa, että tutkimuksen eettisyys on osa tutkimuksen luotettavuutta. Hyvää tutkimusta ohjaa myös tutkijan eettinen sitoutuneisuus. Tutkimusaiheen valinta on jo sinällään eettinen kysymys ja tutkijan täytyy selkiyttää, kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu ja miksi sitä tutkitaan. Eettisyyttä lisää, että tutkija hankkii tutkimukseen tietoa käyttämällä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja soveltaa tietoa omaan tutkimukseensa kunnioittaen tietolähteiden kirjoittajia antamalla tiedolle asianmukaisen arvon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127- 133.)

Toimintatutkimukseen liittyvään ZEF - kyselyyn pyydettiin virallinen tutkimuslupa Oulun kaupungin sosiaalisen hyvinvoinnin palvelujohtajalta. ZEF - kysely lähetettiin sähköisesti 94:lle mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden hoitajalle ja viidelle esimiehelle. ZEF - kyselyn yhteydessä oli kutsuviesti tutkimukseen osallistumiseen. Kutsuviestistä kävi ilmi tutkijan tausta, tutkimuksen tarkoitus ja mille kohderyhmälle kysely on suunnattu. Lisäksi kutsuviestistä kävi esille, että tutkimukselle on hankittu lupa, tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja miten tutkimusotantaan valittujen sähköpostiositteet oli kerätty. Osallistujille kerrottiin, että vastaukset käsitellään nimettöminä, ehdottoman luottamuksellisesti ja että vain tutkijalla on pääsy ZEF - kyselyn vastauksiin eikä tutkimukseen osallistujia voi tunnistaa tutkimuksen loppuraportista. ZEF - kyselyyn osallistuvien mielipiteen tärkeyttä psykiatrisen potilaan hoidon ja suunnittelun

kehittämisessä korostettiin. Näin esitin eettisesti tutkimuksen merkityksen ZEF - kyselyyn osallistujille.

Tutkimuksen tekemisessä olen noudattanut tarkkuutta. Tutustuin laajasti kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja alan muihin julkaisuihin. Niiden kirjoittajille on tässä tutkimuksessa annettu asianmukainen kunnioitus. ZEF - kyselyn laadintaan sekä tutkimustulosten raportointiin käytin paljon aikaa. Tutkimuksen tulosten analysointi perustuu huolelliseen aineistoon tutustumiseen ja luokitteluun. Koko tutkimustyön ajan olen ollut johdonmukainen ja pyrkinyt siihen, että tutkimuksen tuloksissa osallistajat saavat oman äänensä kuuluville huomioiden erilaiset näkökulmat kysymyksiin. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset perustuvat tutkijan rehellisyyteen. Tutkijana en olisi pystynyt ilman tutkimukseen osallistujien mielipiteitä ja käsityksiä tuomaan esille tärkeitä asioita, jotka sitten lopullisessa tutkimuksessa tulevat esille. Tutkimus on syntynyt yhteistyössä tutkimukseen osallistujien kanssa.

#### **5.4 Kehittämistehtävän tekemiseen liittyvää pohdintaa ja oppimiskokemukset**

Koko kehittämistyön ajan asiakaslähtöinen toiminnan suunnittelu ja kehittäminen on ollut etusijalla. Olen ollut koko työurani ajan edustanut näkemystä, että psykiatristen potilaiden omaa näkökulmaa oman hoitonsa suunnitteluun pitää saada enemmän esille. Mielenkiintoa kehittämistyön läpiviemiseen lisäsi myös aiheen ajankohtaisuus omassa organisaatiossa sekä valtakunnallisesti. Psykiatrisen potilaan hoitoa ja kuntoutusta ohjaavat organisaatiossa ajankohtaiset lait, ohjeistukset, suositukset ja strategiat. RAI - arviointijärjestelmän avulla voidaan tuoda laatua psykiatriseen hoitotyöhön. Lisäksi kehittämistyön työelämälähtöisyys vaikutti paljon motivaatioon tehdä tutkimusta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekeminen on ollut kuitenkin haastavaa oman työn sekä muiden ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon liittyvien opintojen ohessa. Tämä on epäilemättä kasvattanut organisointikykyäni. En ole aikaisemmin tehnyt toimintatutkimusta; koin sen haasteelliseksi, mutta myös erittäin opettavaiseksi ja antoisaksi oppimiskokemukseksi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekeminen sekä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnot ovat antaneet minulle hyvän pohjan toimia erilaisissa kehittämishankkeissa, opettamisessa ja

esimiestehtävissä. Itse tutkimus- ja kehittämisosaamisen lisäksi kehittämistyö toi syvyyttä johtamisen eri osa-alueiseen, erityisesti henkilöstö- ja osaamisen johtamiseen, sekä asiakaslähtöisen hoidon suunnitteluun ja johtamiseen. Kehittämistyö toi vahvistusta sille ajatukselle, että johtajan on oltava jatkuvasti ajan tasalla aikansa ilmiöistä ja muistettava, että oman itsensä kehittämisestä lähtee myös työyhteisön kehittyminen. Johtaja on suunnannäyttävä kehittämissankkeissa, mutta ei voi onnistua ilman työyhteisön sitoutuneisuutta asiaan. Johtajan tehtävänä on tuoda esille henkilöstön vahvuudet kehittämisessä ja antaa myös vastuuta omatoimiseen kehittämiseen. Kehittämistyöllä täytyy olla myös jokin merkitys ja tavoite, muuten kehitetään kehittämisen takia ilman päämäärää.

### **5.5 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet**

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perustella voidaan RAI - toimintamallia kehittää ja soveltaa psykiatrisen potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemisessa siten, että potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja hoidon suunnitteluun on osallistavaa. Lisäksi RAI - toimintamallin avulla voidaan kehittää hoitajan, moniammatillisen tiimin sekä johtajuuden asiantuntijuutta siten, että psykiatrisen potilaan hoito on jatkuvaa riippumatta hoito- tai kuntoutuspaikasta ja hoidon suunnittelu on potilaan kannalta samanarvoista. Jatkossa kehittämisessä tulisi ottaa huomioon seuraavia asioita:

1. Potilaan toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla lähtökohtana hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen kokonaisvaltaisessa suunnittelussa. RAI - arvioinnilla saadaan kokonaisvaltainen kuva potilaan tilanteesta sekä toimintakyvystä. RAI - arviointijärjestelmästä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää monipuolisesti potilaan jatkohoidon suunnittelussa ja muun palvelutarpeen arvioinnissa.
2. RAI - arvio vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa potilaan tilanteesta, riskeistä ja ongelmista sekä tuo esille myös sellaista tietoa, joka ei ilman RAI - arviota mahdollisesti tulisi esille.
3. RAI - arviointi osallistaa potilaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun sekä antaa potilaalle hyvän kokonaisvaltaisen kuvan omasta tilanteestaan. RAI - arvioinnin avulla voidaan auttaa potilasta ottamaan enemmän vastuuta sekä erittelemään

asioita, joihin hän tarvitsee apua. Tämä edellyttää, että RAI - arvioinnista esille nousseet asiat käydään läpi yhdessä potilaan kanssa.

4. RAI - arviointi nostaa näkyville myös voimavaroja, joita jatkossa tulee korostaa enemmän potilaan hoidossa sekä hoitosuunnitelmassa. Voimavarojen esille nostaminen helpottaa hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamista ja auttaa potilasta jäsentämään omia vahvuuksiaan elämässään selviytymiseen.
5. RAI - arvioinnista saatavaa tietoa tulee jatkossa kirjata systemaattisemmin potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, jotta tieto siirtyisi eteenpäin potilaan hoidossa.
6. RAI - arvion hyödyntämisen tulee olla kollektiivista asiantuntijuutta, jossa korostuu asiakaslähtöisyys, moniammatillisuuden arvostaminen sekä kollegiaalisuus. RAI – arviointijärjestelmä työvälineenä vahvistaa psykiatrisen potilaan hoidon asiantuntijuutta.
7. RAI – järjestelmän käyttö vaatii jatkuvaa koulutusta, perehdytystä, interventioita sekä kehittämistä. Tällä tavalla RAI - arviointijärjestelmästä saadaan esille hyöty, jonka tuottamiseen se on tarkoitettu. Järjestelmän avulla voidaan parantaa psykiatrisen potilaan hoidon laatua.
8. RAI - järjestelmän hallinnointi vaatii lähiesimieheltä ja ylemmältä johdolta sitoutuneisuutta ja motivoivaa johtamista sekä jatkuvaa arviointia.
9. Interventioiden ja reflektiivisen keskustelun avulla saadaan esille henkilökunnan mielipiteet. Lisäksi henkilöstön sitouttaminen uuteen toimintatapaan ja sen tuottamaan hyötyyn tulee mahdolliseksi. Kehittämistyö palkitsee silloin, kun henkilöstö on sisäistänyt uuden toimintamallin ja haluaa toimia odotetulla tavalla.
10. RAI - järjestelmän systemaattinen käyttö työvälineenä mahdollistaa jatkossa RAI - arviointijärjestelmästä saadun tiedon hyödyntämisen hoitoisuuden, hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittarina psykiatrisen potilaan hoitoprosessissa.

## Lähteet

- Ahonen, P., Lamminmäki, S., Suoheimo, M., Suokas, M., Virtanen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: DTPage Oy.
- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H.L.T Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.). Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY, 14-18. Juva.
- Alkoholiongelmaisen hoito. 2013. Käypä hoitosuositus. Hakupäivä 1.3.2013.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=paihde>
- Finlex®. 2013a. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>. Hakupäivä 17.1.2013
- Finlex®. 2013b. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Hakupäivä 17.1.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista>.
- Finlex®. 2013c. Terveystieteiden lakien muuttaminen 30.12.2010/1326. Hakupäivä 17.1.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Finne - Soveri, H., Noro, A. 2004. RAI:n avulla asiakaslähtöiseen ja oikeudenmukaiseen johtamiseen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Helsinki: Tammi.
- Finne - Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P., Noro, A. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Finne - Soveri H. 2007. Johtamisen laadun arviointi ja mittaaminen RAI - menetelmän avulla. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M.-L. & Muurinen S. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 19/ 2007.
- Hakala, P. 2010. RAI - järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkimus. Hakupäivä 12.5.2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010060311348>
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikkinen, H. L. T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, Paula. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

- Huumeongelman hoito. 2013. Käypä hoitosuositus. Hakupäivä 1.3.2013.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusana=huume>
- Hätönen H. & Nordling E. 2012. Uuden Oulun alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujenselvitys. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.9.2012  
[http://files.kotisivukone.com/tapioheikkinen.ehdolla.fi/tiedostot/Sdp/uuden\\_oulun\\_alueen\\_mielenterveys- ja\\_paihdepalvelujen\\_selvitys.pdf](http://files.kotisivukone.com/tapioheikkinen.ehdolla.fi/tiedostot/Sdp/uuden_oulun_alueen_mielenterveys- ja_paihdepalvelujen_selvitys.pdf)
- InterRAI MH ©. 2003–2006. Psykiatrisen hoidon RAI. Käsikirja interRAI MH arviointilomakkeen käytön tueksi.
- InterRAI ESP ©. 2006. Psykiatrisen akuuttitilanteen arviointi. Käsikirja interRAI ESP arviointilomakkeen käytön tueksi.
- InterRAI © ТМ. 2013. Emergency Screener for Psychiatry (ESP). Hakupäivä 15.2.2013  
<http://www.interrai.org/index.php?id=96>
- Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kaivosoja, M., Löf, T., Indola, J. (toim.) 2011. Rapsodia Terveelle Mielelle. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano. Tervein Mielen Pohjois-Suomessa – hankkeessa. THL. Raportti 47/2011. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.
- Kanerva, A., Kuhanen, C., Seuri, T. 2012. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Scubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 176 - 231.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulu: Oulu University Press.
- Kokko, S., Heinämäki L., Tynkkynen, L-K., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Muuri, A., Pekurinen, P. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Hakupäivä 5.3.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e>
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T., Suorsa, M. 2002 Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Kuntaliitto, Stakes. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Korhonen, T. & Holopainen A. 2011. Kollektiivinen asiantuntijuus. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidon asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidotalo. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuhanen, C. 2012. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Scubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 16 – 34.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Scubert, C. 2012. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 2. Kuopio: Edita Prima Oy.

Käypä hoito 2013. Psykiatrian erikoisalalle laaditut Käypä – hoitosuositukset. Hakupäivä 1.3.2013. [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/erikoisaloit?p\\_p\\_id=guidelines\\_namelist\\_WAR\\_khha\\_ku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&guidelines\\_namelist\\_WAR\\_khhaku\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fkhs\\_uosituslista%2FviewGuidelinesbyName%2Faction&guidelines\\_namelist\\_WAR\\_khhaku\\_p\\_eri\\_koisalaid=2343&guidelines\\_namelist\\_WAR\\_khhaku\\_p\\_erikoisala=Psykiatria](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/erikoisaloit?p_p_id=guidelines_namelist_WAR_khha_ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&guidelines_namelist_WAR_khhaku_spage=%2Fportlet_action%2Fkhs_uosituslista%2FviewGuidelinesbyName%2Faction&guidelines_namelist_WAR_khhaku_p_eri_koisalaid=2343&guidelines_namelist_WAR_khhaku_p_erikoisala=Psykiatria)

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S., Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lahti T. 2008. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H., Rantala T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. Sivut 68 – 101

Latvala E., Visuri, T., Janhonen S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Oulu: Oulu University Press.

Mielonen M. 2000. Psykiatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan muutoksen historia ja sen arviointi. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto: University press.

Moring, J., Martins A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E & Nevalainen E. (toim.). 2011. Kansallinen mielenterveys - ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes print. Hakupäivä 7.3.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>

Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) 2002. Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Noro, A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Oittinen, P. 2012. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Scubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 57 – 77.

Oy RAISOFT Ltd. 2013a. RAI – järjestelmän käyttö Suomessa. Hakupäivä 15.2.2013 <http://www.raisoft.fi/index.php?p=448>

Oy RAIsoft Ltd. 2013b. Raisoft MH esite. Hakupäivä 15.2.2013  
<http://www.raisoft.fi/index.php?p=288>

Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut. 2008. Hoitosuunnitelman kirjaaminen. Ohjeistus työyksiköihin. Sisäinen lähde.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Puotiniemi, T., Rekilä, R., Kaivosoja, M. 2011. InterRAI:n käyttöönottoprosessi. Teoksessa Rapsodia Terveelle Mielelle. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano. Tervein Mieli Pohjois-Suomessa –hankkeessa. THL. Raportti 47/2011. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy, 81-82.

Ronkainen S. & Karjalainen A. (toim.) 2008. Sähköä kyselyyn. Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Lapin yliopiston menetelmätieteiden tutkimuksia 1. Rovaniemi:Lapin yliopistopaino.

Sainola-Rodrigues K. & Itkonen H. 2007. Luokitusten luovuus – kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen: Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oyj. Sivut 41 – 56.

Sarajärvi, A., Mattila, R-L., Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Skitsofrenia. 2013. Käypähoitosuositus. Hakupäivä 1.3.2013  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=skitsofrenia>

STM. 2001a. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki. Hakupäivä 15.11.2012.  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

STM 2001b. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. 2001. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1: Hakupäivä 17.2.2013  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf)

STM 2001c. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE -julkaisuja 1. Hakupäivä 15.2.2013  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)

STM. 2001d. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Hakupäivä 25.2.2013  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf)

STM. 2009a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön



selvityksiä 2009:3. Hakupäivä. 15.11.2012

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

STM. 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Hakupäivä 15.3.2013 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>

STM. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Hakupäivä 1.3.2013  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf)

STM. 2012b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Hakupäivä 7.1.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf)

STM. 2012c. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Tampere. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Juvenes Print. Tampereen Yliopistopaino. Hakupäivä 7.3.2013  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf)

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa – henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto: Oulu University press.

Syvöja P.& Äijälä O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala. Vammalan kirjapaino Oy.

THL. 2013a. Mikä on RAI? Hakupäivä 8.3.2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika\\_on\\_rai](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai)

THL. 2013b. RAI – osaaminen. Hakupäivä 8.3.2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/rai\\_osaaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/rai_osaaminen)

THL. 2013 c. Henkilöstö RAI - arvioinnin toteuttajana. Hakupäivä 8.3.2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/henkilosto\\_rai\\_arvioinnin\\_toteuttajana](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/henkilosto_rai_arvioinnin_toteuttajana)

THL. 2013 d. RAI – arviointi hyvän hoitoprosessin tukena. Hakupäivä 8.3.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/henkilosto/rai\\_arviointi\\_hyvan\\_hoitoprosessin\\_tukena](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/henkilosto/rai_arviointi_hyvan_hoitoprosessin_tukena)

THL. 2013 e. Lähiesimiehet RAI - osaamisen varmistajana. Hakupäivä 8.3.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/lahiesimiehet\\_rai\\_osaamisen\\_varmistajana](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/lahiesimiehet_rai_osaamisen_varmistajana)

THL. 2013 f. Lähiesimies RAI – tiedon hyödyntäjänä. Hakupäivä 8.3.2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/lahiesimiehet/lahiesimies\\_rai\\_tiedon\\_hyodyntajana](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/lahiesimiehet/lahiesimies_rai_tiedon_hyodyntajana)

THL. 2013 g. Palvelujen kehittäminen. Hakupäivä 8.3.2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/palvelujen\\_kehittaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/palvelujen_kehittaminen)

THL.2013 h. RAI - järjestelmän yleisimmät mittarit. Hakupäivä 8.3.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/rai\\_jarjestelman\\_yleisimmat\\_mittarit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/rai_jarjestelman_yleisimmat_mittarit)

THL.2013 i. Johtajat RAI-toiminnan mahdollistajana ja RAI-tiedon hyödyntäjänä päätöksenteossa

Hakupäivä 8.3. 2013

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/johtajat\\_rai\\_toiminnan\\_mahdollistajana](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/osaaminen/johtajat_rai_toiminnan_mahdollistajana)

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtionvarainministeriö. 2013. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Hakupäivä 1.2.2013

[http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/025\\_uusi\\_paras/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp)

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Potilaan oikeudet. Esitteet 1:2012.

Helsinki. Hakupäivä 1.3.2013

[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/p/o/Potilaan\\_oikeudet\\_suomi.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/p/o/Potilaan_oikeudet_suomi.pdf)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

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

Välimäki M, Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

ZEF Arviointikone®. 2012. Arviointikoneen käyttöohje. Hakupäivä 15.9.2012

<http://www.zef.fi/docs/fi-arviointikone-manuaali.pdf>

# LIITTEET

## Liite 1

### KUTSUVIESTI OULUN KAUPUNGIN MIELENTERVEYS-JA PÄIHDELAITOSPALVELUIDEN HOITAJILLE

Hei!

Työskentelen sairaanhoitajana Oulun kaupungin Hyvinvointipalveluissa psykiatrisella avo-osastolla. Opiskelen työn ohessa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Koulutusohjelmani on sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen.

Opintoihini liittyy työelämälähtöinen kehittämistyö. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata hoitajien tuottamaa tietoa RAI - arviointijärjestelmään liittyvistä teemoista sekä RAI - arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja sen käytöstä potilaan hoitosuunnitelman teossa.

Kysely tehdään Oulun kaupungin päihde- ja mielenterveyslaitospalveluiden hoitajille. Tutkimuksen tekemiseen olen saanut luvan sosiaalisen hyvinvointipalveluiden palvelujohtaja Arja Heikkiseltä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa kehittämistyön loppuraportista. Kyselyn vastauksiin on pääsy ainoastaan tutkijalla. Sähköpostiosoitteet on kerätty osastosihteereiden avustuksella.

Osassa kysymyksiä on vapaapalautekenttä, joihin voi kirjata omat näkemykset ja lisäksi joissakin janakysymyksistä on kysymyksen jälkeen kommenttiruutu, johon voi perustella vastausta.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn, sillä mielipiteesi on erittäin arvokas sekä opinnäytetyöni onnistumisen että hoidonsuunnittelun jatkokehittämisen kannalta.

Vastaamisen voitte aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville  
<http://player.zef.fi/oulu/ajax/?d=2450-ESIM123>

Lämmin kiitos!

Kati Leinonen  
kati.leinonen@ouka.fi

#### PIKAOHJE:

1. Vastaaminen tapahtuu hiirellä työskennellen
2. Voit muuttaa vastauksiasi valitsemalla kysymyksen aktiiviseksi kysymyslistasta ja sijoittamalla sen uudelleen vastausalueelle
3. Voit keskeyttää jatkaaksesi myöhemmin painamalla Keskeytä-nappia

# Kokemuksia RAI - arvioinnista psykiatrisen potilaan hoidossa

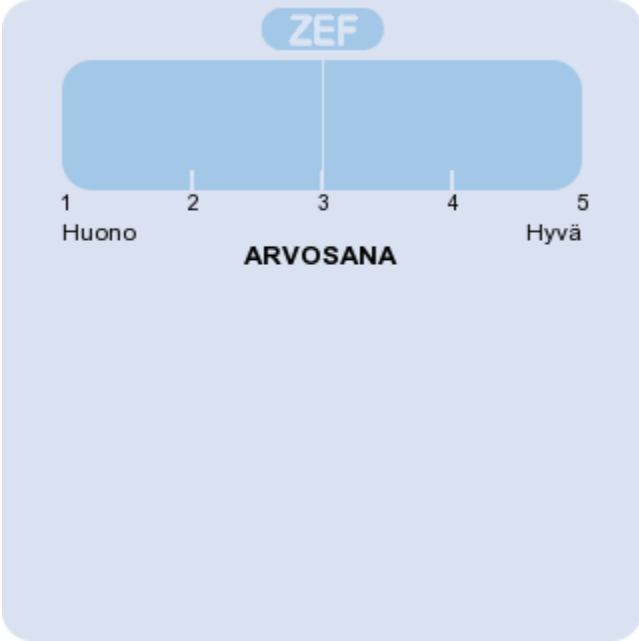
## 1.0 Vastaaminen

Oheessa on vastauslomake. Jokainen kappale sisältää joukon kysymyksiä tai väittämiä. Näiden kysymys- tai väittämäjoukkojen vieressä on kysymystyyppin mukainen vastausalue, esim. jana tai nelikenttä.

**Janalle ja nelikenttään vastaus merkitään kirjoittamalla kysymyksen numero siihen kohtaan taulua, mikä vastaa mielipidettäsi kyseiseen kysymykseen/väittämään. Vastausvinkki: Etsi ensin sopiva kohta vaakasuunnassa ja vasta tämän jälkeen pystysuunnassa. Monivalintakysymyksessä kysymyksen numero kirjoitetaan valintojen perään. Vapaan tekstipalautteen voit antaa paperin alalaitaan tai kääntöpuolelle. Muista merkitä kysymyksen numero myös vapaapalautetta antaessasi.**

## 2.0 Vastauslomakkeet

### 3.1 Perustiedot

<p><b>1. Työyksikkö (Vaihtoehtokysymys)</b> <b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Psykiatrinen avo-osasto 2, akuuttiyksikkö</li><li>- 2. Psykiatrinen avo-osasto 2, kuntoutusyksikkö</li><li>- 3. Psykiatrinen vaativan hoidon osasto 3</li><li>- 4. Psykiatrinen akuuttiosasto 4</li><li>- 5. Päihdekliniikka</li></ul> <p><b>2. Koulutus (Vaihtoehtokysymys)</b> <b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Lähihoitaja, mielisairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja</li><li>- 2. Sairaanhoitaja</li><li>- 3. Jokin muu</li></ul> <p><b>3. Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä (Vaihtoehtokysymys)</b> Miten kauan olet työskennellyt psykiatrisessa hoitotyössä? <b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Alle vuoden</li><li>- 2. 1-5 vuotta</li><li>- 3. 5-10 vuotta</li><li>- 4. Yli 10 vuotta</li></ul> <p><b>4. Millainen on ATK-osaamisesi? (Jana)</b></p> <p><b>5. Millainen on motivaatiosi kehittyä asiantuntijana psykiatrisessa hoitotyössä? (Jana)</b></p> <p><b>6. Onko sinulla kokemusta RAI-arvioinnin tekemisestä? (Vaihtoehtokysymys)</b> <b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Olen tehnyt RAI-arvioita</li><li>- 2. En ole tehnyt RAI-arvioita</li></ul>	<p><b>Vastausalueet:</b></p> <p>Jana</p>  <p>1 2 3 4 5 Huono ARVOSANA Hyvä</p>
---	---

## 3.2 RAI - osaaminen

<p><b>1. Oletko saanut koulutusta RAI-arvion käyttöön?</b> (Vaihtoehtokysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Kyllä - 2. En</p> <p><b>2. Millaista koulutusta olet saanut RAI-arvion käyttöön?</b> (Monivalintakysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Ulkopuolisen luennoitsijan RAI-koulutus - 2. Työyksikön RAI-vastuuhenkilön antama koulutus</p> <p><b>3. Kuuluuko työyksikössäsi uuden työntekijän perehdytykseen RAI-ohjelman käyttöön opastaminen?</b> (Vaihtoehtokysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Kyllä - 2. Ei</p> <p><b>4. Millaista perehdytystä olet saanut työpaikallasi RAI-arvion tekemiseen. (Monivalintakysymys)</b> <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Työyksikön RAI-vastaavan antama perehdytys ohjelman käyttöön - 2. Toisen hoitajan antama perehdytys ohjelman käyttöön</p> <p><b>5. Koetko osaavasi tehdä RAI-arvion tarpeeksi hyvin?</b> (Monivalintakysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Osaan - 2. En osaa. Tarvitsen lisää perehdytystä ja koulutusta.</p>	<p><b>Vastausalueet:</b></p>
---	------------------------------

### 3.3 RAI - arvion tekeminen

1. Hyödynnätkö RAI-käsikirjaa arvioinnin aikana?

(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Kyllä
- 2. En

2. Hyödynnätkö RAI-ohjelman muistilappu-ominaisuutta arvioinnin aikana? (Vaihtoehtokysymys)

Usean kysymyksen kohdalla on mahdollisuus käyttää ns. muistilapputoimintoa, johon voi kirjata mm. potilaan oman käsityksen aiheeseen liittyen.

Vaihtoehdot:

- 1. Kyllä
- 2. En

3. Hyödynnätkö potilasasiakirjoja RAI - arvioinnin yhteydessä. (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Kyllä
- 2. En

4. Kysytkö mielipidettä toiselta hoitajalta jos et ole varma RAI-arvioinnin jostakin tietystä kohdasta? (Jana)

5. Oletko hyödyntänyt potilaan omaisilta saatavaa tietoa RAI - arvioinnin tekemisessä? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Kyllä
- 2. En

6. Koetko, että pystyt rauhassa tekemään RAI-arvioinnin yhdessä potilaan kanssa? (Jana)

Voit lisäksi kertoa ongelmakohtista, jos niitä on.

7. Paljonko keskimäärin kuluu aikaa RAI - arvion tekemiseen? (Vaihtoehtokysymys)


Vaihtoehdot:

- 1. ½ tuntia
- 2. ½-1 tunti
- 3. yli tunti

Vastausalueet:

Jana

### 3.4 RAI - arvion hyödyntäminen potilaan hoidossa

<p>1. Kirjaatko yleensä potilaan RAI - arvioinnista nousseita asioita potilaan hoitosuunnitelmaan? (Vaihtoehtokysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Kyllä - 2. En</p> <p>2. Käytkö yleensä RAI - arvion jälkeen potilaan kanssa yhdessä läpi esille nousseet asiat, jotka aiot kirjata hoitosuunnitelmaan? (Jana) Kerro, millaisia RAI - arviosta nousseita asioita on hyvä käydä läpi potilaan kanssa.</p> <p>3. Miten RAI - arvioinnista nousevia riskejä (tarpeiden tunnistaminen) hyödynnetään potilaan hoidon suunnittelussa ja hoitopäätöksissä työyksikössäsi? (Vapaapalaute)</p> <p>4. Miten RAI - arvioinnin tuloksia, joissa ei nousua (voimavarat), hyödynnetään potilaan hoidon suunnittelussa? (Vapaapalaute)</p> <p>5. Millaisia RAI - arviosta nousseita asioita kirjaat potilaan hoitosuunnitelmaan? (Vapaapalaute)</p> <p>6. Missä tilanteessa työyksikössäsi käydään läpi RAI - yhteenveto ja hoitosuunnitelmaan kirjatut asiat? (Monivalintakysymys) <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Raportilla - 2. RAI - raportilla - 3. Hoitoneuvottelussa - 4. Lääkärin vastaanotolla - 5. RAI - yhteenvetoa ei käydä läpi</p> <p>7. Hyödynnätkö RAI - arvioinnista saatavaa tietoa potilaan avohoidon suunnittelussa ja järjestämisessä? (Jana) Kerro miten?</p> <p>8. Oletko hyödyntänyt RAI - arviointien vertailutoimintoa jos potilaalle on tehty aikaisemmin arviointeja. (Vaihtoehtokysymys) Arviointien vertailutoiminnossa verrataan kahden tai useamman arvion tuloksia (mittareita) toisiinsa. Näin voidaan muun muassa arvioida hoidon tuloksellisuutta. <b>Vaihtoehdot:</b> - 1. Kyllä - 2. En</p> <p>9. Jos olet hyödyntänyt RAI - arviointien vertailutoimintoa, kerro miten? (Vapaapalaute)</p>	<p><b>Vastausalueet:</b></p> <p>Jana</p>  <p>The image shows a graphical user interface for a feedback slider. At the top, the word 'ZEF' is displayed in a blue rounded rectangle. Below it is a horizontal slider bar with a vertical line in the center. The left end of the bar is labeled 'Usein' and the right end is labeled 'En koskaan'. The slider bar itself is light blue with a darker blue shadow on the right side.</p>
---	---

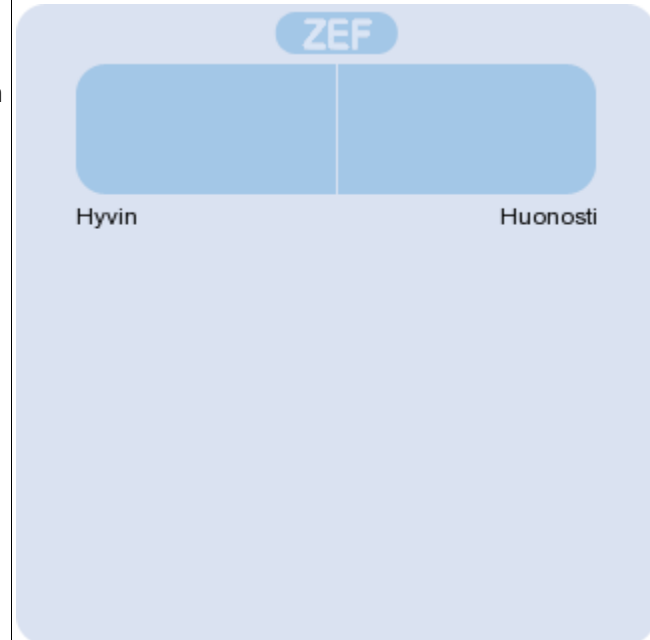


### 3.5 Kehittäminen

1. Miten RAI - arvio työvälineenä palvelee mielestäsi potilaan hoidon suunnittelua ja arviointia? (Jana)  
Kerro perustelut.
2. Kerro miten RAI - arvioinnista saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää paremmin potilaan hoidossa? (Vapaapalaute)
3. Millaista perehdytystä ja koulutusta toivot RAI – arvioinnin tekemisen tueksi? (Vapaapalaute)
4. Vapaa palaute RAI - arvioinnin toteutuksesta, hyödyntämisestä ja kehittämisestä. (Vapaapalaute)

Vastausalueet:

Jana



## Liite 2

### KUTSUVIESTI OULUN KAUPUNGIN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDELAITOSPALVELUIDEN PALVELUESIMIEHILLE

Hei!

Työskentelen sairaanhoitajana Oulun kaupungin Hyvinvointipalveluissa psykiatrisella avo-osastolla 2. Opiskelen työn ohessa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Koulutusohjelmani on sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Tällä hetkellä on vs. palveluesimiehenä tämän vuoden loppuun Psykiatrisella avo-osastolla 2.

Opintoihini liittyy työelämälähtöinen kehittämistyö. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata hoitajien tuottamaa tietoa RAI - arviointijärjestelmään liittyvistä teemoista sekä RAI - arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja sen käytöstä potilaan hoitosuunnitelman teossa. Lisäksi kuvaan esimiesten tuottamaa tietoa RAI - arviointijärjestelmän käytöstä johtamisen näkökulmasta.

Kysely tehdään Oulun kaupungin päihde- ja mielenterveyslaitospalveluiden hoitajille ja esimiehille. Tutkimuksen tekemiseen olen saanut luvan sosiaalisen hyvinvointipalveluiden palvelujohtaja Arja Heikkiseltä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa kehittämistyön loppuraportista. Kyselyn vastauksiin on pääsy ainoastaan tutkijalla. Sähköpostiosoitteet on kerätty osastosihteereiden avustuksella.

Osassa kysymyksiä on vapaapalautekenttä, joihin voi kirjata omat näkemykset ja lisäksi joissakin janakysymyksistä on kysymyksen jälkeen kommenttiruutu, johon voi perustella vastausta.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn, sillä mielipiteesi on erittäin arvokas sekä opinnäytetyöni onnistumisen että hoidonsuunnittelun jatkokehittämisen kannalta.

Vastaamisen voit aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville #WWW\_CLIENT

Lämmin kiitos!

Kati Leinonen  
kati.leinonen@ouka.fi

#### PIKAOHJE:

1. Vastaaminen tapahtuu hiirellä työskennellen
2. Voit muuttaa vastauksiasi valitsemalla kysymyksen aktiiviseksi kysymyslistasta ja sijoittamalla sen uudelleen vastausalueelle
3. Voit keskeyttää jatkaaksesi myöhemmin painamalla Keskeytä

# **RAI -arviointi psykiatrisen potilaan hoidossa johtamisen näkökulmasta**

## **1.0 Vastaaminen**

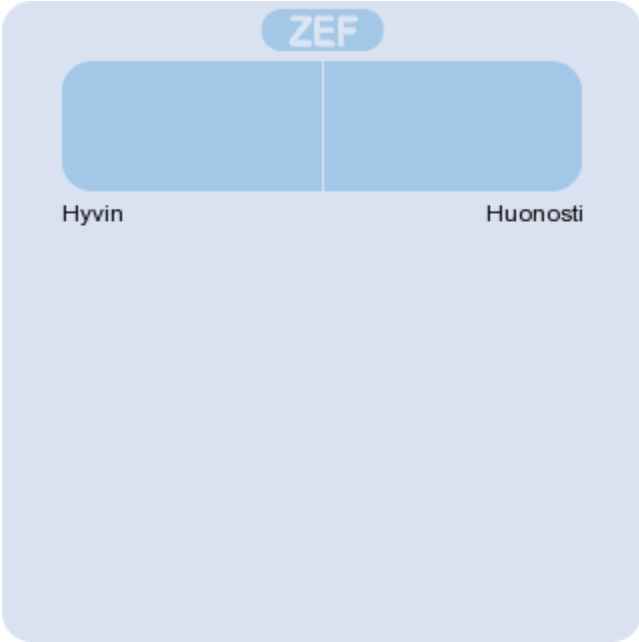
Oheessa on vastauslomake. Jokainen kappale sisältää joukon kysymyksiä tai väittämiä. Näiden kysymys- tai väittämäjoukkojen vieressä on kysymystyyppin mukainen vastausalue, esim. jana tai nelikenttä.

**Janalle ja nelikenttään vastaus merkitään kirjoittamalla kysymyksen numero siihen kohtaan taulua, mikä vastaa mielipidettäsi kyseiseen kysymykseen/väittämään. Vastausvinkki: Etsi ensin sopiva kohta vaakasuunnassa ja vasta tämän jälkeen pystysuunnassa. Monivalintakysymyksessä kysymyksen numero**

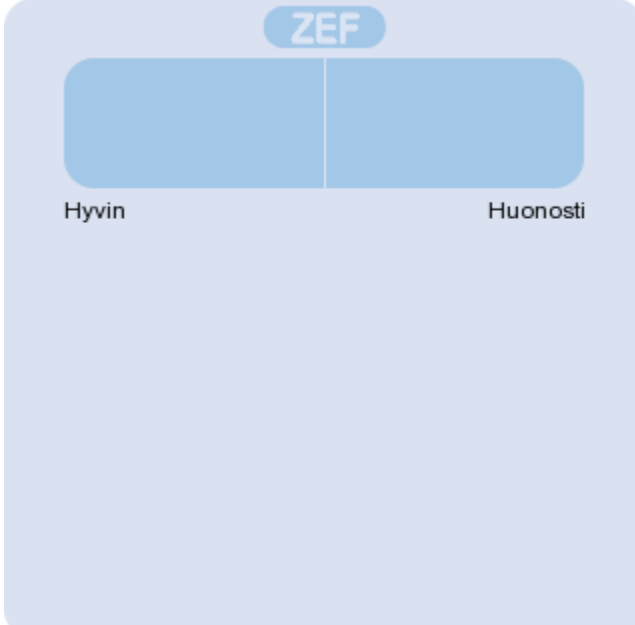
kirjoitetaan valintojen perään. Vapaan tekstipalautteen voit antaa paperin alalaitaan tai kääntöpuolelle. Muista merkitä kysymyksen numero myös vapaapalautetta antaessasi.

## 2.0 Vastauslomakkeet

### 3.1 RAI -arviointijärjestelmän käytön hallinnointi

<p>1. Miten RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotto on mielestäsi onnistunut? Kerro perustelut. (Jana)</p> <p>2. Miten hoitohenkilökunta on mielestäsi sitoutunut RAI - arvion tekemiseen? Lisäksi voit kommentoida. (Jana)</p> <p>3. Onko hoitohenkilökunta saanut tarpeeksi perehdytystä RAI -arvion tekemiseen? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Kyllä</li><li>- 2. Ei</li></ul> <p>4. Onko hoitohenkilökunta saanut tarpeenmukaista koulutusta RAI – arviointien tekemiseen? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Kyllä</li><li>- 2. Ei</li></ul> <p>5. Onko RAI- koulutus ollut riittävää? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Kyllä</li><li>- 2. Ei. Koulutusta tarvitaan lisää.</li></ul> <p>6. Mitkä interventiot ovat olleet käytössä RAI -arviointijärjestelmän käyttöönotossa? (Monivalintakysymys)</p> <p>Millaista perehdytystä hoitohenkilökunta on saanut RAI- arvion tekemiseen?</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Esimiehen perehdytys hoitohenkilökunnalle</li><li>- 2. RAI -vastaavan antama ohjaus osastolla</li><li>- 3. RAI -koulutus</li><li>- 4. Osastotunnit</li><li>- 5. RAI -raportit</li><li>- 6. Kehityskeskustelut</li></ul> <p>7. Millaista tukea olet saanut RAI - arvioinnin hallinnointiin? (Vapaapalaute)</p> <p>Oletko saanut tukea omalta esimieheltäsi, johtoryhmältä jne.</p>	<p><b>Vastausalueet:</b></p> <p>Jana</p>  <p>The screenshot shows a digital evaluation interface. At the top, there is a blue header with the text 'ZEF'. Below the header is a horizontal scale with two main sections. The left section is labeled 'Hyvin' and the right section is labeled 'Huonosti'. The scale is currently empty, indicating that no evaluation has been recorded.</p>
---	---

## 3.2 RAI - arvion hyödyntäminen

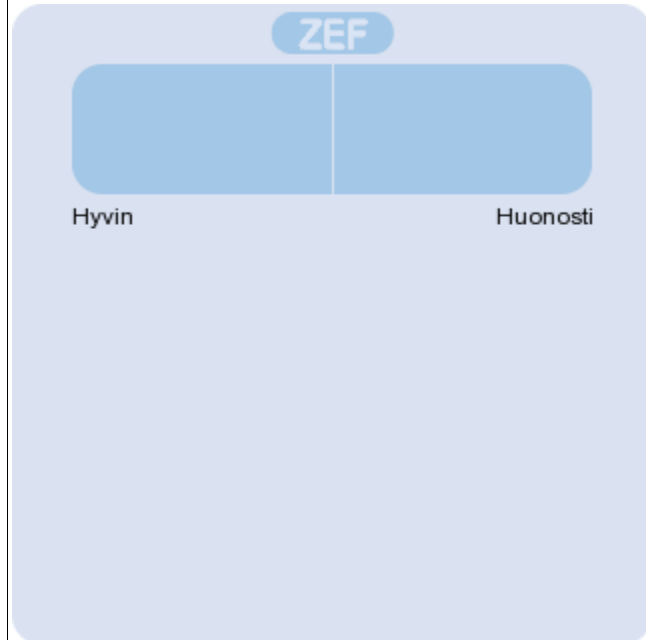
<p>1. Onko mielestäsi RAI - arvion tuottamaa tietoa hyödynnetty tarpeeksi potilaan hoidon suunnittelussa? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Kyllä</li><li>- 2. Ei</li></ul> <p>2. Miten RAI - arvion tuottamaa tietoa on hyödynnetty potilaan hoidon suunnittelussa? (Vapaapalaute)</p> <p>3. Käytkö hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä läpi RAI - arviosta saatuja tuloksia? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p><b>Vaihtoehdot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1. Aina</li><li>- 2. Usein</li><li>- 3. Joskus</li><li>- 4. En koskaan</li></ul> <p>4. Mikä merkitys mielestäsi on käydä läpi hoitohenkilökunnan kanssa RAI -arviointien tuloksia? (Vapaapalaute)</p> <p>5. Miten johtoryhmässä käydään läpi RAI - arviointiin liittyviä asioita? Voit perustella vastausta. (Jana)</p>	<p><b>Vastausalueet:</b></p> <p>Jana</p>  <p>The image shows a feedback scale for 'ZEF'. It consists of a light blue rounded rectangle with a darker blue bar at the top containing the text 'ZEF'. Below this bar is a horizontal line that divides the space into two sections. The left section is labeled 'Hyvin' and the right section is labeled 'Huonosti'. The scale is currently empty, with no selection made.</p>
---	---

### 3.3 Kehittäminen

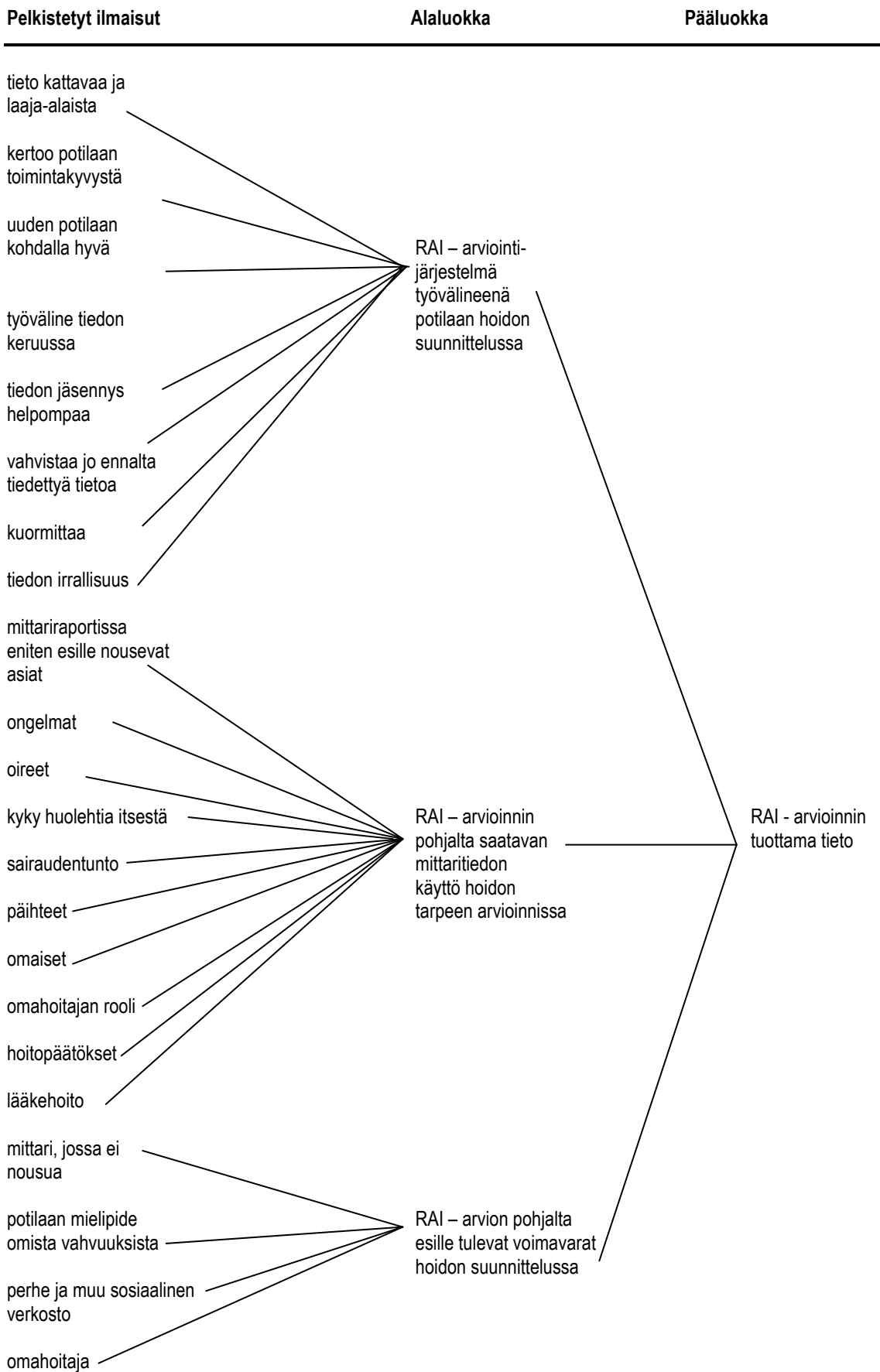
1. Miten RAI -arvio työvälineenä palvelee mielestäsi potilaan hoidon suunnittelua ja arviointia? Kerro perustelut. (Jana)
2. Millaista RAI - koulutusta tarvitaan jatkossa? (Vapaapalaute)
3. Vapaa palaute RAI - arvioinnin toteutuksesta, hyödyntämisestä ja kehittämisestä. (Vapaapalaute)  
Miten RAI - arviota voidaan jatkossa hyödyntää enemmän potilaan hoidon suunnittelussa ja kehittämisessä?

Vastausalueet:

Jana



Liite 3: ZEF – kyselyn laadullisen aineiston luokittelu induktiivisella sisällönanalyysillä



osa hoitoa

tilanteen hahmottaminen  
kokonaisvaltaisesti

potilaan osallistamisen

potilaan mielipiteet esille

potilas ottaa vastuuta

avoin dialogisuus

motivointi voimavarojen kautta

RAI – arvion tulosten  
läpikäyminen yhdessä  
potilaan kanssaHoidon suunnittelu  
potilaan kanssa

hoidon tarpeet

oireet

toimintakyky

voimavarat

perheen jaksaminen

pidemmällä aikavälillä seurattavat  
asiat

mihin hoitajaksolla voidaan vaikuttaa

RAI – arvion pohjalta  
hoitosuunnitelmaan  
kirjattavat asiat

Hoitosuunnitelma

eri ammattiryhmien osaaminen

omahoitajien yhteistyö

hoitoneuvottelu

tuen tarpeen kartoitus  
sairaalahoiton jälkeen

potilaan toimintakyky

itsestä huolehtiminen

arjen hallinta

sosiaalinen tuki

palvelusuunnitelma

jatkohoidon suunnittelu  
kokonaisvaltaisempaaRAI – arvion hyödyntäminen  
potilaan hoidon ja tuen  
kokonaisuuden  
suunnittelussaKollektiivinen  
asiantuntijuus  
potilaan hoitoprosessissa



