

Tarja Meriläinen, Tarja Saari ja Anu Tolonen

**RAI- ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTOKOKEMUKSIA PALVE-  
LUKESKUS HIMMELISSÄ**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyönkoulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK  
Kevät 2010



**Kajaanin  
ammattikorkeakoulu**

## OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyönkoulutusohjelma
Tekijä(t) Tarja Meriläinen, Tarja Saari ja Anu Tolonen	
Työn nimi RAI- arviointijärjestelmän käyttöönotkokemuksia palvelukeskus Himmeliissä	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Ikääntyvien hoitotyö	Ohjaaja(t) Virpi Neuvonen Toimeksiantaja Palvelukeskus Himmeli, Sotkamo
Aika Kevät 2010	Sivumäärä ja liitteet 39+7
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotosta palvelukeskus Himmeliissä. Tällä opinnäytetyöllä selvitimme, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on RAI - arviointijärjestelmän käytöstä ja RAI: n hyödyntämisestä asukkaiden hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien laatimisessa. Tavoitteena oli saada tietoa toimeksiantajalle ja hoitajille voitaisiinko RAI - arviointijärjestelmää hyödyntää enemmän hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien tekemisessä. Tutkimustehtävinä oli selvittää millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI - arviointijärjestelmän käytöstä palvelukeskus Himmeliissä ja miten hoitajat hyödyntävät RAI: n avulla saatua tietoa hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien teossa?</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua. Opinnäytetyöhön haastateltiin työssään RAI arviointeja tekeviä hoitajia strukturoidulla haastattelulla ja haastattelut analysoimme induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että osa hoitajista olisi kaivannut alussa käytännön työssä enemmän ohjausta RAI: n käyttöön. Osa hoitajista taas oli oppinut hyödyntämään RAI - arviointeja hoidon suunnittelussa ja seuraamaan ja arvioimaan asukkaiden tuen ja ohjauksen tarvetta vertaamalla arviointitilannetta asukkaan aikaisempaan tilanteeseen. Tutkimuksesta nousi esille myös lisäkoulutuksen tarve RAI: n monipuoliseen hyödyntämiseen. Yleisesti hoitajat olivat kokeneet hoitosuunnitelmien teon helpottuneen, sillä RAI - arviointijärjestelmän avulla saadaan kokonaisvaltainen kuva asukkaan avun ja tuen tarpeista ja RAI: n yksilöllisen toimintakyvyn arviointi oli auttanut asiakaslähtöisempään hoitotyöhön ja toimintakykyjen oikeanlaisen tukemisen kohdentamiseen.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että alkuvaiheen riittävä koulutus ja ohjaus auttavat RAI: n sisäistämiseen ja aikaa myöten arviointeja tekemällä hoitajat oppivat myös RAI: n hyödyntämisen hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien laatimisessa. Näyttäisi siltä, että hoitajat kykenisivät nopeammin ja monipuolisemmin hyödyntämään RAI - arviointeja, jos he saisivat jatkokoulutusta opittuaan ensin tekemään arvioinnit jouhevasti.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	ikäihmiset, tehostettu palveluasuminen, vanhusten hyvä hoito, Rai-arviointijärjestelmä
Säilytyspaikka	<input type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School The School of Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Meriläinen Tarja, Saari Tarja and Tolonen Anu	
Title Nurses' Experiences of Implementing the RAI Assessment Tool at the Service Centre Himmeli	
Optional Professional Studies Gerontological Nursing	Instructor(s) Virpi Neuvonen
	Commissioned by Service Centre Himmeli, Sotkamo
Date 30.3.2010	Total Number of Pages and Appendices 39+7
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of implementing the RAI assessment tool at the Service Centre Himmeli. Also we wanted to find out what kind of experiences nurses' had about using the RAI assessment tool and how they made use of it in making care, service and physical activity plans. The goal was to provide the commissioner and nurses' information on how the RAI assessment tool could be implemented further in making care, service and physical activity plans.</p> <p>The thesis was a qualitative research in which the method used was structured interview. Four volunteer nurses were interviewed for the thesis. The interviews were analyzed by inductive content analysis.</p> <p>The results of the thesis showed that the nurses would have needed more instruction in practice in the beginning. They found the education important and wanted further education so that they could use the RAI assessment tool more diversely. Generally the nurses felt that the RAI assessment tool had made care, service and physical activity plans easier to make. Some of the nurses knew how to use RAI assessments for planning patient care and for assessing and monitoring patients' need for support and care. The nurses thought that by using the RAI assessment tool they had learned to assess patients' needs for support comprehensively. The work had also become more client-oriented.</p> <p>As a conclusion, it can be said that sufficient education, instruction and time help internalize new information in the beginning, and further education is needed to implement the RAI assessment tool more diversely.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Aging, ,service centre, good care, RAI – assessment tool
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO .....	1
2 LAITOSHOIDOSSA ASUVAN IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI.....	3
2.1 Ikäihminen käsitteenä.....	3
2.2 Tehostettu palveluasuminen .....	4
2.3 Ikääntyneen toimintakyky ja sen arvioiminen.....	6
2.4 Toimintakyvyn arviointia Kainuussa.....	8
3 RAI - ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ.....	11
4 PALVELUKESKUS HIMMELI JA RAI -ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO .....	14
4.1 Sotkamon palvelukeskus Himmeli .....	14
4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma hoidon suunnittelussa .....	15
5 VANHUSTEN HYVÄ HOITO JA HOIDON LAATU .....	17
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	22
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
7.1 Aineiston keruu ja haastateltavien valinta .....	24
7.2 Aineiston analysointi .....	25
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	27
8.1 Hoitajien saama koulutus RAI: n käyttöä varten.....	27
8.2 Hoitajien kokemukset RAI: n käytöstä.....	28
8.3 RAI: n sopivuus vanhusten hoitokoteihin?.....	28
8.4 RAI: n hyödyntäminen vanhusten hoitotyössä .....	29
9 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	30
10 POHDINTAA.....	32
10.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	32
10.2 Luotettavuus opinnäytetyössä.....	33
10.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja mahdolliset jatkotutkimukset .....	34

10.4 Ammatillinen kehittyminen opinnäytetyön myötä.....	34
---	----

LÄHTEET

LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Ikääntyvien määrä kasvaa Suomessa nopeasti suurten ikäluokkien tullessa eläkeikään lähi vuosina. Terveyden edistämisestä huolimatta, kaikki eivät selviä kotihoidon turvin, vaan laitoshoidon tarvitsevien määrä kasvaa iän tuomien sairauksien myötä. On ensiarvoisen tärkeää huolehtia terveyden edistämisestä ja turvata riittävät toimintakykyä ylläpitävät palvelut ikääntyville, jotta laitoshoidon osuus ei kasvaisi ikääntyvien myötä. (Vaarama 1996, 17.)

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE 2008- 2011, 26- 27) ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinoina muun muassa vanhusten hyvinvoinnin parantaminen hyvän toimintakyvyn ylläpitämisellä. Kehittämissuunnitelmassa tuodaan esille myös seuranta järjestelmän kehittäminen, jolla voidaan seurata ja vertailla palvelujen tuloksellisuutta alue- ja kuntatasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (2008, 28) mukaan kunnille asetetaan tavoitteet ja suositukset, joiden avulla pyritään laitoshoidossa olevien määrää laskemaan kolmeen prosenttiin. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi auttavat ikääntyvien terveyden edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Toimintakyvyn mittaaminen on tärkeä osa hoitosuunnitelmaa tehtäessä ja hoidontarpeen määrittämisessä. Arviointi- ja toimintakyky mittareiden toimivuus ja helppokäyttöisyys ovat avainasemassa, kun arviointiin käytettävä aika on rajallinen.

Tulevassa sairaanhoitajan työssä työtehtäviimme kuuluu laatia hoito- ja palvelu- ja liikuntasuunnitelmia. Opinnössämme kaksi meistä suuntautuu ikääntyviin ja yhden suuntautumisvaihtoehto on mielenterveystyö. Työnkuvamme sairaanhoitajina sisältää potilaiden toimintakyvyn arvioimisen laatimalla hoito- ja palvelusuunnitelmia, joten arviointiin käytettäviin mittareihin, on hyvä tutustua jo opiskeluaikana.

Opinnäytetyön aiheena ovat palvelukeskus Himmelin hoitajien käyttöönotkokemukset RAI - arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien laadinnassa. RAI - arviointijärjestelmällä halutaan ratkaista kokonaisvaltaisesti ikääntyvien hoitoisuuden arviointi. RAI -järjestelmä on tehty hoidon laadun seurannan, kustannusten arvioimisen ja maksujärjestelmän kehittämiseksi eri palvelurakenteille. Sen keskeisenä tarkoituksena on kartoittaa laajasti yksilön voimavarat, ja siten mahdollistaa yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta. (Noro, Finne -Soveri, Björgren ja Vähäkangas, 2005, 22.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia RAI - arviointijärjestelmän käytöstä palvelukeskus Himmellisä. Selvitämme, millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI - arviointijärjestelmän hyödyntämisestä hoito-, palvelu- ja liikunta-suunnitelmien tekemisessä. Lisäksi halusimme hoitajilta tietoa, kuinka he ovat kokeneet RAI - arviointijärjestelmän vaikuttaneenhoitotyön laatuun. Tavoitteena on selvittää voitaisiinko RAI -arviointijärjestelmää käyttää enemmän apuna hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmia laadittaessa.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kainuun maakunta -kuntayhtymän vanhuspalveluihin kuuluva Sotkamon palvelukeskus Himmeli. Kainuun maakunta – kuntayhtymässä alkoi 1.1.2007 ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa hanke. Hankkeeseen valittiin erilaisia pilottiyksiköitä, joissa RAI - arviointijärjestelmä kokeiltiin käytännössä. Sotkamon palvelukeskus Himmelin lyhytaikaisyksikkö oli yksi niistä. Vuoden 2008 alusta hanke laajeni koskemaan kaikkia maakunnan vanhuspalveluiden yksiköitä. (Kainuun maakunta kuntayhtymä, 2010)

## 2 LAITOSHOIDOSSA ASUVAN IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI

Käsitteellisinä lähtökohtina opinnäytetyössämme ovat ikäihminen, tehostettu palveluasuminen, toimintakyky ja sen arvioiminen ja RAI - arviointijärjestelmä. Palvelukeskus Himmelin hoitohenkilökunta työskentelee ja käyttää RAI - arviointijärjestelmää iäkkäiden tehostetussa palveluasumisessa olevien asukkaiden toimintakyvyn arviointiin. Opinnäytetyössä esittelemme lyhyesti myös Kainuun maakunnan vanhuspalvelujen hoitotyön strategiaa ja toimintasuunnitelman, josta käy ilmi RAI:n käyttöönotto maakunnan alueella.

### 2.1 Ikäihminen käsitteenä

Eläkeikää pidetään varsin huonona vanhuuden mittarina. Eläkeikä on vakiintunut useissa maissa 65 vuoteen, kuten Suomessakin. Vanhusväestöön lasketaan esimerkiksi Suomessa tavallisesti 65 vuotta täyttäneet. Monessa maassa käytetään vanhusväestön ikärajana myös 60 vuotta. Kuitenkin on vähitellen huomattu, ettei koko 65 vuotta täyttänyttä väestönosaa voida käsittää yhdeksi ryhmäksi. Yksilöiden iässä on tuolloin ainakin 30 -35 vuoden eroja. Tästä syystä on tehty tarkempiakin jakoja. Esimerkiksi Maailman Terveys-järjestön piirissä on 60-74-vuotiaita nimitetty vanhahkoiksi, yli 75-vuotiaita vanhoiksi ja yli 90-vuotiaita hyvin vanhoiksi. Gerontologinen tutkimus ja myös käytännön kokemus ovat osoittaneet, että vanhenemisen haitat ilmenevät esimerkiksi suomalaisilla vanhuksilla pääasiassa vasta 75. ikävuoden jälkeen. Tämän vuoksi esimerkiksi Suomessa pyritään nykyisin vanhaksi tulemisen ikäraja lääketieteellisessä mielessä asettamaan 75. – 80. ikävuoden paikkeille. (Suomen kaupunkiliitto, 1984, 17.)

Vanhuksiksi lasketaan tilastollisesti 65 vuotta täyttäneet. Tämä on yleisesti hyväksytty kansainvälinen käytäntö. Koska yksilöt vanhenevat hyvinkin eri tavoin ja eri ikäkausina, on luonnollista, että vanhushoidon piiriin käytännössä joutuu myös alle 65-vuotiaita. (Ruikka, Sourander & Tilvis, 1993, 11.)

Puhuttaessa vanhoista ihmisistä, käytetään monenlaisia nimityksiä kuten ikääntyvä, ikääntynyt, ikäihminen, eläkeläinen, seniori ja vanhus. Nimityksen valinta on vaikeaa, sillä on hyvin hankalaa määritellä yhdellä käsitteellä 65- 111 vuoden ikähaarukkaan kuuluvia hyvin erilaisia



vanhoja ihmisiä. Voutilaisen ja Tiikkaisen mukaan (2008, 43) Kivelä on kirjassaan käyttänyt käsitteen valinnassa seuraavaa logiikkaa: kaikista 65 vuotta täyttäneistä hän käyttää nimitystä eläkeläiset. 65 – 75- vuoden ikäiset ovat ikääntyviä ja 75- 85- vuoden ikääntyviä vanhuksia. Vanhoja ovat 85 vuotta täyttäneet ja vanhuksia 90 vuotta täyttäneet. Lisäksi todetaan, että 30 vuoden päästä tilanne voi olla toinen. Silloin saatetaan vanhuksiksi kutsua vasta 110- tai 120- vuoden ikäisiä.

Joissakin määritelmässä ikäihminen olisi 60 vuotta täyttänyt, ja he jakautuisivat kahteen ryhmään; senioreihin, jotka ovat 60 - 80-vuotiaita, terveitä ja aktiivisia, ja vanhuksiin, jotka ovat yli 80-vuotiaita ja huonokuntoisia. Vanhuuden ikärajan esittäminen on mahdotonta. Rajan esittäminen riippuu siitä, kuinka pitkään ihmiset yleensä elävät tietyssä yhteiskunnassa tai kulttuuripiirissä. Vanhuksia saattaa olla sekä hyvä- että huonokuntoisia, eritavalla elämää kokeneita. Vanhus- ja vanhuus-sanojen käsitykset ilmaisevat kulttuuriin sidotut käsityksemme vanhuudesta. (Ikäinstituutti, 2007)

Ikäihmisen määritelmiä on eri kirjallisuuksien mukaan useita. 65- vuoden ikä on eräänlainen vanhuuden ja ikääntymisen paalupaikka, sillä se on useille palkkatyöstä poisjäämisen aikaa. Varsinaisesti 75. ikävuoden jälkeen alkaa vanhuus, jos ajatellaan palveluiden tarpeen lisääntymistä. (Voutilainen ym. 2008, 15.) Opinnäytetyössämme käytämme käsitettä vanhus ja tässä he ovat yli 65- vuoden ikäisiä tehostetun palveluasumisen kriteerit täyttäviä vanhuksia.

## 2.2 Tehostettu palveluasuminen

Asumispalvelut kuuluvat lakisääteisiin sosiaalipalveluihin, joiden järjestämisestä kunnan on huolehdittava (sosiaalihuoltolaki 710/1982, 17 §). Tällaisia asumispalveluita ovat palvelu- ja tukiasuminen. Asumispalveluja tulee järjestää henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä (Sosiaalihuoltolaki 23 §).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kasvun hallitsemiseksi tulisi palvelurakenteita tavoitteellisesti muuttaa. On huomattavasti edullisempaa lisätä kotona asumisen tukipalveluita ja siten saada laitoshoidon tarvitsevien määrä pienenemään kuin lisätä laitoshoidon paikkoja. Jos rakennemuutosta ei saada aikaiseksi, kustannusten määrää on vaikea hallita väestön ikärakenteen nopeasti muuttuessa ja sen myötä palvelutarpeiden kasvaessa. Pitkäaikaishoito pitäisi järjestää vanhusten omien toiveiden mukaan. Vanhukset haluaisivat asua omassa ko-

dissaan mahdollisimman pitkään, kunnes siirtyisivät kodinomaiseen palveluasumiseen esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksikköön. Tavoitteena on myös luoda perinteisen vanhainkotihoidon ja terveyskeskusten vuodeosastoilla annettavan pitkäaikaisen laitoshoidon tilalle uusi hoivapalvelumuoto, jossa on tarjolla asiakkaiden tarpeiden mukaista kuntouttavaa pitkäaikaista hoivaa. Tällaisessa hoivapalvelumuodossa hoitohenkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden ja lääkäripalvelut ovat joustavasti saatavilla. Riittävä kotihoito, tehostettu palveluasuminen sekä uudentyyppisten hoivapalvelujen kehittäminen tekevät mahdolliseksi pitkäaikaisen laitoshoidon osuuden vähentämisen. (STM Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Ei ole olemassa lakia, säädöstä tai asetusta, jossa määritellään tehostettu palveluasuminen. Tämän takia kunnissa on erilaisia käytäntöjä palveluasumisen suhteen. Vakiintuneen käytännön mukaan tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan palveluasumista, joissa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Tämä on määritelmänä myös valtakunnallisessa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisterissä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan tehostettu palveluasuminen on asumismuoto, joka sijoittuu kodin ja laitoshoidon väliin. Hoito ja palvelut on tarkoitettu vanhuksille tai muutoin erityistukea tarvitseville, jotka eivät selviydy enää kotona asumisesta itsenäisesti fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn alenemisen takia, eikä kotihoito tai omaisten tuki ole riittävä turvaamaan asumista omassa kodissa. (STM, laatusuositus 2008.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008, 29) mukaan tehostetulla palveluasumisella on tavoitteena pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen ehkäisy. Sen pitäisi olla turvallinen asumismuoto, joka tukisi asukkaiden omatoimisuutta. Tehostettu palveluasumisen avulla vanhusten elämänlaadun merkitys korostuu ja hyvinvointi sekä elämän merkityksellisyyden kokemukset vahvistuvat terveyden heikkenemisestä huolimatta. Tehostetun palveluasumisen paikoista päätetään moniammatillisessa SAS (selvitä-arvioi-sijoita) -työryhmässä yhteistyössä asukkaaksi hakeutuvan ja hänen läheistensä kanssa.

Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat ne ikääntyneille tarkoitetut palveluasumisyksiköt, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ne eroavat vanhainkodeista muun muassa siinä, että Kela on hyväksynyt ne avohoidon yksiköiksi ja asiakas maksaa erikseen asumisesta ja käyttämistään palveluista. Tehostetussa palveluasumisessa asuviksi lasketaan ne henkilöt, jotka ovat asiakkaina laskentapäivänä 31.12. (STM, laatusuositus 2008, 28.)

### 2.3 Ikääntyneen toimintakyky ja sen arvioiminen

Ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnin edellytyksenä on osaaminen ja moniammatillinen yhteistyö, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Ikäihmisen ja hänen läheisensä arvio on tärkeä, sillä toiminnallisuuden ylläpitämistä ja edistämistä varten suunnitellut toimenpiteet ja palvelut edellyttävät ihmisen itsensä ja hänen läheisensä halua ja motivaatiota toimintakyvyn muutosten aikaansaamiseksi. Pidetään myös tärkeänä selvittää niitä tekijöitä, jotka vahvistavat tai estävät päivittäisen selviytymisen valmiuksia ja myönteistä muutosta. Hyvässä arviointitilanteessa tasapainotetaan ihmisen oma subjektiivinen arvio kyvyistään ja avun tarpeestaan, läheisen arvio sekä yhden tai useamman asiantuntijan eri keinoja käyttäen tehty arvio. (Voutilainen & Tiikkainen 2009,130.)

Ikääntymisen tuomat muutokset ja sairauksien aiheuttama toiminnallisuuden madaltuminen on mahdollista huomioida vanhusta hoidettaessa ja suunnitella hoitotoimenpiteet siten, että ne vastaavat vanhuksen tarpeita. Tämä edellyttää sekä objektiivisia arviointeja terveydestä ja toimintakyvystä sekä niiden kokemiseen vaikuttavista tekijöistä. (Rusi, 1998, 25.)

Se millaiseksi vanhus itse kokee toimintakykynsä ja voimavaransa voi olla hyvinkin eriävä asiantuntijoiden arvoista. Vanhukset arvioivat toimintakykynsä usein paremmaksi kuin mitä se objektiivisesti mitattuna olisi. Ihmisen toimintakyky muodostuu toiminta- ja suorituskyvystä ja voimavaroista ja se tarkoittaa kykyä selviytyä arkiaskareista. Suorituskyky on sitä, mitä vanhuksen tehtävä suoriutuakseen päivittäisistä toimistaan. Voimavarat ovat toimintakyvyn ja suorituskyvyn erotus eli käytettävissä olevat resurssit. Jotta toiminnallisuus olisi maksimaalinen, tulisi näiden osa-alueiden yhdistyä. Hoitajan tehtävä on auttaa vanhusta näkemään voimavaransa ja auttaa vanhusta niiden maksimaalisessa käyttöönotossa. (Aejmelaus, Kan, Katajisto, ja Pohjola, 2007, 35 - 36.)

Vanhenemisen ja vanhusten hoidon tärkeä mittari on toimintakyvyn taso, sillä vanhenemismuutokset ja sairaudet näkyvät muun muassa toimintojen heikkenemisenä. Toimintakyky voidaan määrittää joko yleiseksi tai tietyissä tehtävissä olevaksi toiminnan tasoksi. Yleisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan terveydentilan, elinajan, itsenäisyyden muutoksia ja niiden enustearvoa. Vanhenemismuutosten ja terveydentilan heikkenemisen lisäksi, toimintakyky vaihtelee sen mukaan miten ihminen itse ylläpitää sitä eri toiminnoilla ja harjoituksilla. Päivittäisen selviytymisen valmiustason ylläpitämiseen taas vaikuttaa se, kuinka tärkeäksi ihminen

toimintakyvyn ylläpitämistä pitää. Arkipäivän rutineista selviytymisellä voidaan kuvastaa toimintakykyä. Jos vanhus ei selviydy vaikeuksista arkipäivän askareistaan, hänellä voi olla alentunut toimintakyky, ympäristön aiheuttamat ongelmat esteenä tai molempia. Itsestään huolehtiminen edellyttää riittävää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Vallejo, Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö, Kivelä, 2005, 57.)

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Voutilaisen ja Tiikkaisen (2008, 125) mukaan toiminnallinen suoriutuminen liittyy ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määritellä jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Ihmisen arvioidessa omaa toimintakykyänsä, se on yhteydessä hänen terveyteensä, sairauksiinsa, toiveisiinsa, asenteisiinsa ja siihen kuinka hän kokee selviytyvänsä itselleen tärkeistä arkipäivän toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla siinä ympäristössä, jossa hän elää.

Fyysinen toimintakyky säätelee ihmisen selviytymistä päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Fyysinen toimintakyky jaetaan yleisesti yleiskuntoon (aerobiseen kestävyYTEEN), lihaskuntoon (lihasvoimaan, kestävyYTEEN ja notkeuteen) ja motoriseen taitoon (koordinaatiokykyyn, reaktiokykyyn, tasapainoon, kinesteettiseen erottelukykyyn). Fyysisen toiminnallisuuden kannalta tärkeitä ovat hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistinelinten toimintakyky. Keskeistä vanhusten yleisen toimintakyvyn arvioinnissa on ollut suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista (ADL) (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 125.) RAI - arviointijärjestelmän pitkäaikaisen laitoshoidon ADL - mittari on fyysisen toimintakyvyn mittari ja sen avulla saadaan selville asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen taso. (Finne- Soveri ym. 2005.) Päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen liittyy kiinteästi fyysisen, kognitiivinen ja psyykkinen toimintakyky sekä ympäristöön liittyvät tekijät (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 125).

Voutilaisen ja Tiikkaisen mukaan (2008,126) psyykkinen toimintakyky liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkinen toimintakyky on huomioitava kognitiivista toimintakykyä arvioitaessa, sillä mieliala ja motivaatio vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen. Psyykkisen toiminnantasot tarkoittaa kykyä suoriutua älyä ja henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Kognitiivisen toiminnantasot (päätteilykyky, muistitoiminnot, motoriset toiminnot, visuaaliset toiminnot ja kielelliset toiminnot) ovat osia psyykkisestä toimintakyvystä. Itsearvostus, mieliala, stressi, yksinäisyyden kokemukset, emotionaaliset voimavarat ja erilaisista haasteista selviytyminen kuuluvat psyykkiseen toiminnallisuuteen. Selvimmin iän tuomat muutokset näkyvät havaintotoimintojen hidastumisena ja tarkkuuden

heikkenemisenä. Pitkäaikaisen laitoshoidon RAI: n CPS mittaa aivojen vajaatoimintaa. CPS:n kuvaa älyllistä toimintakykyä ja dementiaa. (Finne- Soveri ym. 2005, 24).

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu kyky toimia ja olla sosiaalisessa kanssakäymisessä toisten kanssa. Suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys ovat sosiaalisen toiminnallisuuden määritteitä. Lisäksi harrastukset yksin tai yhdessä kodin ulkopuolella tai kotona kuuluvat sosiaaliseen toiminnallisuuteen. ( Voutilainen ja Tiikkainen 2008, 126) Kaikki toimintakyvyn osa-alueet liittyvät tiiviisti toisiinsa ja alenema toisessa saattaa heikentää muita alueita. Pitkäaikaisen laitoshoidon RAI - arviointijärjestelmän mittaristo DRS kuvaa masennusta ja SES mittaa sosiaalisen aktiivisuuden tasoa. (Finne- Soveri ym. 2005, 24).

#### 2.4 Toimintakyvyn arviointia Kainuussa

Ikääntyneiden toimintakykyä arvioidaan erilaisilla toiminnan suoriutumisentason mittauksilla, mittareilla, havainnoinnilla ja kyselyillä. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista arvioitaessa on arvioitava vanhuksen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Eri toimintakykyjen arvioimiseen käytetään eri mittareita. On tärkeää, että käytössä on mittaristo, joka kattaa laaja-alaisen toimintakyvyn arvioimisen. Mittarit eivät yksistään ole riittäviä vanhuksen toimintakyvyn arvioitaessa, vaan tarvitaan yhteistyötä vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa. Keskustelemalla heidän kanssaan selviää todellinen avun tarve, sillä vanhuksen toimintakyky on sidoksissa aikaan, paikkaan ja ihmisiin ja se koostuu yksilön, ympäristön ja toiminnan yhteisvaikutuksesta. (Voutilainen ym. 2008, 130.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn perusteellinen ja hyvä arviointi on tärkeää ikääntyvän oikeanlaisen palveluntarpeen löytämiseksi. Ilman kattavaa toiminnallisen suoriutumisen tason arviointia ikääntynyt voi jäädä vaille tarvitsemaansa tukea, oikeanlaista kuntoutusta ja hoitoa. ( Voutilainen, Vaarama, Eloniemi - Sulkava, Finne- Soveri, 2002, 91.)

Kainuun maakunta- kuntayhtymässä on toimintakykyisyyden mittareina käytössä ollut Mini Mental (MMSE) ja RAVA. Älyllisen toiminnan arviointiin käytettävä seulontatesti on esimerkiksi MMSE (Mini mental state examination). MMSE koostuu useista lyhyistä tehtävistä, joiden avulla arvioidaan kognition eri osa-alueita. Kognition osa-alueita ovat muisti, orientaatio, arvostelukyky, yhteisölliset toiminnot, koti ja harrastukset ja itsestä huolehtiminen.

MMSE on laajasti käytetty asteikko, jonka avulla saadaan yleiskäsitys henkilön kognitiivisen suoriutumisen heikentymisestä. Kokonaispistemäärä on 30. Tuloksen ollessa 24 tai heikompi, on kyseessä yleensä poikkeavasta suorituksesta. (Voutilainen & Tiikainen, 2008, 132-133.)

Suomessa on laajalti käytössä RAVA -indeksi. RAVA- järjestelmään kuuluvan toimintakykymittarin avulla arvioidaan vanhusten toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta. Arvioimista varten kerätään tietoa muun muassa henkilön liikkumisesta, pukeutumisesta, syömisestä, hygienianhoidosta, mielialasta ja muistista. Toimintakykymittarin avulla henkilölle määritetään RAVA -indeksi, jonka arvo on 1,2- 4,2. Mitä korkeampi arvo on, sitä enemmän henkilö tarvitsee apua. (Voutilainen & Tiikainen, 2008, 132- 133.) Hoitajat voivat hyvin käyttää RAVA:a ja MMSE:tä, jos ovat saaneet riittävästi koulutusta ja käyttökokemusta. Lääkärit antavat lausunnot ja tekevät johtopäätökset tutkimuksista. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 25).

MMSE:llä ja RAVA:lla on käytännössä havaittu puutteita ja niiden avulla saadut arviot on todettu yksipuolisiksi. Esimerkiksi MMSE:n tuloksia voi akuutti sekavuus muuttaa eikä se myöskään sovellu puheongelmallisille. (Voutilainen ym. 2008, 133). RAI - arviointijärjestelmä on edellisiä toimintakykymittareita monipuolisempi toimintakyvyn ja avun tarpeen mittaamiseen tarkoitettu järjestelmä. RAI - arviointijärjestelmä on kehitetty hoidon laadun arvioimiseen ja parantamiseen, voimavaratarpeen arvioimiseen sekä maksujärjestelmien kehittämiseen. (Noro ym. 2005, 7).

Hyvinvointipalveluiden uudet mallit Itä- Suomen ikääntyville – hankkeen osahanke oli ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi – hanke, joka toteutettiin Kainuussa 1.1.2007- 31.3.2008. Hankkeen kokonaistavoitteena oli ottaa käyttöön Kainuun Maakunta kuntayhtymässä ikääntyneiden yhdenmukainen palvelutarpeen arviointimittaristo (RAI). Teknologiaa hyödyntäen haluttiin kehittää mittaristo, jolla saadaan apua asiakkaan arjen tukemiseen, hallintaan, palvelujen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tavoitteena hankkeessa oli RAI - arviointijärjestelmän hyödyntäminen osana vanhustenhuollon tietojärjestelmää. RAI: n kautta tuotettava tieto saatiin sekä vanhustenhuollon että terveydenhuollon toimijoiden käyttöön yhdistämällä se osaksi vanhustenhuollon tietojärjestelmää. RAI - arviointimittariston ja Pegasos terveys- ja sairauskertomusjärjestelmän yhteiskäytettävyyden tavoitteena oli poistaa eri tietojärjestelmien käytöstä aiheutuva päällekkäinen työ ja ennen kaikkea poistaa eri järjestelmiin kirjautumisen päällekkäisyys. Lisäksi tavoitteena oli, että maakunnan vanhuspalveluilla,

sosiaali- ja terveysjohdolla ja päätöksentekijöillä olisi kattava ja luotettava kuva asiakkaista, heidän hoidon tarpeesta ja tasosta ja palveluiden kohdentumisesta. Kainuun maakunta- kuntayhtymässä on otettu kaikissa vanhuspalveluiden yksiköissä käyttöön RAI – arviointijärjestelmä. (Maakuntaliitto, 2008)

### 3 RAI - ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ

RAI – tietojärjestelmä on vanhustenhuollon henkilöstön käyttöön suunniteltu monipuolinen ja luotettava asiakastason arviointi- ja laatujärjestelmä. Järjestelmässä asiakkaasta kerätään hoidon tarpeiden kokonaisvaltaiseen arviointiin tarvittavat tiedot. Järjestelmästä saadaan asiakkaan toimintakykyä ja terveydentilaa kuvaavia tunnuslukuja sekä riskitekijöitä ja voimavaroja yksilöllisen hoidon suunnitteluun ja arviointiin. (Morris ym. 1990).

Arviointijärjestelmän avulla arvioidaan ja seurataan asiakasrakennetta, hoidonlaatua, tuottavuutta ja henkilöstöä. Se antaa myös mahdollisuuden verrata eri vanhuspalvelujen tuottajien toimintaa keskenään. Eri organisaatiot ja kunnat ovat kehittäneet vanhusten pitkäaikaista laitoshoidtoa vuodesta 2000 ja kotihoitoa 2002. RAI - arviointijärjestelmän piirissä 2007 on 10000 pitkä-aikaishoidossa olevaa vanhusta ja 10000 säännöllisen kotihoidon tarvitsevaa asiakasta. Yhteistyössä on mukana vanhustenhuollon järjestöjä Oy Raisoft Ltd ja Chydennius instituutti (Itkonen, Lindman, Corin & Noro, 2007.)

RAI -arviointijärjestelmä on hoidon- ja palveluiden laadunparantamisjärjestelmä monentyyppisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin vastaava eri palvelumuodoissa toimiva mittaristo. Se koostuu kolmesta osatekijästä, kyselylomakkeesta, hoitosuunnitelman apuvälinelistasta ja käsikirjasta. Eri hoito- ja palvelu-muotoja varten on kehitetty omat RAI - versiot, joita on seitsemän. Jokaisella on sama perusrakenne: kukin sisältää kaikille versioille yhteisen ytimen sekä joukon kullekin versiolle tyypillisiä erityiskysymyksiä. (Finne- Soveri 2007, 24.)

Tämä arviointijärjestelmä on ohjelma, jonka avulla arvioidaan asukkaan toimintakykyä, suunnitellaan hoitoa, joka perustuu laatuystävälliseen hoitoon. Arviointijärjestelmä tuottaa yksilöllisen, kokonaisvaltaisen arvion, joka muodostuu voimavarojen ja tarpeiden tunnistamisesta. Tätä arviota hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. RAI - arviointijärjestelmä mahdollistaa asukkaan yksilöllisen hoidon ja samalla hoitoryhmän kommunikointi ja tiimityöskentely tehostuvat. Arviointijärjestelmän avulla mahdollistuu asiakkaan ja omaisen osallistumisen hoitoon. Sen avulla tuetaan tavoitteellista, terveyslähtöistä ja moniammatillista toimintaa sekä luodaan yhteinen kieli asukkaan hoitamiseksi ja saadaan hoitotyön tulokset näkyviin. (Raisoft, 2006.)

Jokainen RAI - arviointijärjestelmä sisältää kysymyssarjan nimeltä Minimum Data Set, MDS, eli pienin(tarvittava) tietomäärä, käsikirjan sekä apuvälineen yksilöllisen hoito- ja palvelu-



suunnitelman rakentamiseen ja ne ovat toistensa kanssa yhteensopivia. Tämän arviointijärjestelmän avulla uskotaan hoidon laadun paranevan, sillä asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon. Hoito on myös edullisempaa, sillä voimavaroja ei käytetä tuloksettomaan ja virheelliseen toimintaan. Laitosten ja organisaatioiden toiminnan ajatellaan parantavan toimintaansa siksi, että organisaation päätökset voidaan perustaa suoraan asiakkaan tarpeisiin. Maksujärjestelmän ajatellaan johtavan järkevään varojen jakoon silloin, kun perusteeksi omaksutaan asiakkaan tarpeet ja voimavarat. (Noro, ym., 2005, 22-23.)

RAI - arviointijärjestelmässä on eri arviointimittarit eri palveluyksiköille. Ensimmäiseksi kehitettiin arviointimittari pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeisiin ja sen jälkeen on arviointivälineitä kehitetty kotihoitoon, palveluasumiseen, akuuttihoitoon, jatko/kuntoutus akuuttihoiton jälkeen, palliativiseen hoitoon ja mielenterveyteen. Yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma toteutuu RAI - arviointijärjestelmällä arvioimalla asiakkaan hoidon tarve MDS mittarilla, jonka jälkeen voimavarat ja ongelmat tunnistetaan RAPs mittareilla. Näiden arviointien avulla valitaan hoitotoimenpiteet ja sitä myöden toteutetaan hoito ja arvioidaan tulokset. (Noro, ym., 2005.)

Arviointijärjestelmä on tehty hoidon laadun seurannan, kustannusten arvioimisen ja maksujärjestelmän kehittämiseksi eri palvelurakenteille. Sen keskeisenä tarkoituksena on kartoittaa laajasti yksilön voimavarat, ja siten mahdollistaa yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen. (Noro, ym., 2005, 22.)

RAI- arviointijärjestelmäjärjestelmä Resident Assessment Instrument eli asiakkaan/asukkaan arviointi väline, on toimintakyvyn arviointimittari, joka on kehitytty Yhdysvalloissa 1980-luvulla. RAI -arviointijärjestelmä on yksilöpohjainen arviointimenetelmä. Arviointijärjestelmää käytetään ja hyödynnetään ensisijaisesti asiakkaan/potilaan hoitotyössä, hoitosuunnitelmien kohentamiseksi ja pitkäaikaisasukkaan hoidon parantamiseksi. (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas ja Noro. 2006, 22.)

RAI -arviointijärjestelmä on kansainvälisesti käytössä, ja sitä on käännetty 17 eri kielelle. Yhdysvalloissa RAI on lakisääteinen pitkäaikaishoitoa tuottavissa laitoksissa ja arviointijärjestelmää käytetään mm. Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Hollannissa, Saksassa, Ranskassa, Sveitsissä, Italiassa, Taiwanissa ja Etelä- Koreassa. Yhteinen tapa arvioida ja kirjata arviot antaa mahdollisuudet kansainväliseen vertailuun. (Noro, A. Finne- Soveri, H. Björkgren, M. Häkkinen, U. Laine, J. Vähäkangas, P. Kerppilä, S. Storbacka, R. 2001.)

Ennen RAI - arviointijärjestelmän käyttöönottoa hoitajien olisi perehdyttävä arvioinnin tekemiseen, atk- ohjelmiston hallintaan ja tietojen hyödyntämiseen hoitotyössä. Chydenius-instituutissa on erillishankkeella pyritty kehittämään RAI: n käyttöönottokoulutuksia vuodesta 1999. Ensimmäisenä koulutettiin sairaanhoitajia, joiden tehtävänä oli toimia yksiköissään RAI - vastuuhenkilöinä. Sen jälkeen on ollut koulutuksia lähi- ja perushoitajille ja koulutuksia, joissa aiheena oli RAI: n käyttö asiakkaan hoidon suunnittelussa. Hankkeen palautteesta ilmeni, että oppiminen ja käyttöönotto tapahtuivat prosessimaisesti. Koulutuksessa olleet hoitajat muodostivat aluksi yleiskäsityksen arviointijärjestelmästä ja sen käyttömahdollisuuksista asiakkaan hoidon suunnittelussa. Koulutuksella ovat hoitajat motivoituneet arviointien tekemiseen ja se on lisännyt kiinnostusta järjestelmää kohtaan. Hoitajat pitivät arvioinnin hallinnan osaamista pohjana RAI - mittareiden ja saatujen tulosten hyödyntämiselle. (Vähäkangas & Björkgren 2005, 35.)

Koulutuksen ja tietotekniikan hallinnan osaaminen olivat keskeisiä tuloksia myös Räsänen (2005) ja Itkosen ym. (2007) tutkimuksissa. Räsänen tutkimuksessa riittämätön koulutus tuotti haittaa merkittävästi RAI: n käyttöön. Lisäksi hoitohenkilökunnan koulutustaustojen erilaisuus tuotti ongelmia, sillä osalle henkilöstöstä tuotti vaikeuksia lääketieteelliset termit ja englanninkieli.

## 4 PALVELUKESKUS HIMMELI JA RAI -ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO

### 4.1 Sotkamon palvelukeskus Himmeli

Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalvelut jakautuvat kolmeen eri seutuun; Kajaanin seutu, Kuhmo-Sotkamo ja Ylä-Kainuu. Kuhmo-Sotkamo jakautuu; laitoshoitoon, tehostettuun palveluasumiseen ja kotona asumista tukeviin palveluihin. (Maakuntaliitto, 2008)

Palvelukeskus Himmeli tuottaa tehostettua palveluasumista lähinnä sotkamolaisille ikäihmisille. Se toimii Sotkamon kunnan omistamassa kiinteistössä, jossa esimiehenä toimii asumispalvelupäällikkö, ohjaaja hoitaa tilaukset ja vastaa virkistystapahtumista ja toimii tarvittaessa esimiehen sijaisena. Himmeliissä on kaksi sairaanhoitajaa, jotka vastaavat asukkaiden kotisairaanhoidosta. Tämän lisäksi talossa työskentelee vakituudessa työsuhteessa toimistos sihteeri, kuntohoitaja, lähihoitajia 34, kodinhoitajia kolme, hoitoapulaisia viisi. Työllistämistuella palkattuja oli neljä vuoden 2009 loppuun asti ja heidän tilalleen on palkattu 2010 kolme lähihoitajaa. Kiinteistö-, puhtaanapito- ja ruokahuoltopalvelut ostetaan Sotkamon kunnalta. (Moisanen 2009, 43.)

Palvelukeskus Himmeliissä tuotetaan tehostettua palveluasumista eli yksiköissä on ympärivuorokautinen hoito ja hoiva. Kuntayhtymän työntekijät työskentelevät aamu- ja iltavuorossa ja yöhoito ostetaan yksityiseltä hoitopalvelulta. Himmeliissä on kahdeksan erillistä hoitokotia, joista kaksi on erikoistunut dementia asukkaiden hoitoon ja yhdessä hoidetaan lyhytaikais-hoidossa olevia ja pitkäaikaispaikkaa odottavia. Himmeliissä asuu vakituisesti 66 vanhusta, lyhytaikais-hoidon yksikössä on virallisesti 10 - 12 paikkaa, mutta se on jatkuvasti ylikuormitettu. (Moisanen 2009, 43.)

Palvelukeskus Himmelin hoitokodeissa on 54 yhden hengen ja viisi kahden hengen huonetta. Asukkaat asuvat vuokrasuhteessa, joten heillä on mahdollisuus saada asumistukea. He saavat Kela:n maksamaa hoitotukea. Asukkaat itse maksavat hoitonsa ja siihen liittyvät tukipalvelut tulojensa perusteella ja kustantavat lääkkeensä. Lyhytaikaisyksikössä asiakkaat eivät ole vuokrasuhteessa vaan käyvät intervallijaksoilla omista kodeistaan. Lyhytaikaisyksikössä on yhden hengen huoneista kolmen hengen huoneisiin. (Kainuun maakunta/Palvelukeskus Himmeli, perehdyttäminen) Palvelukeskus Himmelin asukkaat ovat kaikki yli 65 – vuotta ja

he ohjautuvat asumaan Himmeliin SAS, selvitä, arvio, sijoita - ryhmän kautta. Asukkailla on yksilöllinen hoidontarve ja jokainen heistä tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa. Asukkaiden toimintakyvyn tulee täyttää RAVA:ssa, MMSE:ssä ja RAI:ssa tietyt kriteerit saadakseen paikan Himmelistä.

#### 4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma hoidon suunnittelussa

Hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelma on lakisääteinen ja sen laatimiseen annetaan ohjeita eri oppaissa ja kirjoissa. Laeissa ja asetuksissa on velvoitteita suunnitelmien laatimiseen ja sisältöihin. Hyvällä hoito- ja palvelusuunnitelma kartoittaa ikä-ihmisen kokonaistilanteen ja se tehdään yhteistyössä vanhuksen, omaisten ja moniammatillisen hoitohenkilöstön kanssa. Palvelukeskus Himmeliissä on vuoden 2008 alusta käyttöön otettu RAI - arviointijärjestelmä vanhusten toimintakyvyn arvioinninvälineeksi. Hoitajat olivat käyttäneet toimintakyvyn arvioimiseen RAI: ta noin kaksi vuotta opinnäytetyön haastatteluajankohtana. RAI - arviointi tehdään asiakkaan tullessa Himmeliin ja sitä tarkistetaan puolivuositain ja tarvittaessa. Käytössä on kuitenkin vielä myös RAVA ja MMSE arvioinnit.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain, (812/2000)7 §:n, mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on säädetty terveydenhuollon asiakkaan asemasta. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista ylläpitävää työtettä sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Suunnitelmaa tarkistetaan ja arvioidaan uudestaan asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen muuttuessa yhteistyössä asiakkaan kanssa. Hoidon ja palvelun suunnitteluvaiheen sekä kirjallisen hoito - ja palvelusuunnitelman tavoite on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon olemassa olevat voimavarat. ( Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2006)

Hyvä palvelu- ja hoitosuunnitelma on tiivistelmä vanhuksen kokonaisvaltaisesta kunnosta ja niistä palveluista joita hän tarvitsee. Suunnitelma sisältää palvelujen tarpeen, kuntoutumisen tavoitteet ja keinot tai palvelut tavoitteisiin pääsemiseksi. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä vanhuksen kanssa. Suunnitelman tulee perustua hoitamisen asiantuntijoi-

den osaamiseen. Hyvä suunnitelma pitää sisällään seurannan, kokemusten kirjaamisen ja sen, että edistymisen tilaa arvioidaan jatkuvasti. Vanhuksella on hyvässä suunnitelmassa aina oikeus antaa palautetta, sekä hyvää että huonoa ja saada tietoa palveluista. Hoidon kestosta ja palveluiden tarpeesta päättävät yhdessä vanhus, moniammatillinen työryhmä ja omaiset. (Vallejo Medina ym. 2005, 63- 64.)

Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina, oman elämänsä asiantuntijana. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja käytännön toteutumisessa korostuvat työtä koordinoivan työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus yli perinteisten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hallintorajojen. Hyvällä suunnitelman valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2006)

Hoitotyön suunnitelma koostuu prosessista, johon kuuluvat tiedonkeruu, hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi. Tavoitteena suunnitelmalla on tuoda asiakkaalle niin hyvä psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi kuin mahdollista. (Aejmelaeus ym. 2007, 66.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakaslähtöisen hoidon ja palvelun toteutuksen työväline, sillä sen avulla hoito ja palvelu ohjautuvat tehokkaasti oikeaan kohteeseen ja toteutumista tulee tavoitteellista. Sen avulla turvataan asiakkaan hoito ja palvelu saumattomaksi kokonaisuudeksi. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, 2002, 91.)

RAI - arviointijärjestelmään on kehitetty pitkäaikaisen hoidon suunnitteluun ohjelmistoa. Hoitaja voi perusohjelmistoon kytkettävän ”*hoitosuunnitelmamoduulin*” avulla ja RAI- tietoa käyttäen laatia yksilöllisen hoitosuunnitelman. Ohjelman voivat hankkia palveluntuottajat, joilla on RAIsoft- ohjelmisto ja jotka ovat käyneet RAI - koulutuksen. (Boholm, J. 2005, 42.)

## 5 VANHUSTEN HYVÄ HOITO JA HOIDON LAATU

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan, ETENE:n, raportissa Vanhuus ja hoidon etiikka (2008), on vanhusten hyvään hoitoon ja etiikkaan liittyen mm. kirjoitettu vanhusten hoitoon liittyvistä laeista, säädöksistä, itsemääräämisoikeuksista ja turvallises-ta hoidosta. Raportin mukaan hyvässä hoidossa tuetaan ja vahvistetaan vanhuksen olemassa olevia fyysisiä ja henkisiä kykyjä ja voimavaroja. Hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävinä asioina mainitaan myös riittävä ja terveellinen ravinto, arkipäivän toimet, säännöllinen ulkoilu ja liikunta, harrastukset sekä asunnon ja asuinympäristön esteettömyys. Kotona selviytymistä voidaan tukea apuvälineillä ja erilaisilla tukipalveluilla. Kuntoutusta ja usein myös lääkkeitä tarvitaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Raportissa tulee esille hyvän hoidon edellytyksenä hoitohenkilöstön hyvä ammattitaito ja yhteistyö eri ammattikuntien kanssa vanhuksen hoitoa suunnitellessa ja arvioidessa. Moniammatillinen yhteistyö myös tukee ja auttaa hoitohenkilös-tön työssä jaksamisessa ja pysymisessä.

Tavoitteena vanhusten hoidossa ja palveluissa on asiakkaan elämänlaadun tukeminen siinä ympäristössä, jossa hoidon- ja palvelujen tarvitsevat ihmiset elävät. Kriteerinä hoidon ja pal-velun hyvälle laadulle on tehtävässä onnistuminen. Hyvä elämänlaatu on tärkeää myös vanhuksille, jotka tarvitsevat erityisen paljon apua ja ovat riippuvaisia toisten antamasta avusta. Arjen työssä hoidon ja palvelun laatu toteutetaan ja se mahdollistuu käytännön johtamisella. (Vaarama, 2002, 11.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on ikääntyneiden hoitotyössä keskeinen perusarvo. Riippumatta hoidon ja palvelun tarpeesta ja asuin- tai hoitopaikasta jokaiselle ikääntyneelle on turvatta-va oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun. Ikääntyneiden hoitotyön ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Itsemääräämisoikeutta voidaan parantaa vanhusten voimavarojen tunnistamisella, vahvistamisella ja käyttämällä voimavara lähtöisyyden periaat-teita. Vanhusten oikeudenmukainen palvelujen kohdentaminen edellyttää yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämistarpeita. Osallisuus yksilön tasolla sitä, että ihminen kokee vanhanakin olevansa yhteisön täysivaltainen jäsen. Tämä näkyy ikäihmisten palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja vahvistami- sessa sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisessa. Yksilöllisyyteen kuuluu vapaus ja valinnanmahdollisuudet, mutta myös vastuunotto omasta elämästä. Ihminen nähdään ainut-

kertaisena, yksilöllisenä ihmisenä. Turvaamalla sosiaalinen tuki ja palvelujen saatavuus sekä laatu, toteutetaan turvallisuuden periaatetta. Turvallisuuteen kuuluvat myös luottamus kunta-laisten ja palveluntuottajien välillä ja se, että huolehditaan asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta sekä tapaturmien, väkivallan ja kaltoinkohtelun ehkäisystä. Ammattiasemaan, johon liittyy valtaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa toisten elämään, ohjaavat eri ammattiryhmien eettiset periaatteet. Eettisissä periaatteissa korostuu vastuullisuuden periaate erityisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 12- 13.)

Voutilaisen & Tiikkaisen (2009) mukaan ihmisarvon kunnioittaminen ja eettisten periaatteiden mukainen hoito sekä lakien ja asetusten tuoma turva hoidon laatuun ovat tärkeitä. Samat asiat nousevat esiin myös Hartikainen & Lönnroos (2008) ja Parviaisen (1998) teoksissa. Vanhustyön erityisosaamisen tärkeys ja koulutuksen tarve tuodaan myös teoksissa esille. Koulutuksen ja erityisosaamisen tärkeys hyvän hoidon kannalta mainitaan myös ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa 2008 ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa, KASTEESSA, 2008- 2011.

Jokaisella Suomessa asuvalla on lakiin perustuva oikeus terveydentilansa mukaiseen, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. (Vallejo Medina ym. 2006, 357.) Hoidon laatua määriteltessä pitäisi miettiä kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Vanhustenhoidon laatua voidaan esimerkiksi arvioida osana palvelujärjestelmän toimivuutta, yhteistyön sujuvuutta, vuorovaikutusta, hoitoa ja potilaan omaa kokemusta. Lopputulokseen vaikuttaa suuresti lähtökohta. Laatusuosituksissa ja strategioissa on tuotu esille määritelmät laadukkaasta hoidosta. Usein painotetaan avohoidon tärkeyttä ja kuntouttava työtettä ja viimeaikoina tärkeiksi laadutekijöiksi ovat tulleet hoitoon pääsy ja odotusaikojen pituus. Henkilöstömitoitusten ja hoitotyön laadun välillä on tutkitusti yhteys. Lisäksi henkilöstön koulutuksella on henkilöstön määrään nähden suurempi merkitys. (Vallejo Medina ym. 2006, 357.)

Vaaraman (2002) mukaan ihmisen tyytyväisyys on keskeinen elämänlaadun mittari ja siihen kannattaa pyrkiä ikääntyneiden hoidossa ja palveluissa. Tyytyväinen asiakas voisi olla ikääntyneiden hoidon ja palvelun tavoite. Vaarama toteaa myös, että elämän- ja hoidonlaatu ei ole sama asia. Hänen mukaansa hoidon ja palvelun hyvä laatu koostuu ammattitaidosta ja kohtaamisesta. Elämänlaadun tukemisessa hoidon ja palvelun laatu on yksi osa ja sen merkitys korostuu hoidon ja palvelun tarpeen lisääntyessä.

Hoidon ja palvelun laatu toteutuu arjen työssä, ja sille luodaan edellytykset käytännön johtamisella. Laatu on jokapäiväistä kohtaamista asiakkaan ja hänen omaistensa ja läheistensä kanssa, asiakkaan sairauksien hoitoa ja elämänhallinnan tukemista. Tärkeänä osana asiakkaan kohtaamisessa on oman ammattitaidon ja persoonallisuuden käyttö. (Vaarama, M. 2002.)

Päivi Voutilainen (2004) tutki väitöskirjassaan ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon laatua. Tällä hetkellä Suomessa noin 30 000 ihmistä, joka kymmenes 75 vuotta täyttäneistä, on pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Heille hoidon laatu konkretisoituu yhtäältä mahdollisuuksina saada yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoitoa ja toisaalta odotusten ja kokemusten suhteena. Pitkäaikaisen laitoshoidon arvioinnista tekee haastavan, siihen liittyvät erityispiirteet. Yksi näistä erityispiirteistä on eri osapuolten erilaiset odotukset. Pitkäaikaishoidon asiakkailta, heidän omaisiltaan ja läheisillään, heitä hoitavalla henkilökunnalla, johtajilla ja poliittisia päätöksiä kunnissa tekevillä luottamushenkilöillä on laadusta hyvin erilaisia odotuksia, joiden yhteensovittaminen voi olla ajoittain vaikeaa.

Artikkelissaan Voutilainen (2004) kirjoittaa myös seuraavaa. Pitkäaikaisen laitoshoidon laadun arvioinnin haasteena on myös yhtenäisen laatuksiteristön kehittäminen. Pitkäaikaishoidossa ei ole ollut yhteisesti sovittua laatuksiteristöä tai -indikaattoreita, joiden avulla eri pitkäaikaishoidon yksiköiden hoitotuloksia olisi voitu vertailla keskenään. Tämän puutteen poistamiseksi on kuitenkin viime vuosina tehty paljon työtä, ja käyttöön on otettu Resident Assessment Instrument (RAI) -tietojärjestelmä, joka on käytössä useissa maissa. Hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa käsittelevien tutkimusten tuloksista voidaan ottaa esiin joitakin asiakkaiden ilmaisemia laadun kriteereitä. Niitä ovat muun muassa yksilöllisyys, jolla tarkoitetaan avun saamista yksilöllisiä tarpeita vastaavasti, esimerkiksi ruokailussa, sekä ammattitaitoinen henkilökunta, sosiaalinen vuorovaikutus muiden asiakkaiden kanssa, aktivoiva toiminta, henkilökunnan välittäminen ja huomio, osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoitoon, henkilökunnan tuki yhteyden säilyttämisessä läheisiin sekä hoitopaikan kodinomaisuus. (Sairaanhoitajalehti, 2005)

Eri palveluissa on turvattava asiakkaiden mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen. Asiakkaan rooli on aktiivisimmillaan laadun kehittäjän roolissa, jolloin asiakas osallistuu oman palvelunsa laadun kehittämiseen asettamalla laatuavoitteita, suunnittelella palvelun toteutusta ja arvioimalla palvelua voimavarojensa mukaisesti. Kaikilla, toimintakyvyltään heikoimmillakin, asiakkailta on laadun kokijan rooli ja he voivat tuoda



esimerkiksi asiakastyytyväisyysmittausten tai omaisten kautta välittyvän palautteen avulla tietoon kokemuksiaan palvelun laadusta. Asiakaspalautetta on kerättävä säännöllisesti, ja saatu palaute on hyödynnettävä. (STM Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Laadun arviointi tulee suhteuttaa kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoitoa mitataan myös vuorovaikutuksen laadulla. Vanhus kokee saavansa laadukasta hyvää hoitoa, kun hoito perustuu asiantuntemukseen ja osaamiseen sekä viimeisten hoitosuositusten mukaisiin käytäntöihin ja ammatilliseen vuorovaikutukseen. Laatusuosituksissa tulee esiin millaista hyvän palvelun tulisi olla. Hyvän palvelun kriteereitä ovat asiakaslähtöisyys, eettisyys, kuntouttava työote, käypä hoitosuositusten noudattaminen ja näyttöön perustuva hoitotyö. Nämä perustuvat kirjallisiin palvelusuunnitelmiin tai hoitosopimuksiin ja ne toteutuvat saumattomassa yhteistyössä eri palvelutuottajien ja omaisten kanssa. (Vallejo Medina ym. 2006, 358.)

Usein hoitotyön laatua määritellään yksilön näkökulmasta. Tärkeinä pidetään tavoitteiden saavuttamista ja eri osapuolten näkemystä mikä on laadukasta ja tavoiteltavaa. Hoitotyön laatua määritellään toivottujen tulosten saavuttamisella, tarkoituksenmukaisella toiminnalla ja parhailla mahdollisilla toimintaedellytyksillä. Vanhusten hoidon laatuun vaikuttavat hoitajien ominaisuudet, sillä vanhukset pitävät tärkeinä hoitajien ystävällisyyttä, ammattitaitoa, vuorovaikutustaitoja, kokemusta, kosketusta, lämpöä ja huumoria. Hoitajan odotetaan olevan myös kutsumustyössään, kunnioittavan vanhuksia ja olevan yhteistyökykyinen. (Aejmelaeus ym. 2007, 366.)

Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa -projekti käynnistyi Kainuun maakuntayhtymässä vuoden 2007 alussa. Sotkamon palvelukeskus Himmelin lyhytaikaisyksikkö oli yksi projektiin valituista pilottiyksiköistä, joissa RAI -arviointijärjestelmä oli käytännössä kokeiltavana. Maakunnan kaikkiin vanhuspalveluiden yksiköihin projekti laajeni alkuvuodesta 2008.

Palvelukeskus Himmelissä on edelleen käytössä myös RAVA, MMSE, RAI:n ohessa. Käytännössä MMSE ja RAVA ovat osoittautuneet kapea-alaisiksi ja yksipuolisiksi, joten RAI-arviointijärjestelmän avulla haetaan kokonaisratkaisua vanhusten hoitoisuuden arvioimiseen. RAI -järjestelmä on kehitetty hoidon laadun arvioimiseen ja kohentamiseen sekä voimavara-tarpeen arvioimiseen. (Noro ym.2005,7). Opinnäytetyöllämme halusimme selvittää, kuinka RAI - mittaria voitaisiin hyödyntää enemmän hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelman tekemisessä ja RAI - arviointijärjestelmän vaikutuksista hoidon laatuun.

Hyvän hoidon, hoitotyönlaadun parantamiseksi ja hoidon arvioimiseksi on Sotkamon Himmellisä, kuten myös koko Kainuun maakunta- kuntayhtymässä, otettu käyttöön RAI - arviointijärjestelmä vuoden 2008 alusta lähtien. (Kainuun maakunta kuntayhtymä). Himmelin hoitajat ovat saaneet koulutusta RAI - arviointijärjestelmän käyttöön ja kaikki hoitajat käyttävät RAI:ta työssään.

Aikaisempia tutkimuksia on mm. tehty RAI - seurantajärjestelmän käytettävyydestä vanhus- ten pitkäaikaishoidossa (Räsänen, 2005) ja kokemuksista vanhustenhuollon vertailukehittä- misestä RAI - tietojärjestelmällä (Itkonen ym.2007). Molemmissa tutkimuksissa nousee esille tietotekniikan riittävä hallitseminen ja tarvittava RAI - koulutus. Lisäksi tutkimuksissa koet- tiin RAI - tietojärjestelmän olevan vaikeaselkoisen ja vievän aikaa itse hoitotyöltä.

Moisasen (2009) tutkimuksessa, henkilöstömitoituksen ja rakenteen kohdentamisen kehittä- minen palvelukeskus Himmellisä RAI - arviointijärjestelmän avulla, Himmelin hoitohenki- löstö koki RAI - arviointijärjestelmän käyttöönoton olleen mielenkiintoista ja rikastuttaneen hoitotyötä. Lisäksi käyttöönottoa pidettiin perusteltuna, koska se toi uusia näkökulmia asiak- kaiden hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien tekemiseen. Asiakaslähtöisyyden koettiin sii- ten myös lisääntyneen. Tutkimuksessa tuli esiin myös hoitohenkilökunnan huomio, ettei hoi- totyöhön käytettyä aikaa ja asiakkaan inhimillistä kohtaamista järjestelmä mittaa lainkaan.

Ilkon (2009) tutkimuksessa, RAI - arviointijärjestelmän käyttöönottoprosessin johtaminen Sotkamon kotihoidossa, tuli myös esiin samankaltainen päätelmä, että arviointien tekeminen oli lisännyt pohdintaa asiakkaiden toimintakyvystä. Ilkon tutkimuksessa ilmeni, että hoito- henkilökunta koki RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotossa aluksi osaamiseen, ajankäyt- töön, arviointitilanteeseen liittyviä ongelmia. Tutkimuksen mukaan käyttöönottoprosessin pitäisi olla suunniteltua ja hallittua. Omahoitajuutta ja yhteistyötä työyhteisön työntekijöiden kanssa pidettiin tärkeinä. Samoin kuin Räsänen (2005) tutkimuksessa korostui myös Ilkon (2009) tutkimuksessa riittävien ja selkeiden koulutusten ja henkilökohtaisen neuvonnan ja tuen tärkeys järjestelmän käyttöönoton alkuvaiheessa. Lisäksi Räsänen(2005) tutkimuksessa hoitajat kokivat RAI: n vaikuttaneen myönteisesti hoidon laatuun, mutta he kokivat hyödyn- tämisen hankalaksi käytännössä arviointien työläisyyden takia ja potilastyötä häiritsevinä. Tästä huolimatta hoitotyön laatuun oli kiinnitetty enemmän huomiota ja siten myönteisiä vaikutuksia oli osoitettu esimerkiksi kiinnittämällä huomiota enemmän lääkityksiin.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme toteutetaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän seutu II vanhuspalveluissa tehostetun palveluasumisen yksikössä palvelukeskus Himmelissä. Työelämän ohjaajana toimii Kirsi Moisanen ja ohjaava opettaja on Virpi Neuvonen.

Kainuun maakunta- kuntayhtymän on yhtenäistänyt toimintalinjansa ja tähän kuuluu RAI-mittarin käyttöönotto. RAI – arviointijärjestelmä on vanhustenhuollon henkilöstön käyttöön suunniteltu monipuolinen ja luotettava asiakaan arviointi- ja laaturjestelmä. RAI - arviointijärjestelmässä asiakkaasta kerätään hoidon tarpeiden kokonaisvaltaiseen arviointiin tarvittavat tiedot. Järjestelmästä saadaan asiakkaan toimintakykyä ja terveydentilaa kuvaavia tunnuslukuja sekä riskitekijöitä ja voimavaroja yksilöllisen hoidon suunnitteluun ja arviointiin. (Morris, Hawes, Fries, 1990, 30(3), 293- 307).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia RAI- mittarin käytöstä palvelukeskus Himmelissä. Haluamme selvittää käyttävätkö hoitajat RAI- mittarista saatuja tietoja apuna hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelman laadinnassa. Lisäksi haluamme hoitajilta tietoa RAI- mittarin vaikuttavuudesta hoitotyön laatuun. Työ on laadullinen tutkimus ja kuvaamalla kokemuksia ja analysoimalla haastatteluja, on mahdollista löytää kehittämiskohteita RAI - arviointijärjestelmän käyttöön liittyen. Tuloksia toimeksiantaja voi jatkossa käyttää hyödyntämään uusien hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien teossa tai mahdollisesti henkilökunnan koulutusten suunnittelussa.

Tutkimustehtävät opinnäytetyössämme ovat:

Millaisia kokemuksia henkilökunnalla on RAI - arviointijärjestelmän käytöstä palvelukeskus Himmelissä?

Miten hoitotyöntekijät hyödyntävät RAI: n avulla saatua tietoa hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien teossa?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena perustuen tutkimustehtäväämme ja toimeksiantajan pyytämään selvitykseen hoitajien RAI -arviointijärjestelmän käytökokemuksista. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja siinä suositaan ihmistä tiedonkeruun välineenä. Tällainen menetelmä on esimerkiksi haastattelu, jota käytimme opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Haastateltaviksi pyydämme vapaaehtoisia työssään RAI arviointijärjestelmää hoito- ja palvelusuunnitelman teossa käyttäviä neljää hoitajaa. Laadullisen tutkimuksen aineiston ei tarvitse olla edustava otos, sillä tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87).

Opinnäytetyömme toteutus suoritettiin strukturoidulla haastattelulla. Strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, tapahtuu lomaketta apuna käyttäen. Strukturoidussa haastattelussa kysymykset esitetään haastateltaville samanlaisina ja samassa järjestyksessä. Strukturoidussa haastattelussa haastattelija ei vaikuta haastateltavan vastauksiin. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 11.) Käytimme työssämme yksilöhaastattelua, sillä yksilöhaastatteluissa voi vapaasti ja avoimesti kertoa omia mielipiteitään eikä haastateltavan tarvitse miettiä muiden suhtautumista asiaan. Haastattelutilanteesta saa rauhallisemman, kun paikalla ei ole useita ja myös kysymyksiä on helpompi tarkentaa tarvittaessa.

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii lähestymään kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Karkeimmillaan laadullinen ymmärretään yksinkertaisesti aineiston ja analyysiin muodon kuvaukseksi. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata jotain tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa tai tuottaa teoreettisesti mielekäs tulkinta kohteena olevasta ilmiöstä. Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun vastaukset perustuvat yksilön omaan kokemukseen ja haastateltavilla on kokemuksia samankaltaisista tilanteista. Haastattelu soveltuu hyvin kokemuksen tutkimiseen ja kuvailemiseen. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 152- 155; Eskola & Suoranta 2000, 15- 79.)

Haastateltavien määrä ei ole kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkein seikka. Opinnäytetyö on harjoitustyö, joka osoittaa opiskelijan oppineisuutta tutkimusaiheesta. Aineiston koko ei voi olla opinnäytetyön tärkein kriteeri. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Merkittävämpää on kertoa pienemmästä aineistosta syvällisesti enemmän. Käytännössä aineiston kokoon vaikuttavat myös tutkijan käytössä olevat resurssit; aika ja raha. On

iso ero haastatella neljää tai kolmeakymmentä ihmistä ja haastatteluiden jälkeen analysoida keräämänsä aineisto. (Tuomi ja Sarajärvi, 2002, 87.)

Tuomen ja Sarajärven (2002, 76, 88) mukaan haastateltavien valinnassa on tärkeää valita tiedonantajat tarkoituksenmukaisesti ja harkitusti. Haastateltavilla tulisi olla tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon, jotta heiltä saataisiin paras tieto tutkimuksen kohteesta. Haastateltavien valinnassa olisi hyvä kiinnittää huomio myös haastateltavien aktiivisuuteen, innostuneisuuteen, puhe- ja ilmaisutaitoon. Aineiston valitsemisessa tulisi noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta eikä edustavuuden periaatetta. (Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen, 1997, 216.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002,75) kirjoittavat, että haastattelujen onnistumisen kannalta olisi hyvä, että haastateltavat saisivat tutustua kysymyksiin tai ainakin haastattelun aiheeseen ennalta. Käytännössä tämä toteutuu sopimalla haastatteluajasta, paikasta ja haastattelun tarkoituksesta haastateltavien kanssa.

## 7.1 Aineiston keruu ja haastateltavien valinta

Haastattelimme hoitajia, jotka työskentelevät palvelukeskus Himmellisä. Tarkoituksenmukaisuusperiaatteeseen viitaten haastateltavilla on kokemusta RAI- arviointijärjestelmän käytöstä. Haastateltavat olivat vapaaehtoisia, aktiivisia ja kiinnostuivat opinnäytetyön aiheeseen. Heille annettiin ennen haastattelua kirje, (liite 1/1) jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta sekä suostumuskirje allekirjoitettavakseen (liite2/1). Lisäksi ennen haastattelua he saivat kysymysrunгон (liitteet 1/3-4) haastattelusta luettavakseen ennakkoon. Haastateltaviksi valittiin ne, jotka olivat työssään käyttäneet RAI:ta. Heille kerrottiin että he esiintyvät haastatteluissa anonymisti. Materiaali säilytetään lukitussa kaapissa ja hävitetään kun opinnäytetyö on valmis.

Olimme aiemmin yhteydessä Himmellisä työskenteleviin hoitajiin ja näin heillä oli tiedossa opinnäytetyön sisältö ja siihen liittyvä haastattelu. Kysyimme neljältä hoitajalta lupaa haastatteluun ja he vastasivat myöntävästi. Annoimme samalla heille edeltä laaditut kysymyslomakkeet (liitteet1/3-4), joihin he saivat rauhassa tutustua. Haastattelun kysymykset laadittiin siten, että saisimme vastaukset tutkimustehtäviimme.

Opinnäytetyömme haastattelut suoritimme tammikuussa 2010, haastatteleamalla neljää hoitajaa. Hoitajien valintaan vaikutti myös palvelukoti Himmelin esimiehen suositus. Saatuamme haastateltavien nimiä valitsimme haastateltavat, jotka mielestämme täyttivät parhaiten asettamamme kriteerit. Haastattelut suoritimme nauhoittamalla. Nauhoitus antaa mahdollisuuden palata haastattelutilanteeseen tarvittaessa uudelleen. Nauhoituksen purimme ja kirjoitimme sanasanalta ylös ja sen jälkeen analysoimme tuloksia. Haastattelumuoto oli strukturoitu eli lomakehaastattelu. Haastattelu eteni edeltä tehtyjen kysymysten pohjalta. Kysymykset on laadittava huolellisesti, etteivät ne ole johdattelevia. Teimme koehaastattelun, ennen varsinaisia haastatteluja. Näin totesimme että haastattelunrunko oli sellainen, että saamme tutkimuskysymyksiin vastauksia ja kysymykset ovat ymmärrettäviä.

Haastattelut tapahtuivat rauhallisessa paikassa, jossa ei ollut muita paikalla kuin haastattelija ja haastateltava. Olimme edeltä käsin sopineet haastattelujen ajankohdan ja paikan. Näin pystyimme takaamaan rauhallisen tilanteen ilman keskeytyksiä. Haastatteluille varattiin riittävästi aikaa, ne kestivät noin 30- 45 minuuttia. Kysymykset haastateltaville esitettiin laaditussa järjestyksessä. Haastattelut nauhoitettiin nauhurille, tämä varmisti vastuusten kuuntelemisen tarvittaessa useaan otteeseen purku vaiheessa.

## 7.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Analyysin tarkoituksena on antaa sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja sisällönanalyysillä aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sisällön uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Induktiivisen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen prosessimaiseen vaiheeseen, aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Pelkistämisessä työstä poistetaan tutkimukselle epäolennainen tieto. Se voi olla tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla ne tiedot, jotka ovat tutkimukselle tärkeitä. Aineiston pelkistäminen on kerätylle aineistolle esitettyjä tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin aineistosta etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi eli kategoriaksi ja ne nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluna voi olla ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112- 113.)

Abstrahointi vaiheessa on seuraava, joissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Näiden tietojen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä yhdistellään luokituksia, niin pitkälle kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Aineiston abstrahoinnissa muodostuu yhdistävä luokka, josta saadaan vastaus tutkimustehtävään. Tuloksissa kuvataan muodostuneet käsitteet ja niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä pyritään ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät tutkittaville. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114- 115.)

Nauhoitetut haastattelut kirjoitimme sana tarkasti teksti muotoon auki, tekstiä tuli noin 10 sivua. Haastattelujen purkuvaiheessa tutustuimme saatuun aineistoon ja sen sisältöön. Auki-puretut haastattelut luimme useaan kertaan ja kirjasimme havaitsemiamme yhtäläisyyksiä ja näin saimme kokonaiskuvan haastatteluista. Analysoimme haastattelut induktiivisella sisällönanalyysillä, koska halusimme löytää hoitajien kokemuksia RAI -arviointijärjestelmän käytöstä.

Sisällönanalyysissa merkitsimme ilmaisut, joissa saimme vastauksia tutkimustehtäviimme. Kirjasimme tarkasti kaikki tärkeät ilmaisut, säilyttäen näin yhteyden alkuperäiseen aineistoon. Tämän jälkeen pelkistimme ilmaisuja, jotka antoivat vastauksia tutkimustehtäviimme. Seuraaviksi jälkeen ryhmittelimme aineistoa yhtäläisyyksien mukaisesti. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistimme alakategorioiksi. Aineiston abstrahoinnin jälkeen muodostimme yläkategorioita. Opinnäytetyömme tulokset kirjasimme ylös. Kirjallisessa tuotoksessa käytimme haastattelujen suoria lainauksia, jotka lisäävät tutkimuksemme luotettavuutta. Huomioimme, että haastateltavien anonymiteetti säilyi. Opinnäytetyön sisällönanalyysia selvitämme liitteissä. (LIITTEET 5/1, 6/1 ja 7/1)

## 8 OPINÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyön tulokset. Haastateltuilta hoitajilta kysyttiin, heidän kokemuksia RAI -arviointijärjestelmän käytöstä vanhusten toimintakyvyn arvioinnissa. Hoitajien kokemukset RAI: n käytöstä olivat keskenään yhdensuuntaisia. Opinnäytetyön haastateltut antavat vastauksia laatimiimme tutkimustehtäviin.

### 8.1 Hoitajien saama koulutus RAI: n käyttöä varten

Ensimmäisissä kysymyksissä kysyttiin hoitajien työhistoriaa ja koulutusta. Mitä koulutusta he ovat saaneet RAI: hin ja kauanko ovat käyttäneet sitä? Heillä oli eripituisia työhistorioita hoitoalalta sekä eri hoitotyönkoulutukset. Osa haastateltavista oli käynyt kaikki RAI -koulutukset ja he olivat perehtyneet RAI: n käyttöön. RAI: ta he olivat käyttäneen työssään useiden vuosien ajan. He käyttivät RAI: ta vanhusten toimintakyvyn arvioinnissa vähintään puolivuositain ja tarvittaessa useammin.

*”Olen käynyt kaikki koulutukset RAI: sta on ollut paitsi, kun opetettiin tietokoneelle kirjaamaan.”*

*”Kaikki mitä kuntayhtymä on järjestänyt.”*

*”Koulutuksien nimiä en nyt muista, mutta pari kertaa Kajaanissa.”*

*”Laitoshoidon RAI-ABC- koulutus, koulutus -B1 osio, sitten MDS arviointi, B2 osio, ATK-koulutus, C1-osio RAI- hoidon suunnittelussa.”*

Haastateltavat olivat kaikki saaneet koulutusta RAI: n käyttöön. Osalla oli myös hoidon suunnittelun koulutusta. Koulutuksen tärkeys RAI- järjestelmän käyttöönotossa on tullut esiin aiemmissa Räsänen (2005) ja Itkosen ym. (2007) tutkimuksissa ja sen tärkeydestä kerrotaan Noron ym.(2005, 35- 37) teoksessa.



## 8.2 Hoitajien kokemukset RAI: n käytöstä

Seuraavaksi kysyimme hoitajilta ovatko he saaneet ohjausta ja onko se ollut riittävää? Miten RAI: n käyttöönotto on liittynyt työhön ja sen laatuun? Osa hoitajista koki saaneensa riittävästi ohjausta ja tarvittaessa työkaverit olivat auttaneet. Osa hoitajista koki että tarvitsisi lisää koulutusta. Hoitajat käyttävät RAI: ta vaihtelevasti viikoittain, mutta vähintään puolivuositain.

*”Toiset työkaverit ohjaavat ja neuvovat mielellään sekä aina olen saanut apua kun olen tarvinnut”*

*”Koulutuksissa harjoiteltu ja työssä työkaverit neuvoneet. Ohjausta käytännössä olisi saanut olla enempi.”*

*”Uusinta koulutus olisi tarpeen, koska pikkuhiljaa on sisäistänyt RAI: n.”*

*”Asukkaan näkee kokonaisvaltaisesti RAI:ssa, yksilöllisemmin.”*

*”RAI:sta saamalla tiedolla voin tukea asukkaan jäljellä olevaa toimintakykyä.”*

Ohjauksen ja neuvonnan saaminen ja antaminen on yksilöllistä, sillä ihmisen oma aktiivisuus ja persoonallisuus vaikuttavat esimerkiksi siihen viitsikö kysyä neuvoa tai antaa toiselle ohjausta. Osa hoitajista olisi kaivannut käytännön työssä ohjausta lisää. RAI: n yksilöllisen toimintakyvyn arviointi on auttanut asiakaslähtöisempään hoitotyöhön ja toimintakykyjen oikeanlaisen tukemisen kohdentamiseen.

## 8.3 RAI: n sopivuus vanhusten hoitokoteihin?

Seuraavaksi kysyimme hoitajilta kuinka heidän mielestään RAI sopii vanhusten toimintakyvyn arviointiin. Kuinka olet voinut hyödyntää RAI: sta saamaa tietoa hoitosuunnitelmien tekemisessä. Hoitajien mielestä RAI sopii hyvin vanhusten toimintakyvyn arvioimiseen hoitokodeissa.

*”Tuntee/tietää asukkaan voimavarat tarkemmin=> raportin lukeminen.”*

*”Missä asukas tarvitsee apua sekä kuinka paljon mistä selviytyy vähin avuin. Kuinka paljon tarvitsee ohjausta ja opastusta.”*

*”Kun tiedossa vanhuksen voimavarat, ongelmat ja riskitekijät niin se helpottaa hoitosuunnitelman tekoa. Realistiset tavoitteet. Hoitotiimillä yhteiset tavoitteet asukkaan hoidossa.”*

Hoitajat olivat kokeneet hoitosuunnitelmien teon helpottuneen, sillä RAI- arviointijärjestelmän avulla saadaan kokonaisvaltainen kuva asukkaan avun ja tuen tarpeista. Lisäksi koko hoitotiimi näkee arvioinneista kunkin asukkaan tavoitteet ja hoitotyötä tehdään saatujen tavoitteiden mukaisesti.

#### 8.4 RAI: n hyödyntäminen vanhusten hoitotyössä

Lopuksi kysyimme miten hoitajat hyödyntävät työssään RAI:ta ja miten he haluaisivat sitä hyödyntää? Hoitajat kertoivat minkälaista ohjausta ja tietoa he tarvitsisivat lisää. Osa hoitajista ei osannut vastata kysymyksiin ja osa halusi hyödyntää RAI:ta mahdollisemman monipuolisesti.

*”Mahdollisemman monipuolisesti hoidon suunnittelussa.”*

*”Raportit asukkaista, välillä katson miten asukas on voinut/ toimintakyky aiemmin ja vertaan tämänhetkiseen tilanteeseen.”*

*”Osaan vertailla asiakkaan viimeksi ja sitä edeltävää RAI:t. Mitä muutoksi on tapahtunut puolen vuoden kuluessa.”*

Osa hoitajista oli oppinut hyödyntämään RAI- arviointeja hoidon suunnittelussa ja seuraamaan ja arvioimaan asukkaiden tuen ja ohjauksen tarvetta vertaamalla arviointitulannetta asukkaan nykyhetkeen.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätösten teko kerätyn aineiston pohjalta on tutkimuksen ydinasia. se on tärkeä vaihe koska siihen on tähdätty tutkimusta aloittaessa. Tutkittavat tulokset on aina ensin selvitettävä ja sitten tulkittava. Tulosten analysointi ei kerro tutkimuksen tuloksia suoraan vaan tuloksista pyritään laatimaan synteesejä. Synteetit kokoavat pääiseikat ja antavat näin vastaukset asetettuihin tutkimustehtäviin. Johtopäätökset perustuvat tuloksista laadittuihin synteeseihin. Tutkimustuloksia esitettäessä on huolehdittava siitä, että päätelmät perustuvat saatuihin tutkimustuloksiin. ( Hirsjärvi ym. 2009, 229, 230.)

Haastattelujen tuloksissa nousi esille hoitajien saama riittävä koulutus RAI: n käyttöön. Osa hoitajista haluaisi lisää koulutusta siinä vaiheessa, kun olivat sisäistäneet RAI: n. Työkavereilta saadun ohjauksen ja neuvonnan hoitajat kokivat positiivisena. Alussa RAI: n käyttöönotto oli tuottanut lisää työtä ja vienyt aikaa hoitajilta. Osa hoitajista kertoi, että alkuun oli ollut vaikea omaksua RAI: ta. RAI: n käyttöönotto vaatii samoin kuin kaiken uuden oppiminen koulutusta ja aikaa omaksumiseen.

Aiemmissa tutkimuksissa (Itkonen ym. 2007) ja (Räsänen 2005) oli myös koettu arviointijärjestelmän olevan vaikeaselkoisen ja vievän aikaa hoitotyöltä. Lisäksi Räsänen (2005) ja Ilkon (2009) tutkimuksien tulokset olivat yhdensuuntaisia tämän opinnäytetyön kanssa koulutuksen ja neuvonnan tärkeyden ja hoidon laadun parantamisen suhteen. Tässä opinnäytetyössä hoitajat eivät pitäneet RAI – arviointijärjestelmää vaikeaselkoisena ja vain alussa koettiin siihen käytetyn ajan olevan pois hoitotyöstä. Myöhemmässä vaiheessa hoitajat sitä vastoin kokivat työn helpottuneen arviointien myötä, kun olivat oppineet RAI: n hyödyntämisen paremmin.

Vastauksissa ilmeni myös että aikaa ei aina riittävästi ollut paneutua tekemään RAI- arviointeja ja näin ollen voi tulla virheellisiä arviointeja. Oppiminen etenee prosessimaisesti ja sisäistämisen jälkeen kaivataan koulutusta oppia uuden asian hyödyntämisestä. Yksi haastatelluista koki hoitosuunnitelmien tekemisen ”heikoksi kohdaksi” koska ei ollut saanut koulutusta.

Hoitajat olivat oppineet osittain hyödyntämään RAI- arviointeja. He seurasivat asukkaan hoidon tavoitteita ja tavoitteisiin pääsyä. Hoitajat osasivat myös kiinnittää huomionsa asiakaslähtöisesti hoidon ja tuen tarpeen muutoksiin vertailemalla asukkaan kuntoa aika-ajoin RAI - arviointijärjestelmää apuna käyttäen. Tuloksissa kävi ilmi, että hoitajat käyttävät RAI - arvi-

oinnin tuloksia tehdessään hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmia. Osa hoitajista toi esille lisäkoulutuksen tarpeen. Kun arviointien tekeminen alkaa luonnistua, olisi lisäkoulutus tarpeellista esimerkiksi RAI -arviointijärjestelmän hyödyntäminen tilastoinnissa.

Haastattelut sujuivat hyvin ja sujuvasti, koska olimme ennalta valmistautuneet ja ohjeistaneet haastateltavia. Haastateltavat saivat kysymykset hyvissä ajoin, joten heillä oli aikaa valmistautua itse haastatteluun. Haastattelun aika ja paikka sovittiin etukäteen, näin pystyimme takaamaan rauhallisen haastattelutilanteen. Itse haastattelut sujuivat suunnitelmien mukaisesti ja hoitajat olivat valmistautuneet niihin hyvin. Haastattelutilanne oli rauhallinen ja siihen oli varattu jokaiselle hoitajalle riittävästi aikaa. Keskeytyksiä haastatteluihin ei tullut, koska haastattelupaikka oli aiemmin varattu. Sekä muulla henkilökunnalla oli tieto haastattelun ajankohdasta sekä paikasta. Ennen haastatteluja testasimme äänityslaitteen toimivuuden ja näin varmistimme haastattelutilanteen onnistumisen.

Hyvällä hoidon suunnittelulla sekä asiakkaan voimavarojen tukemisella edistetään asiakkaan hyvää oloa. Näin pyritään pitämään asiakkaan toimintakykyä yllä ja saamaan parempia hoidon tuloksia. Hyvä hoitosuunnitelma koostuu moniammattillisen hoitotiimin keskinäisestä yhteistyöstä ja asiakkaan osallistumisesta hoitoonsa. Kirjallinen hoitosuunnitelma muodostaa hoidon perustan, jonka pohjalta asiakasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Hoidon suunnittelussa tietoa kootaan RAI -arviointijärjestelmästä asiakkaan fyysisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä. RAI -arviointijärjestelmä on hoitajien työväline, josta saatua tietoa voidaan soveltaa erilaisiin hoitotyön malleihin ja kirjaamistapoihin. (Noro ym. 2005, 148.)

## 10 POHDINTAA

### 10.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuskohteen valinta on eettinen ratkaisu ja heijastaa tutkijan arvomaailmaa. Tutkimuksen päämäärä on tuottaa hyvinvointia mahdollisimman monelle ihmiselle ja pyrkiä totuuteen. Eettisesti huomioitavia seikkoja tutkimuksessa ovat tutkimuskohteen valinta, aineiston keräämisvaiheet, tutkimusväittämien oikeellisuus, tulosten julkistaminen ja soveltaminen. (Ryynänen & Myllykangas 2000,75- 77.)

Tutkimustietoja ei käytetä tai luovuteta muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksessa esitettyyn työhön. Ei plagioida, kerätään vain tutkimuksen kannalta olevaa tarpeellista tietoa. Kaikkea aineiston keruussa tullutta aineistoa käytetään aineiston analysointivaiheessa. Tietoja käsitellään ja säilytetään turvallisesti. Tiedot hävitetään, kun niitä ei enää tarvita. Tutkittavalla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta ennen aineiston keruuta. Tutkittavalla on niin ikään oikeus keskeyttää tutkimus, oikeus tarkastaa tiedot ja saada raportti. Tutkittavalla on oikeus kirjalliseen suostumukseen, oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti. Koko tutkimusprosessin ajan tutkittavalla on oikeus anonymiteettiin. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003,290-296.)Tässä työssä haastateltavat saivat etukäteen suostumuskirjeet ja haastatteluiden alussa heille kerrottiin tutkimuksen kulusta.

Haastateltaville annettiin etukäteen kirje, jossa kerrottiin opinnäytetyöstämme ja siinä oli puhelinnumeromme, jotta haastateltavat voisivat halutessaan ottaa yhteyttä meihin puhelimitse. Samalla heille annettiin myös suostumuskirjeet allekirjoitettaviksi. He saivat myös haastattelukysymykset luettavakseen ennen haastatteluajankohtaa, jotta voivat ennalta miettiä vastauksiaan. Haastatteluajankohta sovittiin, siten että se on haastateltaville sopivin. Haastattelupaikaksi toimeksiantajalta löytyi rauhallinen tila, jossa haastattelun voi suorittaa ilman ylimääräisiä henkilöitä.

Meidän opinnäytetyössämme haastateltavat ovat vapaaehtoisia ja henkilöllisyys ei ilmene valmiissa tutkimuksessa. Keräämiämme tietoja käytämme vain tässä opinnäytetyössä eikä tietoja anneta ulkopuolisten käyttöön. Materiaalia säilytämme asianmukaisesti ulkopuolisten saavuttamattomissa lukitussa kaapissa. Materiaalin tuhoamme, kun opinnäytetyömme on valmis.

Haastattelu suoritetaan nauhoittamalla haastattelu. Nauhoitus säilytetään asianmukaisesti ja aukipurku tapahtuu siten, että sivullisia ei pääse kuulemaan. Työn jälkeen nauhat hävitetään, eikä niitä käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen.

## 10.2 Luotettavuus opinnäytetyössä

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta keskusteltaessa puhutaan usein totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Näkemykset totuuden luonteesta vaikuttavat suhtautumiseen luotettavuudesta. Objektiivisuutta tarkasteltaessa laadullisessa tutkimuksessa pitäisi erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131- 134.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineistoa arvioidessa ei luotettavuuden kriteerinä pidetä aineiston edustavuutta, sillä tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen. Tutkimusohjeena mainitaan usein, että aineisto tulee koota sieltä missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Haastatteluaineiston luotettavuutta arvioidaan aineiston valinnalla ja kun aineisto kerätään haastattelemalla, tarkasta tiedoista liittyen haastattelu kysymyksiin ja saatujen haastattelutietojen totuuteen. Liian niukka aineisto sopii huonosti laadulliseen tutkimukseen. (Paunonen ym. 1997, 215- 219.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusprosessin tarkka kuvaus. Kerrotan esimerkiksi tarkasti haastattelupaikasta, -tunnelmasta ja mahdollisista häiriötekijöistä. Aineiston analyysissä on tutkijan pystyttävä perustelemaan uskottavasti päätelmänsä. Tässä on hyvänä apuna suorat haastatteluoitteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 232- 233.) Tässä opinnäytetyössä suorat lainaukset haastatteluista ja tarkat haastattelutilanteenkuvaukset lisäävät työn uskottavuutta.

Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan luotettavuuden arvioinnissa on useita muistettavia asioita. On tiedettävä tutkimuksen kohde ja tarkoitus, eli mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Omat sitoumukset tutkijana tässä tutkimuksessa eli on mietittävä miksi tutkimus sinulle tärkeä ja ovatko ajatukset muuttuneet tutkimuksen kuluessa. Aineiston keruuseen liittyy paljon huomioitavaa liittyen menetelmään, tekniikkaan ja muihin erityispiirteisiin. Kuinka toimittiin tiedonantajien valinnassa ja kuinka tiedonantaja suojellaan henkilöllisyyden paljastumiselta. On tärkeää miettiä myös tiedonantajien ja tutkijan suhteita, saivatko tiedonantajat tietää tuloksista ennen niiden julkaisua. Luotettavuutta voi arvioida lisäksi tutkimuksen aikataululla,

aineiston analyysillä ja tutkimuksen raportoinnilla. Tässä työssä haastateltaville esiteltiin tutkimus ja sen tarkoitus ja kuinka työ tehdään. Haastateltavien valintaan vaikutti vapaaehtoisuus ja aktiivisuus sekä kiinnostus työtä kohtaan. Heille kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja yksityisyyden suojelemiseen liittyvistä tekijöistä.

### 10.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja mahdolliset jatkotutkimukset

Tätä opinnäytetyö on mahdollista hyödyntää esimerkiksi niissä kunnissa, joissa RAI- arviointijärjestelmää ei ole vielä otettu käyttöön. Tutkimustuloksista löytyy keinoja, joilla käyttöönoton aloittamista voidaan helpottaa. Koulutuksen riittävyys ja ajoitus RAI: n käytön omaksumiseen liittyen, ovat huomioitavia asioita. Etenkin jos halutaan hyödyntää kaikkia RAI: n mahdollisuuksia hoitotyön laadun seurannassa, on käyttäjillä oltava atk- taitojen lisäksi taitoja löytää RAI: n avulla oman työn kehittämistarpeet. Jatkotutkimuksena voisi olla kuinka RAI- arviointijärjestelmä vaikuttaa hoitotyön laadun seurantaan tai miten vertailukehittäminen vaikuttaa hoitajien työhön?

### 10.4 Ammatillinen kehittyminen opinnäytetyön myötä

Sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja kehitys etenivät prosessimaisesti yhdessä opinnäytetyön myötä. Jo työn alkuvaiheessa päätöksentekotaidot olivat koetuksella. Oli päätettävä mitä on tutkimaan ja kuinka jo valitun opinnäytetyön rajaa. Myös oman toiminnan suunnittelu ja aikatauluttaminen olivat alusta lähtien mukana työn loppuun saakka. Ryhmätyössä kolmen ihmisen aikataulujen yhteen sovittaminen oli välillä mahdoton yhtälö. Kaksi kolmivuorotyötä tekevää ja yksi päivätyöläinen ja vielä maantieteellisesti kaukana toisistaan toi haasteita kylliksi. Myös paineensietokyky kasvoi väkisinkin. Vuorovaikutustaidot ja yhteistyötaidot ovat ryhmätyössä etenkin olleet tärkeitä ja välillä koetuksellakin.

Viestintätaidot ovat kehittyneet työn edetessä koko ajan lisää. Ohjaustilanteissa ohjaavan opettajan ja työelämänedustajan kanssa on myös suullista esiintymistäitoa saanut harjoittaa perustellessaan tehtyjä ratkaisuja. On ollut osattava perustella asiat tutkittuun tietoon ja tutkimustyöhön perustuen. Opinnäytetyö on työnä hidas prosessi ja vaatii suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä työskentelyssä. Lisäksi on sopeuduttava erilaisiin muuttuviin tilanteisiin,

silloinkin, kun ne ovat muista tekijöistä kuin itsestä kiinni. Kriittinen arviointi oman alan kirjallisuuteen ja tutkitun tiedon käyttäminen tulevassa sairaanhoitajan työssä on helpottunut, sillä opinnäytetyö prosessin aikana on saanut etsiä ja oppia löytämään tietoja, jotka ovat tutkitusti laadukkaita.

Opinnäytetyön aiheen myötä toimintakyvyn arvioiminen ja siihen käytettävät mittarit ovat tulleet tutuiksi. Tutkimusta tehdessä on vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen saanut uusia merkityksiä. Hoitotyön asiakkuusosaamisen kompetensseista olemme kehittyneet arvioimaan ja tunnistamaan erilaisia ja taseoisia toimintavajauksia ihmisissä. Kliinisen osaamisen alueelta olemme oppineet hyödyntämään tutkimustuloksia hoidossa ja hoidon suunnittelussa ja olemme saaneet oppia kokonaishoidon tarpeen arviointia. RAI – arviointijärjestelmää käytetään hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja kokonaishoidon tarpeen arviointiin. Vanhusten hyvinvoinnin merkitys on sekä yksilölle että kansantaloudelle suuri. Opinnäytetyön tuloksista voi kuitenkin päätellä, että RAI: n käyttöönoton tullessa tutuksi, hoitajat haluavat sitä hyödyntää ja siten hoitotyön laatuun kiinnitetään enemmän huomiota.

RAI - arviointijärjestelmään opinnäytetyön myötä tutustuessamme on päätöksentekosaamisen taitomme myös kasvaneet, sillä RAI – arviointijärjestelmän käyttöön liittyy nimenomaan hoitotyön tarpeen määrittely, suunnittelu ja arviointi yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Arviointijärjestelmän käytössä tarvitaan myös dokumentoinnin osaamista. Kokonaisuutena ammatillinen osaaminen sairaanhoitajana on kehittynyt monelta osin koko opinnäytetyöprosessin aikana ja on ollut tärkeä osakokonaisuus sairaanhoitajan koulutuksessa.



## 11 LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. ja Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Finne- Soveri, H. 2006. Ikääntyneiden kotihoidon laatu ja asiakasrakenne. Helsinki: Stakes.
- Finne- Soveri, H & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. & Noro, A., 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu Rai- järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.
- Eskola, J.& Suoranta, J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen,. 1998. Tampere: Vastapaino.
- Hakala, J.T., 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Hakala, S. 2006. Liikuntapalveluiden tarjonta ikäihmisille, periaatteiden ja suositusten toteutuminen Raumalla ja Varkaudessa. Jyväskylän yliopisto; liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, liikuntatieteiden laitos, liikuntasosiologian pro gradu tutkielma.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E., 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkilä, R., Finne- Soveri, H., Ripsaluoma, J., Parikka, A., Suojalehto, E. & Noro, A., 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI -järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Helsinki: Stakes.
- Heino, T. 1991. Vertailu pitkäaikaissairaalan osastojen soveltuvuudesta, Malmin sairaalan, Järvenpään ja Sipoon terveystieteiden vuodeosastot. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketieteen laitos. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 18/1991 Helsinki: VAPK - kustannus. valtion painatuskeskus.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P., 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Julkaisuja 2008:3. Helsinki.

- Ilkko, R., 2009. Rai- arviointijärjestelmän käyttöönottoprosessin johtaminen Sotkamon koti-hoidossa. Kajaanin ammattikorkeakoulu: opinnäytetyö
- Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. ja Noro A.(toim.), 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI - tietojärjestelmästä. Työpapereita 8/2007. Stakes: Helsinki.
- Julkaisu Suomen kaupunkiliitto, 1984. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Helsinki: Yliopistopaino.
- Komulainen, K. & Lipponen, R. 2005. Oli nyytyt ja kassit valammiina – ja äeti outti. Opin-näytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Koskinen, S. Aalto, L. Hakonen, S. Päivärinta, E., 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto -Centralförbundet för de gamlas väl ry., Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Latvala,E.&Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perus-prosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen,S.&Nikkonen,M.(toim.) Laadulliset tutki-musmenetelmät hoitotieteessä, Juva: WS Bookwell Oy
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.
- Moisanen, K., 2009. Henkilöstömitoituksen ja - rakenteen kohentumisen kehittäminen pal-velukeskus Himmellisä Rai- arviointijärjestelmän avulla. Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö.
- Morris, J. N., Hawes, C. & Fries, B. E. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for nursing homes. The Gerontologist 30/1991.
- Noro, A. Finne -Soveri, H. Björgren, M. Vähäkangas, P., 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – Rai - järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapai-no OY.
- Noro, A. & Finne -Soveri, H. & Björkgren, M. & Häkkinen, U. & Laine, J. & Vähäkangas, P. & Kerppilä; S. & Storbacka, R. 17/2001. RAI- tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäai-kaishoidon benchmarking. Stakes tiedote.

- Noro, A., 2002. Sairaanhoidtaja, 6-7, RAI:n laitoshoidon laatuindikaattorit johtamisen näkökulmasta: Mitä on vertailukehittäminen? Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Noro, A. Finne -Soveri, H. Björkgren, M. Häkkinen, U. Laine, J. Vähäkangas, P. Kerppilä, S. Storbacka, R. 2001. Rai -tietojärjestelmän käyttöönotto ja pikäaikaishoidon benchmarking. RAI -raportti 1/2000. Helsinki. Eduskunnan kirjasto: Stakes monistamo.
- Parviainen, T.(toim.), 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Paunonen, M., Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Peiponen, A., 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatuksiteerit. Helsinki: yliopisto.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tampere: vastapaino.
- Ruikka, I. Sourander, L. Tilvis, R. 1993. Vanheneminen ja sairaudet. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveysthuollon etiikka. Arvot monimutkaisuu- den maailmassa. Juva : WSOY.
- Räsänen, H. 2005. Henkilökunnan kokemuksia hoidon seurantajärjestelmän (RAI) käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Kuopion yliopisto.
- Sosiaalihuoltolaki 23 §
- Sosiaalihuoltolaki 17 § 710/1982
- SPRI (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinsitut) ja SHKS 1991.
- Suomen kaupunkiliitto, Vanhustyön keskusliitto. 1984.
- Vanhuksen hyvä hoito. SHKS. (Alkuperäisteos God vård. SPRI. Raportti 235. 1988.).
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi- Sulkava, U. H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 11-18

Vallejo Medina, A. Vehviläinen, S. Haukka, U-M. Pyykkö, V. Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-paino Oy

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Voutilainen, P. Vaarama, M. Backman, K. Paasivaara, L. Eloniemi -Sulkava, U. Finne – Soveri, H.(toim) 2002. Ikäihmisen hyvä Hoito ja palvelu. Opas laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Helsinki: Stakes.

Internet lähteet:

Oy Raisoft ltd. 2006. Ohjelmistoja ja koulutusta hoitotyön ammattilaisille. Saatavilla: <http://www.raisoft.com/> (Luettu 2.4.2009).

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2007. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma Saatavilla: <http://pre20031103.stm.fi/> (Luettu 12.2.2009).

Sarvimäki, A. 2008. Voiko vanhus olla hyväkuntoinen. Saatavilla: <http://www.ikainst.fi/>(Luettu 22.10.2009).

Virratvuori, L. 2008. Hyvinvointipalvelujen uudet mallit Itä-Suomen ikääntyville. Saatavilla: <http://www.pohjois-karjala.fi/> (Luettu 8.1.2009).

Voutilainen, P. 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaislaitoshoidossa. Saatavilla: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/> (Luettu 11.9.2009).

## LIITELUETTELO

Liite 1: Kirje haastateltaville

Liite 2: Haastatteluun suostuminen

Liite 3: Haastattelun kysymyksiä

Liite 4: Haastateltavien alkuperäiset ilmaukset ja teemoittelut

## KIRJE HAASTATELTAVILLE

Hyvä hoitotyöntekijä

Olemme Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi opiskelevia aikuisopiskelijoita. Lopputyöksemme teemme opinnäytetyötä Sotkamon Himmelin hoitohenkilökunnan kokemuksista RAI -mittarin käytöstä. Työmme tarkoituksena on selvittää, kuinka RAI -mittaria voitaisiin hyödyntää paremmin liikunta- ja palvelusuunnitelmien teossa.

Pyydämme lupaa saada haastatella sinua, joka käytät työssäsi RAI -arviointijärjestelmää. Haastattelussa antamasi tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä anneta muiden käyttöön. Haastattelu järjestetään työpaikalla työaikasi.

Allekirjoittamalla seuraavalla sivulla olevan lomakkeen, annat suostumuksesi haastatteluun. Otamme yhteyttä sinuun sopiaksemme haastattelun ajankohdasta ja paikasta. Tätä tarkoitusta varten pyydämme sinua kirjoittamaan lomakkeeseen nimesi ja puhelinnumeron, josta sinut tavoitamme.

Pidämme opinnäytetyötämme tärkeänä, sillä tuloksilla voimme ehkä kehittää RAI -mittarin käyttöä edelleen ja saamme sinulta käyttäjänä hyödyllistä tietoa sen käytöstä ja kehittämistarpeista. Opinnäytetyömme ohjaaja toimii lehtori, Virpi Neuvonen Kajaanin ammattikorkeakoulusta sekä Kirsi Moisanen.

Ystävällisin terveisin,

Tarja Meriläinen, Tarja Saari ja Anu Tolonen

HAASTATTELUUN SUOSTUMINEN

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Suostun haastateltavaksi

---

Etu- ja sukunimi

puhelinnumero

Toivon haastattelua

Työpaikallani

(alustava mielipide)

muualla/paikka

Päivämäärä \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_200 \_\_\_\_\_

HAASTATTELUN KYSYMYKSIÄ

1. Kuinka kauan olet ollut töissä hoitoalalla?

---

---

2. Mikä on koulutuksesi?

---

---

3. Mitä koulutuksia olet RAI - arviointijärjestelmän käyttöä varten käynyt?

---

---

4. Kuinka kauan olet käyttänyt RAI- arviointijärjestelmää?

---

---

5. Millaista koulutusta olet saanut RAI -arviointijärjestelmän käyttöä varten?

---

---

6. Millaista ohjausta olet saanut ja onko se mielestäsi ollut riittävää?

---

---

7. Miten RAI :n käyttö helpottaa työtäsi?

---

---



8. Käytätkö RAI :ta päivittäin hoitotyössä?

---

---

9. Millaiseksi koet RAI :n käytön?

---

---

10. Miten RAI :n käyttöönotto on vaikuttanut työhösi?

---

---

11. Miten RAI parantaa asukkaan hoidon laatua?

---

---

12. Miten RAI sopii vanhusten hoitolaitokseen?

---

---

13. Vaikuttaako RAI :n käyttö työhyvinvointiisi?

---

---

14. Kuinka RAI :sta saatuja tietoja olet voinut hyödyntää hoitosuunnitelmien tekemisessä?

---

---

YHDISTÄVÄ LUOKKA: Hoitajien kokemuksia RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotosta.						
PÄÄLUOKKA: RAI:n hyödyntämisen edellytyksiä.						
ALALUOKKA:						
ohjaus	neuvonta	käytännön ohjaus	aika	koulutus	oppiminen	osaaminen
PELKISTETTY	ILMAISU:					
”osaava näyttäisi kuinka tehdään”	”miten siir- rän/löydän tarvittavat tiedot”	”ohjausta ”	”aikaa”	”lisä- koulutusta”	”haluaisi oppia käyt- tämään ja hallitsemaan”	”opetusasteella osaaminen”

YHDISTÄVÄ LUOKKA: Hoitajien kokemuksia RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotosta.			
PÄÄLUOKKA: RAI:n vaikutus hoitotyön laatuun			
YLÄLUOKKA: Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen toimintakyvyn arvioiminen ja tuen oikeanlainen kohdentaminen. Arviointi ja vertailu toimintakyvyn muutoksissa ja kehittämistarpeiden huomioiminen.			
ALALUOKKA: toimintakyvyn arvioiminen RAI:lla	toimintakyvyn tukeminen RAI:n avulla	voimavarojen tunnistaminen	kokonaisvaltainen arviointi RAI:lla

YHDISTÄVÄ LUOKKA: Hoitajien kokemuksia RAI - arviointijärjestelmän käyttöönotosta.						
PÄÄLUOKKA: RAI:n vaikutus hoitotyön laatuun						
YLÄLUOKKA: Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen toimintakyvyn arvioiminen ja tuen oikeanlainen kohdentaminen. Arviointi ja vertailu toimintakyvyn muutoksissa ja kehittämistarpeiden huomioiminen.						
ALALUOKKA: toimintakyvyn arvioiminen RAI:lla		toimintakyvyn tukeminen RAI:n avulla		voimavarojen tunnistaminen		kokonaisvaltainen arviointi RAI:lla
PELKISTETTY ”miettiminen ja perehtyminen toimintakykyyn”	ILMAISU: ”tuntee ja tietää voimavarat”	”voimavarojen sy- vällisempi ajatte- leminen”	”riskitekijöiden ja on- gelmien tunnistami- nen”	”tuen tarpeen näkeminen”	”vertailu aiem- paan toimintaky- kyyn”	”yksilöllinen tuen tarve”