

Tuija Korhonen

OPINNÄYTETYÖ

Kuntouttavaa hoitotyötä RAI-osaamista kehittämällä.

Opinnäytetyö

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala, ylempi AMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Kevät 2013



Koulutusala Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Tekijä Korhonen Tuija	
Työn nimi Kuntouttavaa hoitotyötä RAI-osaamista kehittämällä	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot	Ohjaaja(t) Leinonen Rauni
	Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Vuolijoen hoivaosasto ja Emmakoti
Aika Kevät 2013	Sivumäärä ja liitteet 64 + 9 liitettä
<p>Kuntouttava hoitotyö ja sen kehittäminen ovat ikääntyneiden pitkäaikaishoidon lähtökohta. Kuntoutumista edistävän toiminnan perustana on hoitosuunnitelma, joka sisältää hoidon tarpeiden määrittämisen, tavoitteiden asettamisen, hoitotyön menetelmien kartoittamisen, hoidon tulosten seurannan ja arvioinnin. RAI-arvioinnin tavoitteena on tunnistaa asukkaan kuntoutumisen mahdollisuudet ja voimavarat, joiden perusteella hoitosuunnitelma laaditaan. Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana on asukkaan oma osallisuus sekä tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta hoitoprosessin aikana.</p> <p>Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia RAI-arviointien tekemisestä ja kehittää hoitotyöntekijöiden RAI-osaamista. Tarkoituksena oli kehittää kuntouttavaa hoitotyötä kehittämällä RAI-arviointien hyödyntämistä hoitotyössä.</p> <p>Kehittämistyön metodologiana oli toimintatutkimus. Kehittämistehtävä muodostui kolmesta syklistä. Ensimmäisessä syklistä kartoitettiin 6-3-5 -menetelmällä hoitotyöntekijöiden ongelmia ja haasteita RAI-arviointien tekemisessä. Kehittämistarpeiksi nousi RAI-koulutus, tiedon saaminen arvioitavasta asiakkaasta sekä yhteinen aika RAI-arviointien tekemiselle. Toinen sykli muodostui osaamisen kehittämisestä interventioiden avulla. Interventioiden avulla RAI-osaaminen kehittyi, erityisesti paritöskentelyn avulla. Yhteisen ajan antaminen RAI-arviointien tekemiseen onnistui työvuorosunnittelun avulla. Riittävän tiedon saamiseksi kirjaamista on kehitettävä edelleen. Kolmannessa syklistä selvitettiin RAI-osaamisen kehittämistä kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi. Kehittämistyö jatkuu tämän hankkeen jälkeen RAI-mittareiden tulosten hyödyntämisenä asukkaan hoitotyössä.</p> <p>Esimiestyön näkökulmana kehittämistyössä oli osaamisen johtaminen. Kuntoutumista edistävän työyksikön ominaispiirteitä ovat työyhteisön toimivuus, toimintaympäristö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Johtamisen haasteena on sitouttaa ja motivoida työntekijät RAI-arviointien tekemiseen. Lähijohtamisessa korostuvat mahdollisuuksien näkeminen, avoin kommunikaatio sekä henkilöstön oppimisen tukeminen ja arvostus. Toiminnan suunnittelun ja organisoimisen merkitys ovat keskeisiä yhteisten toiminta- ja hoitolinjausten luomisessa ja kokonaisuuden hahmottamisessa. Esimiehen oma esimerkki tukee yhteisten, sovittujen toimintamallien toteuttamista.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	RAI-järjestelmä, kuntouttava hoitotyö, osaamisen johtaminen
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Health Care Management and Development
Author(s) Korhonen Tuija	
Title Towards Rehabilitative Nursing by Developing RAI Competence	
Optional Professional Studies	Instructor(s) Leinonen Rauni
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority, Vuolijoki nursing department and Emmakoti
Date Spring 2013	Total Number of Pages and Appendices 64 + 9 Appendices
<p>Rehabilitative care and development of rehabilitative care are bases for long-term care. The basis of rehabilitation-promoting care is a care plan in which the need for care is defined and goals, methods, results and assessment of care recorded. The aim of the Resident Assessment Instrument (RAI) is to recognize the possibilities and resources for rehabilitation which are the basis of the care plan. The starting points for the rehabilitation-promoting care are resident's own involvement and multidisciplinary and goal-oriented care during the care process.</p> <p>The aim of this thesis was to study nurses' experiences from making of RAI assessments and to develop nurses' RAI competence. The purpose was to develop rehabilitative nursing by developing the application of RAI-assessments in nursing care.</p> <p>The methodology used this thesis was action research, and the process consisted of three cycles. In the first cycle problems and challenges in making RAI assessment were identified with the 6-3-5 -method. Training for implementation of RAI, sufficient information about residents and finding common time for making RAI assessments emerged as main areas for development. In the second cycle interventions such as team working were used to develop RAI competence. Work shift planning made it possible to find common time to make RAI assessments. However, documentation of care has to be developed further in order to get sufficient information. The third cycle focused on the development of RAI competence to develop rehabilitative nursing. After this thesis, the next step in the development work is to apply the results of various RAI meters to the long-term care of individual residents.</p> <p>The management point of the view in this thesis was competence management. Functionality of work community, working environment and rehabilitation-promoting care are characteristics of a rehabilitative work unit. The challenge for managers is to adhere and motivate nurses to make RAI assessments. Detecting opportunities, open communication and support for and appreciation of staff training are emphasized in first-line management. Managers' own example supports the implementation of common and agreed practices.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Resident Assessment Instrument, rehabilitative care, competence management
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OSAAMINEN, OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA JOHTAMINEN	5
3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Kehittämistyön kulku toimintatutkimusta mukailleen	9
3.2 Paradigma	11
3.3 Kehittämistyö projektina	12
4 KEHITTÄMISTARPEIDEN KARTOITUS	15
4.1 RAI-järjestelmä kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä	15
4.2 Kehittämistarpeiden kartoitus	16
4.3 Kehittämistarpeet	18
4.4 Reflektointi	19
5 RAI-OSAAMISEN KEHITTÄMINEN	22
5.1 RAI-osaamisen kehittämisen suunnitelma	22
5.2 RAI-koulutusta, tietoa arvioitavasta asukkaasta ja yhteistä aikaa RAI-arviointien tekemiselle	24
5.3 Havainnointi	28
5.4 Reflektointi	31
6 OSAAMISEN KEHITTÄMISEN JATKOHAASTEET	34
6.1 Kuntouttava hoitotyö	34
6.2 Osaamisen arviointi interventioiden jälkeen	38
6.3 RAI-osaamisen kehittymisen arviointi	40
6.4 Reflektointi ja osaamisen kehittämisen haasteet kehittämishankkeen jälkeen	42
6.5 Johtopäätökset	45
7 POHDINTA	47
8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	51
8.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	51
8.2 Hyödynnettävyys	54
8.3 Jatkotutkimuksen aiheita	55

LÄHTEET

56

LIITTEET

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on syntynyt tarpeesta kehittää RAI-osaamista Vuolijoen hoivaosastolla ja Emmakodissa. RAI-osaamisen kehittämällä voimme yhdessä kehittää asukkaan kuntouttavaa hoitotyötä RAI:n antaman toimintakyky-yhteenvedon pohjalta. Kiitos opinnäytetyön onnistumisesta kuuluu koko työyhteisölleni.

Suuret kiitokset kuuluvat opinnäytetyön ohjaajalleni Rauni Leinoselle kannustavasta ja ammattitaitoisesta ohjauksesta työni aikana. Kiitän myös opiskelijatovereitani. Ilman teitä matka tämän työn ja opiskelun parissa ei olisi ollut mahdollista.

Suurimat kiitokseni osoitan perheelleni, puolisollleni ja tyttärilleni, ymmärryksestänne levälään olevia papereita ja kirjoja sekä tietokoneen ääressä viettämäni aikaa kohtaan.

Tuija

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy nopeasti ja ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa. Ikääntyneiden hoidon ja palvelujen perustavoitteita ovat toimintakyvyn parantaminen, itsenäisen selviytymisen ja aktiivisen osallistuminen vahvistaminen. Tavoitteena on, että ikääntyneet voivat elää mahdollisimman pitkään täysipainoista elämää ilman, että toimintakyvyn rajoitukset ja sairaudet alentaisivat elämänlaatua sekä hoidon ja palvelujen järjestäminen niin, että ikääntyneen ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 13.)

Ympäri vuorokautiseen hoidon ja hoivan tarpeeseen vaikuttavat eri seikat. Merkittävin hoito- ja hoivapalvelujen piiriin tulon syy on kognitiivisten ja fyysisten toimintojen heikkeneminen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 13). Naissukupuoli, korkea ikä ja yksinasuminen lisäävät myös ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisen riskiä. Hoidon tarvetta lisäävät muun muassa dementoivat sairaudet, Parkinsonin tauti, aivohalvaus, diabetes ja psykiatriset diagnoosit. Pitkäaikaislaitoshoidossa oli yli 75-vuotiaista vuonna 2010 4.7 % ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä 5.6 %. (Luoma 2007, 7–8; SOTKANet, 2012; Vähäkangas 2010, 26.)

Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevalle voidaan järjestää palvelut laitoshoidon silloin, kun palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää omassa kodissa. Ympäri vuorokautista pitkäaikaishoitoa annetaan sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla tai vastaavissa sosiaalihuollon laitoksissa. Hoitoa tarjotaan myös tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Palveluihin kuuluu hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut (Laitoshoidon tutkimuskeskus, 2011).

Vanhuspalvelujen keskeisin haaste on palvelujen kehittäminen. Hoito- ja palvelutoiminnan kehittämisessä korostuu näkemys hyvän hoidon ja palvelun tavoitteista. Hoiva- ja hoitoprosessien lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, joka perustuu itsemääräämisoikeuteen ja yksilöllisiin tarpeisiin. Kainuun sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja hoivaosastoilla. Asukasvalinnat tehdään SAS-selvittelyjen perusteella. SAS tulee sanoista selvittä- arvioi- sijoita. SAS-toiminnan tavoitteena on asiakkaiden ohjautuminen tarkoituksenmukaiseen asumispalveluun tai hoito-

paikkaan tai tarkoituksenmukaisien palvelujen piiriin. Päätökset pitkäaikaishoidosta tekee ympärivuorokautisen hoivan palvelupäällikkö. (SAS-toiminta 2012.)

Pitkäaikaishoidon yksiköt Vuolijoella ovat hoivaosasto ja Emmakoti, jotka tarjoavat molemmat ympärivuorokautista hoivaa. Hoivaosastolla on 19 paikkaa, joista 1-2 on tarkoitettu intervalliasukkaille, pääsääntöisesti omaishoitoa tukemaan. Emmakoti on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 12 asukaspaikkaa ja 1 tilapäispaikka.

Hoitoideologia perustuu molemmissa yksiköissä Kainuun sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän vanhuspalveluiden strategiaan ja arvoihin. Arvoina vanhuspalveluissa ovat itsemääräämisoikeus, turvallisuus, avoimuus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja voimavaralähtöisyys. (Strategiakartta [2013–2020] 2013.) Asiakaslähtöisen hoidon perustama hoito- ja hoiva- palveluissa on yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelman lähtökohtana ovat erilaisin menetelmin kartoitetut hoidon ja hoivan tarpeet. Suunnitelman tavoitteena on sopia keinot ja tavoitteet, joilla tuetaan asiakkaan itsenäistä toimintakykyä ja turvataan tarpeenmukainen hoito ja hoiva. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 19.)

Asiakaslähtöistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten kuullaan asiakasta ja/tai läheistä sekä käytetään erilaisia toimintakyvyn mittareita ja arviointijärjestelmiä (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31). Laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa käytettävän laitoshoidon RAIsoft-LTC -versio on työväline kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointiin. Asiakasosalla siitä saadaan tietoa asiakkaan voimavaroista ja ongelmista, joita voidaan käyttää apuna hoidon suunnittelussa. Eri mittarit antavat tietoa asiakkaan kognitiivisista kyvyistä, kyvykkyydestä päivittäisissä toiminnoissa, masennuksesta, kivusta, sosiaalisesta aktiivisuudesta sekä kuntoutumismahdollisuudesta. (Vanhusen ympärivuorokautisen hoidon ohjelmisto, 2012.)

Kuntouttava hoitotyö on toimintakykyä edistävää, tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään optimaaliseen suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on tukea asiakkaan elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista toimintakyvystä huolimatta. Hoitotyöntekijä tukee asiakasta ohjaamisen, opettamisen, yhdessä tekemisen, kannustamisen, auttamisen ja motivoinnin avulla. Olennaista on asiakkaiden voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen jäljellä olevan toimintakyvyn rajoissa sekä hyvän elämänlaadun turvaaminen. (Vähäkangas, Noro & Finne-Soveri 2008:14, 157; Vähäkangas 2010, 37.)

Opinnäytetyön lähtökohtana on kuntouttavan hoitotyön kehittäminen RAI-osaamista kehittämällä. RAI-arviointeja on tehty yksiköissämme vuodesta 2008 lähtien. RAI-arviointeja on käytetty jonkin verran apuna hoitosuunnitelmien teossa, mutta niiden käyttöä tulee tehostaa, jotta RAI-arviointien tuottamien mittareiden hyöty saadaan näkyvämmäksi.

RAI-arvioinnit ja asiakaslähtöinen hoito- ja hoivatyö ovat hoidon lähtökohta kaikissa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hoito- ja hoivalaitoksissa. Vanhuspalvelujen strategisissa päämäärissä RAI-järjestelmä on yksi kriittisistä menestystekijöistä, joiden tavoitteena on toimiva vanhuspalvelujen johtamisjärjestelmä sekä toimivat, asiakaslähtöiset palveluketjut ja rakenteet. RAI-järjestelmän käyttö vaatii sekä yksiköltä että työntekijöiltä kriittistä arviointikykyä ja kiinnostusta oman työn kehittämiseen.

Tässä kehittämistyössä korostuu osaamisen johtamisen näkökulma. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettävien mittareiden hallinta on yksi hoitajien osaamisalueista. Esimiehen tehtävänä on luoda kannustava ja motivoiva ilmapiiri oppimiselle ja oman työn kehittämiseksi. Osaamista johtava esimies pohtii yhdessä työntekijöiden kanssa osaamisen suuntaa ja tukee oppimista sekä yksilö- että ryhmätasolla. Osaamisen johtaminen on yksi esimiehen osaamisvaatimuksista, sillä henkilöstön toiminta ja osaaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. (Strategiakartta [2013–2020] 2013; Viitala 2002, 185–194; Vähäkangas & Noro 2009, 97–108.) Johtamis- ja kehittämistoimintaan kehittyminen tapahtuu vähitellen ja tämän kehittämistyön tavoitteena on lisätä valmiuksiani toimia tulevaisuudessa esimiehenä tai erilaisissa kehittämistehtävissä.

Kehittämistehtävän tavoitteena on selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia RAI-arviointien tekemisestä ja kehittää hoitotyöntekijöiden RAI-osaamista. Tarkoituksena on kehittää kuntouttavaa hoitotyötä kehittämällä RAI-arviointien hyödyntämistä hoitotyössä. Kuntouttavan hoitotyön osaamisen yksi osa on erilaisten toimintakykyä arvioivien mittareiden käyttö ja niiden antamien tulosten hyödyntäminen hoitotyön suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Arviointien perusteella voidaan seurata hoidon vaikuttavuutta ja asukkaan kunnan vaihtelua. Arviointijärjestelmän avulla voidaan muun muassa tunnistaa asukkaat, joilla arvioidaan olevan kuntoutumismahdollisuuksia sekä ne asukkaat, jotka tarvitsevat hyvän perushoidon. Arviointien avulla voidaan kehittää hoitotyön yksilöllisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Häkkinen, Laine, Vähäkangas, Kerppilä & Storbacka 2001, 42.)

Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys ikääntyneiden hoitotyössä tarkoittavat sitä, että hoitoa ja hoivaa saava asiakas on kaiken toiminnan keskipiste. Hoidon ja palvelun tarkastelu tapahtuu asiakkaan kautta. Erityistä huomiota vaativat ne tilanteet, joissa hoitoa ja hoivaa saavan asiakkaan toimintakyky tai kyky ilmaista tarpeitaan ja mielipiteitään ovat heikentyneet. Hyvän pitkäaikaishoidon ominaisuuksina pidetään yksilöllisyyttä, ammattitaitoista, ikäihmistä kunnioittavaa ja arvostavaa henkilökuntaa, osallisuutta omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä hoidon jatkuvuutta. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38–39.)

Kehittämistyön raportin kirjoittaminen tapahtuu toimintatutkimuksen mukaan sykleittäin. Kehittämistyön raportoinnissa käytetään perinteisesti mallia: johdanto, teoriatausta, toteutus, tulokset ja johtopäätökset. Sosiaali- ja terveystieteiden ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyön raportointi voi olla rakenteeltaan erilainen. Tarkoituksena on kirjoittaa tutkimuksessa, ei pelkästään tutkimuksesta, tällä pyritään lisäämään hankkeen tai projektin yhteisöllisyyttä ja moniäänisyyttä. (Leinonen 2012; Törrönen 2002, 29.) Kehittämistyön kirjoitusprosessia ohjaa kirjoitussuunnitelma (Liite 2). Kirjoitussuunnitelman tavoitteena on tehdä kehittämishanke näkyväksi ja virittää uusia ideoita tekstien tuottamisen avulla (Lambert & Vanhanen-Nuutinen, 2011).

2 OSAAMINEN, OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA JOHTAMINEN

Tämän kehittämishankkeen johtamisen näkökulmana on osaamisen johtaminen, joka perustuu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategisiin päämääriin. Strategisten päämäärien lähtökohtana on koko organisaation toiminta-ajatus, visio ja arvot. Päämäärät on kuvattu Balanced scorecardiin (BSC) eli tulokorttiin, joka tarkastelee strategian toteutumista asiakas-, henkilöstö-, johtamis- ja talousnäkökulmasta. (Strategiakartta [2013–2020] 2013.)

Osaamisen käsitteellä on useita merkityksiä. Osaamista voidaan tarkastella ominaisuutena eli tietojen ja taitojen hallintana tai toimintana eli käytänteinä ja työssä suoriutumisena. Ominaisuudet voivat olla sekä yksilöllisiä että työyhteisötasoisia, työtehtävät vaativat tietyn osaamisen ja yksilöllä on omat ominaisuutensa (Lammintakanen 2011, 250). Työelämässä osaaminen on ennen kaikkea työtehtäviin ja työtilanteisiin liittyvää suoriutumista, osaaminen on yksilön opittu tapa toimia. Jotta hoitotyöntekijä pystyy käyttämään erilaisia hoitotyötä kehittäviä ohjelmistoja ja hyviä käytänteitä, häneltä vaaditaan osaamista, jolla tarkoitetaan tietoja, taitoja, kokemusta, motivaatiota ja energiaa. Toiminnallisen osaamisen näkökulmassa korostuu työntekijän ja työn välinen suhde, jolloin osaaminen syntyy työstä saamien kokemusten kautta. (Oikarinen & Pihkala 2010, 48–50; Surakka 2009, 91–92.)

Osaamisen käsite otettiin käyttöön tavoitteenaan suoritusten ja johtamistaitojen parantaminen. Käsitteen käyttöä on pidetty työelämän ja koulutuksen välisenä yhteytenä, sillä käsitteen avulla voidaan tarkastella sekä työelämässä tarvittavaa osaamista että koulutuksen tuottamaa osaamista. Osaaminen voidaan määritellä tietämisenä ja ymmärtämisenä eli kykynä tietää ja ymmärtää. Toisaalta osaaminen on tietoa, kuinka toimia eli tiedon soveltamista tiettyihin tilanteisiin. Kolmanneksi osaaminen on tietoa kuinka olla eli taitoa hahmottaa asioita ja elää toisten ihmisten kanssa kunkin sosiaalisen kontekstin mukaan. (Huotari 2009, 29; Isopahkala-Bouret 2010, 28–29, 32.)

Henkilöstön osaamisen kehittäminen on yksi osa henkilöstöstrategiaa. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategisena päämääränä on osaava, motivoitunut ja riittävä henkilöstö. Tavoitteeseen pyritään jatkuvan parantamisen periaatteen avulla, jonka pohjalta tehdään organisaation ja yksilötason kehittämissuunnitelmat. (Strategiakartta [2013–2020], 2013.) Osaamisen kehittämisen tarkoituksena on yksilön, työyhteisön tai organisaation tuloksellisuuden ja työhyvinvoinnin parantaminen. Osaamisen kehittäminen voi tapahtua muun

muassa perehdyttämisen, ammatillisen täydennyskoulutuksen, mentoroinnin ja tutoroinnin, työnohjauksen, työkierron, työpaikkakoulutuksen ja tiimityön keinoin. Kehittämisen tavoitteena on turvata organisaatiossa tarvittava osaaminen, muutoksen hallinta ja uusiin tilanteisiin sopeutuminen. Osaamisen kehittäminen edistää myös työyhteisön toimivuutta. (Huotari 2009, 11.)

Toiminnan kehittäminen tarkoittaa uuden tiedon hyödyntämistä palveluiden ja toiminnan kehittämisessä. Kehittymisessä voidaan nähdä neljä vaihetta: sosialisatio, ulkoistaminen, yhdistäminen ja sisäistäminen (Viitala 2002, 58). Tiedon muodostaminen alkaa sosialisatation vaiheesta, jolloin hiljainen tieto ja osaaminen siirtyvät henkilöltä toiselle vuorovaikutuksen keinoin. Osaamisen kehittymisen käynnistää kiinnostus toisten toimintatapoihin, tarkkailemisen ja yhdessä tekemisen kautta. Menetelmänä tätä voidaan verrata mestari-kisälli-toimintaan, parityöskentelyyn, perehdytykseen, mentorointiin ja työkiertoon. (Kivinen 2008, 95–97.) Sosialisatation kautta oppiminen voi tapahtua osittain huomaamatta, työntekijän havaintojen ja kokemusten kautta (Viitala 2002, 61).

Ulkoistamisen vaiheessa uusi tieto muunnetaan näkyväksi. Suurin osa työyhteisöissä tapahtuvasta oppimisesta syntyy vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen avulla työntekijät analysoivat ja reflektioivat ajatuksiaan ja toimintaansa sekä muuntavat tiedon ja osaamisen ymmärrettäväksi koko työyhteisölle. Ulkoistamisen keinoja ovat muun muassa vertaisarviointi, itsearviointi, ryhmäkeskustelut sekä erilaisten ohjeiden laatiminen. Kolmannessa yhdistämisen vaiheessa olemassa olevaa tietoa yhdistetään ja muokataan sekä jaetaan koko työyhteisön käyttöön. Tietoa voidaan jakaa osasto- ja tiimipalaverissa, kirjallisina ohjeina tai erilaisina raportteina. Tavoitteena on osaamisen siirtyminen koko työyhteisön osaamiseksi ja työvälineeksi. Sisäistämisen vaiheessa uusi tieto muuntuu jälleen hiljaiseksi tiedoksi ja osaamiseksi, työyhteisön päivittäiseksi osaamiseksi. Uuden tiedon johtaminen yksilön ja yhteisön oppimiseen edellyttää oppijan psyykkistä ymmärryksen, kiinnostuksen ja ponnistelun tilaa. (Kivinen 2008, 96, 98–99; Viitala 2002, 59, 64, 70–71.)

Osaamisen johtaminen kohdistuu työntekijöiden tietojen ja taitojen nykytilan kartoittamiseen, tavoitteiden asettamiseen ja osaamisen kehittämisen suunnitteluun. Osaamisen johtamisen tavoitteena on jatkuva osaamisen kehittäminen, jotta työyhteisö kykenee suoriutumaan tehtävästään. Osaamisen johtamiseen kuuluu oppimisen mahdollistaminen työyhteisössä. Osaamisen johtamisen haasteena on ihminen psykologisenä olentona, joka rakentaa osaamistaan omista lähtökohdistaan ja kokemuksistaan. Osaaminen ei synny ilman ihmisiä, minkä

vuoksi osaamisen johtamisen ydin on yksilön oppimisen ja osaamisen ymmärtäminen. Kaikki osaaminen tapahtuu ensin yksilötasolla, lähtien liikkeelle yksilön kokemuksista, joita arvioidaan, pyritään ymmärtämään ja lopuksi ymmärretty tieto sovelletaan käytäntöön (Mönkkönen & Roos 2010, 203; Sydänmaalakka 2007, 50–51). Mitä useampi työntekijä saadaan mukaan yhteiseen toimintaan, sitä nopeammin luodaan uutta osaamista ja toimintaa. Yhteisötasolla oppiminen on samanlainen toiminnan, arvioinnin, ymmärryksen ja yhteisen suunnittelun prosessi kuin yksilötason oppimisen malli. Yhteisötason oppiminen edellyttää yhteisiä tavoitteita ja toimintamalleja, joita kohti yksilöllisellä oppimisella kuljetaan. (Huotari 2009, 40, 42; Sydänmaalakka 2007, 52, 131.)

Osaamisen kehittämiseksi työyhteisössä tehdään kokonaisvaltaisia osaamista edistäviä työjohtdollisia ja strategisia ratkaisuja (Mönkkönen & Roos 2010, 203). Viitala (2002, 187) muodosti osaamisen johtamisen tehtäväalueiksi oppimisen suuntaamisen, oppimista edistävän ilmapiirin luomisen, oppimisprosessien tukemisen ja esimerkillä johtamisen. Osaamisen johtamista toteutetaan tietoa lisäämällä, keskustelemalla työntekijöiden kanssa sekä luomalla oppimista tukeva ilmapiiri. Oppimista tukeva keskustelu työyhteisössä edistää osaamisen johtamista ja auttaa työntekijöitä ymmärtämään toiminnan tavoitteet. Osaamista tuetaan arvioimalla osaamisen kehittymistä ja antamalla palautetta. Osaamisen johtamisen tavoitteena on toiminnan kehittäminen eli halu tehdä asioita uudella tavalla. (Laaksonen, Niskala & Ollila 2012, 156.)

Esimies vaikuttaa työntekijän ja työyhteisön oppimiseen kolmella tavalla: ohjaamalla aikaa oppimista edistäviin asioihin, kiinnittämällä huomiota opittaviin asioihin ja palkitsemalla sekä antamalla palautetta. Esimiehen tehtävänä on kannustaa hoitotyöntekijöitä uuden oppimiseen ja osaamisen kehittämiseen. Hoitotyöntekijöiden tukeminen, ohjaaminen, muistuttaminen ja palautteen antaminen juurruttaa kehitetyn toimintamallin käytäntöön ja kannustaa jatkuvaan oman osaamisen kehittämiseen. (Vähäkangas ym. 2012, 15.) Osaamisen kehittämien tuo sekä yksittäiselle työntekijälle että koko työyhteisölle onnistumisen kokemuksia, mikä vahvistaa työhyvinvointia ja työn merkityksellisyyttä (Lammintakanen 2011, 252).

Esimiehen merkitys työpaikan oppimiskulttuurille on suuri, sillä oppimista tukevan kulttuurin kehittäminen on yksi osaamisen johtamisen tavoite. Esimiehet tarvitsevat tietoja keinoista, joiden avulla työntekijät voivat oppia työyhteisöissä. Oppimista edistävät tekijät vaikuttavat myös organisaation suorituskykyyn. (Eraut 2007b, 12.) Erautin (2007a, 3) mukaan esimiesten osaamisen kehittäminen työpaikan oppimisilmapiirin luomiseen, palautteen ja tuen

antamiseen sekä työtehtävien organisointiin on merkittävää. Oppimista edistävän ilmapiirin luomisessa esimiehen tehtävänä on koko työyhteisön ilmapiirin ja vuorovaikutuksen ylläpitäminen ja kehittäminen (Laaksonen ym. 2012, 157).

Esimiehen tehtävänä on toimia esimerkkinä osaamisen kehittämisessä, sillä itseään ja työtään kehittävä esimies viestii osaamisen arvosta työyhteisössä. Esimerkillä johtaminen tarkoittaa esimiehen halua kehittää omaa ammattitaitoaan. (Viitala 2002, 24–25.) Esimies voi tukea osaamista huolehtimalla kokonaisosaamisesta yksikön osaamistarpeiden mukaisesti, sillä yksilöiden oppiminen ei muutu koko työyhteisön toiminnaksi ilman yhteistyötä ja halua jakaa osaamista (Laaksonen ym. 2012, 157).

3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämistyön metodologiana on toimintatutkimus, jossa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimus luetaan kriittiseen tutkimusparadigmaan, jossa on objektiivinen ja käytännöllinen tutkimusote. Toimintatutkimuksessa on keskeinen merkitys kriittisellä reflektiivisyydellä, jolla tutkija ja muut kehittämistyössä mukanaolijat tarkastelevat toimintaansa. Kehittämistyö etenee projektina, mikä on yksi keino vastata muutoksiin ja tapa kehittämistoiminnan hallintaan.

3.1 Kehittämistyön kulku toimintatutkimusta mukaillen

Kehittämistyöni metodologiana on toimintatutkimus, joka on menetelmä, jossa yhdistyvät teoreettinen tieto ja käytännöllinen toiminta. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön toiminnan kehittämiseksi, joka voi olla pienimuotoisimmillaan oman työn kehittämistä (Heikkinen 2008, 16–17; Portillo 2008, 235). Yleensä kehittäminen vaatii kuitenkin henkilöiden välistä yhteistoimintaa ja vuorovaikutusta, jolloin toimintatutkimus laajenee suuremmaksi toiminnaksi. Toimintatutkimus on tapaustutkimuksen kaltainen tutkimusstrategia, joka kohdistuu tiettyyn tutkittavaan tapaukseen. Toisaalta toimintatutkimus on lähellä kehittävää työntutkimusta, sillä kehittämisprosessi tehdään yhdessä tutkijan ja niiden kanssa, joita tutkittava asia koskee. (Anttila 2006, 439.)

Toimintatutkimus on prosessi, joka muodostuu suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja reflektoinnin muodostamasta syklistä, joita voi olla tutkimuksen aikana yksi tai useampia (Heikkinen 2008, 35; Portillo 2008, 235). Sivulla 14 olevassa taulukossa (TAULUKKO 1.) on kuvattu kehittämistyön kulku sykleittäin toimintatutkimuksen mukaan. Sykli alkaa uuden toimintatavan suunnittelusta ja toteutuksesta. Toimintatutkimuksen tavoitteet ja ongelmat muotoillaan yhdessä tutkijan ja työyhteisössä toimivien henkilöiden kanssa. Toimintatutkimuksessa toteutetaan samanaikaisesti sekä tutkimus että käytännön tilanteen muutos. Toteutumista havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön toiminnan aikana ja kokemusten pohjalta suunnitellaan parempia toimintatapoja. Toiminta johtaa usein uuteen kehittämisaiheeseen, jolloin sykleistä muodostuu spiraalimainen toiminnan ja ajattelun muodostama kehä. (Anttila 2006, 442–444; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 80.)

Toimintatutkimus on siis suoraan yhteydessä työtilanteisiin ja tarjoaa näin järjestelmällisen menetelmän kehittämishankkeisiin. Toimintatutkimus mukautuu käytännön toimintaan, sillä tutkimuksen edetessä voidaan tehdä muutoksia ja tavoitteet liittyvät vain tiettyihin tilanteisiin. Tutkija tekee tutkittavaan kohteeseen interventioita eli väliintuloja ja muuttaa niillä työyhteisön käytäntöjä. Interventioiden avulla pyritään muuttamaan käytännön toimintaa järjestyneemmäksi. Tuloksilla on merkitystä vain asianomaiselle kohteelle eikä sen avulla tavoitella yleistettäviä tuloksia. (Anttila 2006, 443; Lindholm 2007, 16.)

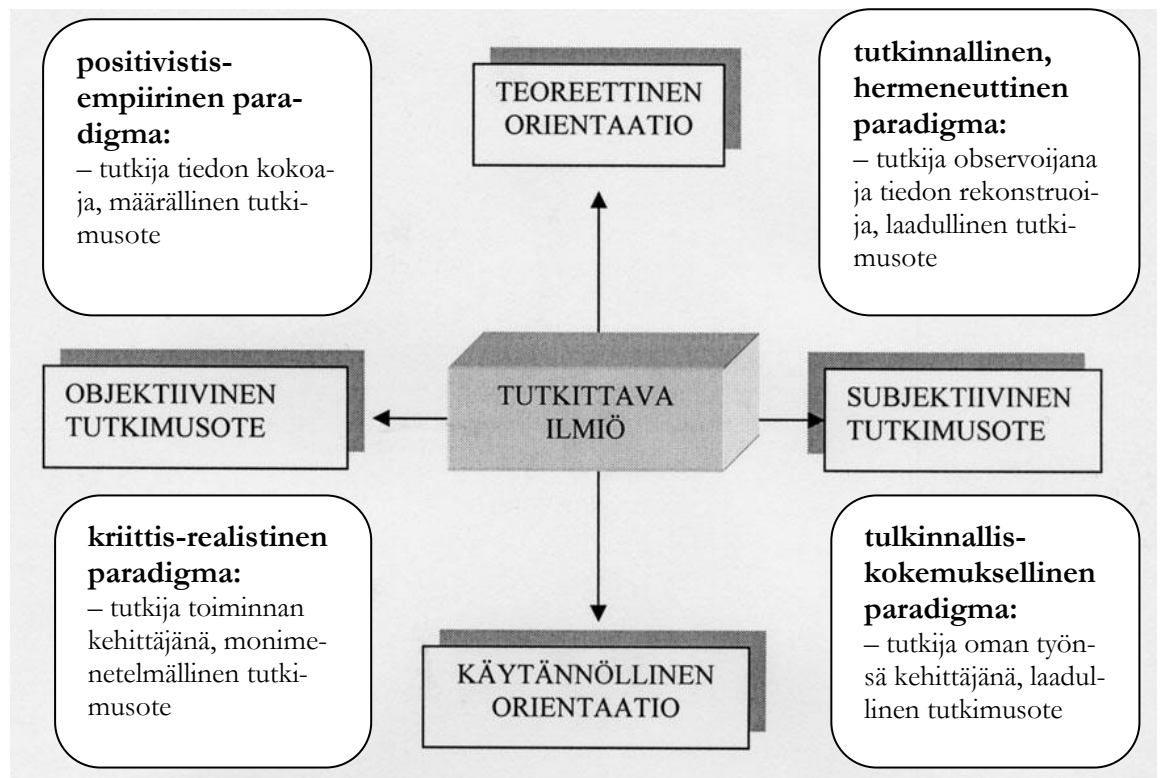
Toimintatutkimuksen ensimmäisen vaiheen mukaisesti kehittäminen alkaa toiminnan suunnittelulla (Anttila 2006, 443; Heikkinen ym. 2008, 79). RAI-osaamisen kehittämisen tarve tuli esille keskustellessani esimieheni kanssa opinnäytetyön aiheesta. RAI-arviointeja on tehty osastollamme vuodesta 2008 lähtien. Järjestelmään liittyen koulutusta on ollut RAI-järjestelmän käyttöönoton aloitusvaiheessa vuonna 2008. Koulutuksiin on osallistunut ainoastaan muutamia työntekijöitä. Henkilöstö on vaihtunut ja uudet työntekijät eivät ole välttämättä kuulleet koko ohjelmistosta ja silti heidän pitäisi pystyä käyttämään sitä. Lisäksi arviointien hyödyntäminen päivittäisessä hoitotyössä on varsin vähäistä. Arviointeja on käytetty jonkin verran apuna hoitosuunnitelmien teossa, mutta käyttöä tulisi tehostaa, jotta RAI-arviointien tuottamien mittareiden hyöty saataisiin näkyvämmäksi.

Arviointien tekeminen on myös koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi. Vähäkangas ja Kallio-koski (2005, 164) tuovat myös esille tämän seikan kokemuksissaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisessä. Räsänen (2005) tutkimuksen mukaan mittariston kysymykset koettiin vaikeaselkoisiksi ja liian pitkiksi. Koulutus koettiin riittämättömäksi ja työntekijät kokivat olevan epävarmoja arviointien tekemisessä. RAI:n tuoma hyöty nähtiin kahtia jakautuneena, toisaalta se nähtiin mahdollisuutena hoidon suunnittelussa ja toisaalta sen ei koettu muuttaneen toimintatapoja ja se koettiin turhana ajanhaaskauksena.

Tässä kehittämistehtävässä toiminta alkaa alkukartoituksella, jonka tavoitteena on saada tietoa kehitettävän ilmiöön, RAI-osaamiseen, liittyvistä ongelmista ja haasteista. Tutkimusaineisto kerätään 6-3-5 -menetelmällä, jossa jokainen osallistuja saa ilmaista oman mielipiteensä. Alkukartoituksella tuotettu tieto analysoidaan sisällönanalyyysillä, jonka jälkeen saadut tulokset havainnoidaan ja reflektoidaan. Reflektoinnin tarkoituksena on arvioida saatuja tuloksia ja antaa perusta seuraavalle kehittämissyklille (Anttila 2006, 444).

3.2 Paradigma

Tutkimus- ja kehittämistyön aluksi tutkijan on pohdittava omaan asemaansa tutkimuksen kulussa sekä valittava tutkimuksellinen ote työhön. Toimintatutkimus luetaan kriittiseen tutkimusparadigmaan, jossa on objektiivinen ja käytännöllinen tutkimusote (Kuvio 1.). Toimintatutkimuksessa on keskeinen merkitys kriittisellä reflektiivisyydellä, jolla tutkija ja muut kehittämistyössä mukanaolijat tarkastelevat toimintaansa. (Anttila 2006, 441.)



Kuvio 1. Tutkimusparadigman ulottuvuudet. (Anttila 2007, 23, 26; Anttila 2008.)

Tässä kehittämistyössä tutkija eli opiskelija on mukana kehittämisprosessissa. Tehtäväni on hankkeen projektipäällikkönä, yhdessä toimijoiden eli Vuolijoen hoivaosaston ja Emmakodin työntekijöiden kanssa, lisätä työntekijöiden osaamista RAI-arviointijärjestelmän käytössä. Kehittämistyön tarkoituksena on kriittisen tutkimusparadigman mukaisesti RAI-osaamisen kehittämisen kautta lisätä kuntouttavan hoitotyön osaamista. Kriittistä tutkimusparadigmaa mukaillen kehittämistyö muodostuu teorian ja käytännön vuorovaikutuksesta. (Anttila 2006, 441.)

Oma roolini on olla sekä tutkija että aktiivinen osallistuja. Toimintatutkimuksen mukaan tutkijan ja tutkittavien suhde perustuu yhteistyöhön (Anttila 2006, 442; Portillo 2008, 235). Tässä kehittämistyössä toimintatutkimuksellinen ote tarkoittaa tutkijan ja työntekijöiden välistä tutkimusta niistä toimenpiteistä, joilla RAI-arviointien tekemisen ja hyödyntämisen osaamista kehitetään. Tutkijana tehtäväni on hankkia tietoa RAI-osaamisen merkityksestä kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi. Tiedon hankinnan lisäksi tehtäväni on ohjata kehittämistyön käytännön toimintaa tekemällä toimintatutkimuksen mukaisesti interventioita eli väliintuloja, joilla pyritään muutoksen aikaansaamiseen. Tehtävänäni on myös pitää yllä vuoropuhelua, jossa tarkastellaan kehittämistyölle asetettuja tavoitteita sekä toimintaa eli reflektoidaan sitä, onko toiminnalla saavutettu tavoitteet. (Anttila 2006, 442–444.)

3.3 Kehittämistyö projektina

Ammattikorkeakoulujen toiminnan tavoitteena on tuottaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Ammattikorkeakoululain (351/2003) mukaan tutkimus- ja kehittämistyön on oltava luonteeltaan työelämän tarpeista lähtevää soveltavaa toimintaa. Tutkimuksen ja kehittämisen lähtökohtana ovat työelämän käytännön kysymykset, joiden tavoitteena on luoda uusia ja parannettuja tuotteita, toimintatapoja tai -menetelmiä. Tutkimus- ja kehittämistyön perustana ovat alueellinen koulutustehtävä ja opiskelijoiden työelämäyhteydet. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tulee vahvistaa kykyä tuottaa uutta tietoa työelämästä, asiantuntijuudesta sekä sen kehittämisestä.

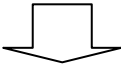

Projektiosaaminen on yksi ylemmän ammattikorkeakoulun osaamisalueista. Projektin hallinnan osaaminen on myös yksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan menestystekijöistä. Projektit ovat yksi keino vastata muutoksiin ja tapa kehittämistoiminnan hallintaan. Kehittämistoiminta lähtee liikkeelle muutostarpeesta, kun työprosessien ja toimintojen parantamiseksi etsitään uusia ratkaisuja ja toimintamalleja, joiden toteuttamiseksi perustetaan projekteja. Työyhteisön kehittäminen on näin osa päivittäistä toimintaa. Kun toimintaan halutaan suurempia muutoksia ja mukana on useampia toimijoita, toiminnan kehittäminen projektina on suunnitelmallisempi ja ohjattu tapa kehittämisen läpiviemiseksi. (Ruuska 2006, 9, 18–19.)

Projektin tavoitteiden saavuttaminen edellyttää asiantuntijoiden välistä yhteistoimintaa. Projektin johtaminen ja vastuu tavoitteiden saavuttamisesta on tässä työssä minulla projektipäällikkönä. Projektipäällikön tehtävänä on vastata projektin johtamisesta, päätöksenteosta sekä

tavoitteiden saavuttamisesta. Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin etenemistä ja ohjata kehittämistyön tuloksien saavuttamista sekä tukea projektipäällikköä toiminnan suunnittelussa ja johtamisessa. (Ruuska 2006, 42.) Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat lisäksi palveluesimies, ohjaava opettaja sekä vertainen.

Projektiryhmään kuuluvat projektipäällikön lisäksi hoivaosaston sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitajaa. Projektiryhmän tehtävänä vastata toiminnasta, jolla kehittämistyötä viedään työyksikössä eteenpäin (Ruuska 2005, 21). Toiminnallisesti projekti käsittää koko hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunnan, sillä RAI-arviointeja tekevät kaikki hoitotyöntekijät. Laitos- ja hoitoapulaiset eivät tee varsinaisia RAI-arviointeja, mutta osallistuvat hoitotyöhön ja heidän havaintonsa ja arviot asukkaiden voinnista ovat tärkeitä.

TAULUKKO 1. Kehittämistyön kulku toimintatutkimuksen mukaan

1. SYKLI			
<p>Suunnittelu: Tutkimustehtävä: – Mitä ongelmia/haasteita RAI-arviointien tekemisessä on?</p>	<p>Toiminta: Alkukartoitus, 6-3-5 – menetelmällä tiedon keruu</p>	<p>Havainnointi: – koulutus riittämättömyyttä RAI-arviointien tekemiseen – ei tarpeeksi tietoa arvioitavasta asukkaasta – yhteisen ajan puute RAI-arviointien tekemiseen</p>	<p>Reflektointi: Kehittämistarpeet: – RAI-koulutus – tiedon saaminen arvioitavasta asukkaasta – yhteinen aika RAI-arviointien tekemiseen</p>
			
2. SYKLI			
<p>Tutkimustehtävät: – Millainen koulutus kehittää RAI-arviointien tekemisen osaamista? – Miten asukkaasta saadaan riittävästi tietoa RAI-arviointia varten? – Miten hoitotyöntekijöille järjestyy yhteistä aikaa RAI-arviointien tekemiseen?</p>	<p>Toiminta: – työyksikön sisäiset koulutukset, RAI-arvioinnin malliarviointi – asukkaan tarkkailuviikko – työvuorosuunnittelu, parityöskentely</p>	<p>Havainnointi: Kirjalliset palautteet, havainnointi</p>	<p>Reflektointi: – RAI-osaaminen kehittyi, erityisesti parityöskentelyn avulla – asukkaan terveydentilaa koskevaa kirjaamista on edelleen kehitettävä – yhteisen ajan antaminen RAI-arviointien tekemiseen onnistui työvuorosuunnittelun avulla</p>
			
3. SYKLI:			
<p>Tutkimustehtävä: – Miten interventiot kehittivät hoitotyöntekijöiden RAI-osaamista kuntouttavan hoitotyön edistämiseksi?</p>	<p>Toiminta: – tiedonkeruu kyselylomakkeella</p>	<p>Havainnointi: – Kyselyn tulosten analysointi</p>	<p>Reflektointi: – Miten kehittäminen on edistänyt kuntouttavan hoitotyön kehittämistä? – RAI-osaamisen jatkokehittäminen</p>

4 KEHITTÄMISTARPEIDEN KARTOITUS

Tämä luku kuvaa RAI-osaamisen kehittämistarpeita. Kehittämistyö on osa kuntouttavan hoitotyön edistämistä työyksiköissä Vuolijoen hoivaosastolla ja Emmakodissa. Alkukartoituksen tavoitteena oli saada hoitotyöntekijöiden kokemuksia RAI-arviointien tekemisessä olevista ongelmista ja/tai haasteista. Alkukartoitus aloitti toimintatutkimuksen metodologian mukaan kehittämistyön ensimmäisen syklin.

4.1 RAI-järjestelmä kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä

RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla pitkäaikaislaitoshoidon tarpeisiin, hoidon laadun seurantaan, kustannusten arviointia ja maksujärjestelmän kehittämistä varten. 1990-luvulla järjestelmä laajeni ensin kotihoitoon ja psykiatriseen hoitoon, myöhemmin myös palveluasumiseen, kuntoutusosastoille sekä akuutti- ja saattohoitoon. Uusimmat käyttöalueet ovat kehitysvammaisten avo- ja laitoshoidon. RAI-järjestelmän käyttöoikeudet omistaa kansainvälinen tutkijajärjestö interRAI. Suomessa RAI otettiin käyttöön 2000-luvulla RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking -hankkeessa. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22–25; Noro 2005, 27.)

Laitoshoidon tarkoitettu versio (RAI-LTC) sisältää yli 300 muuttujaa. RAI:n avulla voidaan arvioida tutkittavan toimintakyky monipuolisesti. Arviointi käsittää fyysisen toimintakyvyn, kognition, mielialan ja käytöshäiriöt, pidätyskyvyn, ihon- ja jalkojenhoidon, hampaiston, ravitsemuksen, aistien, kommunikaation, lääkityksen, diagnoosit, oireet, psykososiaalisen hyvinvoinnin, vireystilan ja aktiivisuuden, traumat sekä erikoishoidot ja ohjelmat. Arviointi tehdään havainnoinnin ja asiakkaan sekä mahdollisesti omaisen/läheisen haastattelun avulla (Lindman, Finne-Soveri, Salo, Konttinen, Voutilainen & Noro 2007, 14–16; Päivärinta & Haverinen 2002, 73–75.)

RAI:n keskeisin osa on RAPS-lista, Resident Assessment Protocols. Lista on eräänlainen hälytyslista, joka varoittaa ilmenneistä ongelmista, mutta tuo esiin myös vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden pohjalta hoitosuunnitelma voidaan rakentaa. Lista auttaa hoidon kohdentamisessa asiakkaalla ilmenneisiin ongelmiin. Muut hoitosuunnitelmaa tukevat mittarit ovat älylli-

nen toimintakyky (CPS), fyysinen toimintakyky (ADL ja hierarkkinen ADL), masennusoireet, käytösoireet, sosiaalinen osallistuminen ja diagnoosit. (Päivärinta & Haverinen 2002, 73–75.)

Hoivaosastolla ja Emmakodissa on nimetty kullekin asukkaalle omahoitaja, joka vastaa arvioinnin tekemisestä asukkaan tullessa pitkäaikais- tai lyhytaikaishoitoon ja jatkossa vähintään puolen vuoden välein, tarvittaessa useammin voinnin muuttuessa. Yhdellä hoitajalla on yksi tai kaksi omaa asukasta, joiden RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman tekemisestä ja päivittämisestä hän vastaa.

4.2 Kehittämistarpeiden kartoitus

Alkukartoituksen tavoitteena oli tutkimustehtävän mukaisesti kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia RAI-arviointien tekemisessä olevista ongelmista ja/tai haasteista. Kartoituksen tulosten perusteella selvitettiin, millaista osaamista RAI-arviointien tekemiseen tarvitaan ja millä keinoin osaamista lisätään. Alkukartoitus tehtiin 6-3-5 -menetelmällä, joka on niin sanottu hiljainen aivoriihi. Luku kuusi (6) tarkoittaa osallistujien määrää. Jokainen osallistuja saa kolme (3) paperia, joihin he kirjoittavat, mitä ongelmia/haasteita RAI-arviointien tekemisessä on. Luku viisi (5) kuvaa saatavien vastausten lukumäärää. (Schröer, Kain & Lindemann 2010, 592.) Kartoituksen ajankohta järjestettiin aamu- ja iltavuoron vaihtuessa, jolloin paikalla oli riittävästi työntekijöitä. Sopivan ajankohdan löytymisessä oli haastetta, sillä työpaikalla oli harvoin riittävän monta hoitajaa yhtä aikaa. Lisäksi riittävän monen työntekijän saamista paikalle yhtä aikaa vaikeuttivat vuosilomat ja sairauspoissaolot. Varahenkilöstö ja laitosapulaiset eivät arviointeja tee ja tästä syystä heidät oli rajattu kohdejoukon ulkopuolelle.

Kartoitukseen osallistui viisi (5) työntekijää, joille jokaiselle jaettiin kolme (3) kysymyspaperia eli menetelmä eteni 5-3-4 -tekniikalla. Aluksi kerroin, mitä 6-3-5 -menetelmä tarkoittaa ja miten se toimii. Kukin työntekijä laittoi yhden ongelman/haasteen kullekin paperille. Sen jälkeen työntekijä antoivat omat lomakkeensa vieressään vasemmalla puolella olevalle työntekijälle, joka laittoi kuhunkin ongelmaan/haasteeseen oman ratkaisuehdotuksensa. Näin jokaiseen ongelmaan/haasteeseen saatiin neljä tai useampia ratkaisuvaihtoehtoja, koska samaan ongelmaan/haasteeseen oli kirjattu useampia ratkaisuehdotuksia. Ongelmia muodostui kyselyn perusteella 15 ja ratkaisuehdotuksia tuli yhteensä 79. Aineistonkeruu onnistui hyvin, kos-

ka jokainen osallistuja ymmärsi tekniikan periaatteen. Aineistonkeruun jälkeen keskusteltiin siitä, olisiko kuitenkin ollut hyvä, että ratkaisuvaihtoehdoista olisi keskusteltu yhdessä.

Analysoin saadut ratkaisuvaihtoehdot sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa johtopäätösten tekoa varten (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Analyysin tarkoituksena oli koota kartoituksessa ilmenneet haasteet ja ongelmat sekä niihin tulleet ratkaisuehdotukset yhteen.

Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa litteroin aineiston kirjoittamalla ongelmat/haasteet ja ratkaisuehdotukset taulukkoon siinä muodossa, missä osallistujat olivat kirjoittaneet ilmaisut. Taulukoin myös vastaukset, jotka oli merkitty yhtäläisyysmerkillä (=), näitä oli yhteensä viisi. (Liite 3.)

Analyysiyksikön valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja laatu. Yksikkönä voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai useampi lause. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Tein analyysin aineistolähtöisesti eli etsimällä kerätystä aineistosta ilmauksia, joilla saisin vastauksia tutkimustehtävääni, mitä ongelmia/haasteita RAI-arviointien tekemisessä on? Vastaukset oli kirjoitettu joko yksittäisin sanoin tai lyhyellä lauseella. Analyysiyksiköksi valitsin koko vastaukset, koska ilmaisut olivat lyhyitä. Sisällön redusointia eli pelkistämistä en tehnyt, koska vastaukset olivat lyhyitä.

Aineiston klusteroinnilla eli ryhmittelyllä tarkoitetaan yhteen kuuluvien ilmaisujen yhdistämistä. Aineisto voidaan ryhmitellä esimerkiksi jonkin tutkittavan ilmiön ominaisuuden tai käsitteen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.) Ryhmittelyn tarkoituksena oli etsiä samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelin samaa tarkoittavat ilmaisut ja nimesin ne sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyn tuloksena muodostui aluksi viisi (5) alateemaa. Esimerkki aineiston ryhmittelystä: Alkuperäiset ilmaisut ”A. Potilaan tiedon ja voinnin saaminen/seuraaminen, D. Uusi asiakas, ei tietoa tarpeeksi, J. Arvioitavan henkilön huono/vähäinen tuntemus ja O. Ajan puute perehtymiseen” muodostivat teeman I. ”Riittävän tiedon saaminen asukkaasta”.

Tarkasteltuani ryhmittelyn tuloksena syntyneitä teemoja totesin, että teemat 2. RAI-arvioinnin kysymysten ymmärtäminen ja 3. koulutuksen puute arviointien tekemiseen ovat sisällöltään samankaltaisia, koska molempien ratkaisemiseen tarvitaan lisäkoulutusta. Samoin 4. arviointiin käytettävän ajan puute ja 5. arviointien tekeminen yksin liittyivät mielestäni yhteen, koska kysymyksessä oli esimiestyöhön ja työvuorosunnitteluun liittyvät haasteet. Osaamisen kehittäminen vaatii esimieheltä työn uudelleen organisointia ja riittäviä resursseja.

Esimiehen tulee myös arvioida hoitosuunnitelmia ja varata aikaa hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiseen ohjaamiseen. (Vähäkangas ym. 2012, 65, 70.) Yhdistin yllämainitut teemat yhteen ja kehittämisen kohteeksi nousi siten kolme teemaa:

- I. Riittävän tiedon saaminen asukkaasta.
- II. Koulutus RAI-arviointien tekemiseen.
- III. Yhteinen aika RAI-arviointien tekemiseen.

4.3 Kehittämistarpeet

Alkukartoituksen tuloksista tuli esille kolme aihealuetta, missä työntekijät kokivat olevan puutteita RAI-arvioinnin onnistuneeseen tekemiseen. Puutteita koettiin olevan riittävän tiedon saamisessa arvioitavasta asukkaasta ja riittämättömässä RAI-koulutuksessa. Lisäksi yhteisen ajan puute arviointien tekemiseen koettiin ongelmaksi.

Työntekijät kokivat, että asukkaista ei ole ollut riittävästi taustatietoja ja asukkaita ei tunneta tarpeeksi hyvin luotettavan arvioinnin tekemiseksi. Riittävien taustatietojen saaminen ja asukkaan tunteminen helpottaisivat RAI-arvioinnin tekemistä ja sen luotettavuutta.

”...mahdollisuus haastatella omaisia. (26)”

”tarkkailuviikko ja ohjeet siihen (23)”

”Tutustua rauhassa asiakkaaseen... (66)”

Työntekijöiden esittämiä ratkaisuvaihtoehtoja olivat kirjaamisen tehostaminen tarkkailuviikon aikana, mahdollisuus tutustua asukkaan historiaan ja taustatietoihin sekä mahdollisuus haastatella omaisia.

Koulutuksen puute koettiin suurimmaksi ongelmaksi RAI-arviointien tekemisessä. Työntekijät mainitsivat koulutuksen puutteen vaikeuttavan arviointikysymysten ymmärtämistä sekä tulkitsemista.

”koulutusta, vaikka omia osastopalavereja (86)”

”koulutuksen lisääminen (32)”

Arvioinnin sisältämät kysymykset koettiin myös hankaliksi, eikä kysymysten sisältöä ymmärretä oikein.

”...valmis kaavake, johon on avattu kysymyksiä.(73)”

”kysymykset käydään yhdessä läpi, jotta jokainen ymmärtäisi kysytyn asian samalla lailla (64)”

Ratkaisuna koulutushaasteisiin toivottiin lisää koulutusta joko työyksikössä tai ulkopuolisen tahon järjestämänä. RAI-arvioinnin kysymysten selventämiseksi ja ymmärtämiseksi toivottiin muun muassa malliarviointia, johon kysymyksiä olisi avattu ja kysymysten läpikäyntiä yhdessä, jotta jokainen ymmärtäisi kysymykset samalla tavalla.

Ajan puute ja arvioinnin yksin tekeminen nousi vastauksissa esille useasti. Yksin tekemisen koettiin vaikeuttavan arvioinnin tekemistä.

”varataan aika ja parityöskentely, voi yhdessä etsiä tarvittavat tiedot...(83)”

”varattu aika työlistaan (58)”

Ratkaisuksi esitettiin parityöskentelyä ja arviointeihin varattavaa aikaa jo työvuorosuunnittelussa. Parityöskentelyn koettiin nopeuttavan arvioinnin tekemistä, samoin asiakkaan voinnin seuraamisen kirjaamisen, koska tarvittavaa tietoa olisi näin nopeammin saatavilla.

4.4 Reflektointi

Riittävän tiedon saaminen arvioitavasta asukkaasta on merkityksellistä, jotta arviointiin saadaan tietoa asukkaan toimintakyvystä pitkäaikaishoitoon tullessa tai ennen puolivuositista arviointia. RAI-arviointiin tarvittavia taustatietoja on kerätty asukkaalta itseltään, omaisilta sekä hoitokertomuksista. Ratkaisukeinoista nousivat myös esille nämä seikat eli asiakkaisiin paremmin tutustumisen tarve ja mahdollisuus tietojen saamiseen omaisilta ja läheisiltä. Käytössämme on elämäntietokortti, joka annetaan täytettäväksi omaisille/läheisille asukkaan tullessa pitkäaikaishoitoon. Kortti sisältää kysymyksiä koko elämäntietojen varrelta ja joitakin tietoja voidaan hyödyntää RAI-arviointia tehdessä, esimerkiksi koulutustiedot. RAI-arvioinnin taustatieto-osion kysymyksissä on kuitenkin sellaisia kohtia, joihin elämäntietokortti

kaavakkeella ei saada lisätietoja, esimerkiksi asukkaan toimintakyvystä ja tavoista ja tottumuksista edeltävän vuoden ajalta. Näitä tietoja olemme kyselleet asukkaalta itseltään toimintakyvyn rajoissa tai omaisilta/läheisiltä. RAI-arviointi on tarkoitus tehdä asiakkaalle neljän viikon kuluessa pitkäaikaishoitoon tullessa. Ensimmäisten kahden viikon aikana tapahtuu asukkaaseen tutustuminen, kolmannen viikon aikana tehdään varsinainen arviointi ja neljännen viikon aikana laaditaan hoitosuunnitelma arvioinnista nousseiden hoitotyön tarpeiden mukaan. (RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi, 2012.)

Taustatietojen kerääminen auttaa jäsentämään asukkaan tilannetta ja tarpeiden arviointia. Samalla saadaan kartoitettua asukkaan yksilölliset tarpeet ja tottumukset kohti yksilöllistä hoivaa. Taustatietojen keräämisen avulla voidaan myös arvioida asukkaan ja omaisen/läheisen tarpeita, toiveita ja odotuksia ja siten sopia tarvittavat hoivan ja hoidon tarpeet. (Päivärinta & Haverinen 2002, 40–41.)

Osaamiseen liittyvät ongelmat hidastavat uusien työtapojen ja -menetelmien käyttöä. RAI-järjestelmän käyttöön liittyviä koulutuksia on ollut käyttöönoton alussa vuonna 2008. Henkilöstöä on vaihtunut tämän jälkeen ja uudet työntekijät eivät ole päässeet koulutuksiin, vaan he ovat tehneet arviointeja itsekseen ja toisten työntekijöiden kanssa. Päävastuu arviointien tekemisestä on jäänyt muutamien työntekijöiden vastuulle, joilla on ollut enemmän kokemusta arviointien tekemiseen. Arvioinnit on tehty pääasiassa yksin, arviointien tekijät ovat tarvittaessa kysyneet apua tai toinen työntekijä on katsonut arvioinnin ennen lukitsemista. Epävarmuutta on kuitenkin ollut, pääasiassa kysymysten sisällön ymmärtämisestä johtuen.

Räsänen (2005) tutkielma henkilökunnan kokemuksista RAI-järjestelmän käytettävyydestä vielä viisi vuotta käyttöönoton jälkeen osoitti, että RAI-järjestelmäosaaminen oli suurimmalla osalla huonoa. Henkilökunta koki, etteivät olleet saaneet riittävästi koulutusta tai lainkaan koulutusta arviointijärjestelmän käyttöön. Arvioinnit kasaantuivat pienen hoitajajoukon harteille ja asiakkaiden ja omaisten kanssa ei tehty yhteistyötä. Kuitenkin RAI-järjestelmän käyttöön kannustettiin ja siitä saatava hyöty ymmärrettiin. Vähäkankaan (2008) mukaan RAI-koulutusten toteuttaminen kaikille arvioita tekeville takaa arviointien luotettavuuden, koska tällöin kysymykset ymmärretään samalla tavalla. Koulutuksen avulla varmistetaan myös järjestelmän hallinta. Koulutus voidaan toteuttaa RAI-kouluttajien, mutta myös RAI-avainosaajien ja muiden arviointiin enemmän perehtyneitten toimesta, sillä uusien tietojen ja taitojen saavuttaminen ei välttämättä edellytä ulkopuolista koulutusta. Esimiehen tehtävänä

on huolehtia koulutuksissa saatujen tietojen jakamisesta koko työyhteisölle (Kaistila 2013, 13).

Arviointien tekemiseen ei ole ollut sovittuja aikoja, vaan niitä on tehty, kun sopiva aika on löytynyt. Puolivuosisarviointien aikataulut ovat toimiston seinällä, josta jokainen näkee, milloin oman asukkaan arviointi on ajankohtainen. Pääsääntöisesti arvioinnit on tehty ajallaan, mutta arvioinnin tekijänä on voinut olla joku toinen kuin nimetty omahoitaja. Ensimmäisen arvioinnin tekeminen vie aikaa tunnista useampaan tuntiin. Arvioinnin tekemiseen ei ole aina ollut mahdollista keskittyä, vaan keskeytyksiä on tullut eri syistä. Arviointeja on tehty jopa yövuorossa, jolloin on ollut rauhallista. Yövuorossa ajattelu- ja havainnointikyky ei väsymyksen vuoksi ole parhaimmillaan ja tämä voi vaikuttaa arviointien luotettavuuteen.

RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaamiseksi esimiehen on luotava työnjako ja roolit arviointien suhteen. Kuka tekee, mitä tekee, milloin tekee ja miksi tekee? ovat kysymykset, joita esimiehen tulee miettiä, kun suunnitellaan RAI-arviointien tekemistä ja hyödyntämistä hoitotyön apuna. (RAI-avainosaajakoulutus 2012.) RAI-arviointien tekeminen on delegoitu yleensä omahoitajalle tai hoitotiimille tai nimetyille RAI-vastuuhenkilöille. Esimiehen tehtävänä on huolehtia arviointien ajantasaisuudesta sekä ajankäytön mahdollistamisesta arvioinnin tekemiseen, sillä arviointi tietojen ajantasaisuus ja luotettavuus ovat merkityksellisiä, kun RAI-järjestelmien käyttö laajenee. Vaikka esimiehen työajasta suurin osa kuluu henkilöstöhallinnon töihin, on myös seuranta- ja kehittämistyölle varattava aikaa. RAI-arviointien tekemiselle tulee antaa arvoa muun hoitotyön lisäksi. Esimiehen on huolehdittava siitä, että puutteet arviointien tekemisen osaamisessa ja RAI-mittareiden antamien tietojen käytössä tunnistetaan ja niihin puututaan. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 35, 76.)

5 RAI-OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa kuvaan osaamisen kehittämistä RAI-koulutusten ja RAI-malliarvioinnin avulla. Interventioina osaamisen kehittämiseksi ovat myös riittävän tiedon saaminen asukkaasta RAI-arviointia varten sekä hoitotyöntekijöiden ajankäytön mahdollistaminen RAI-arviointien tekemiseen parityöskentelynä, joka mahdollistettiin työvuorosunnittelun avulla.

5.1 RAI-osaamisen kehittämisen suunnitelma

Kehittämistyön tavoitteena ensimmäisessä syklissä oli saada hoitajien kokemuksia RAI-arviointien tekemisestä ja tarkoituksena etsiä keinoja, joilla RAI-arviointien tekemistä voidaan kehittää. Toisen syklin teemoiksi nousi alkukartoituksen perusteella koulutuksen lisääminen RAI-arvioinnin tekemiseen, tiedonsaannin lisääminen arvioitavasta asukkaasta sekä ajankäytön mahdollistaminen RAI-arvioinnin tekemiseen.

Toisen syklin tutkimustehtäviksi nousi ensimmäisen syklin havaintojen perusteella kolme kysymystä:

- Millainen koulutus kehittää RAI-arviointien tekemisen osaamista?
- Miten asukkaasta saadaan riittävästi tietoa RAI-arviointia varten?
- Miten hoitotyöntekijöille järjestyy yhteistä aikaa RAI-arviointien tekemiseen?

Hoitotyöntekijöiden jatkuva kouluttaminen ja kehittäminen ovat tärkeitä alati muuttuvien hoitokäytäntöjen muuttuessa. Myös työelämä ja toimintaympäristöt muuttuvat. Toisaalta kehittymisen haasteena on potilaiden ja asukkaiden vaatimusten lisääntyminen. Lisäksi koulutuksen tavoitteiden tulee liittyä organisaation toimintaan ja sen kehitykseen. (Laaksonen ym. 2012, 194.)

Koulutus osaamisen kehittämiseksi voi olla työpaikan sisäistä koulutusta, sillä sen etuina ovat muun muassa koulutuksen edullisuus, koulutuksen soveltuvuus yksikön tarpeeseen sekä useamman työntekijän osallistumismahdollisuus, mikä lisää sitoutumista tavoitteisiin ja toimintaan. Sisäinen koulutus voidaan suunnitella yksikön oloihin, jolloin työyksikössä jo oleva osaaminen voidaan huomioida ja koulutusta voidaan painottaa heikommin hallittaviin asioi-

hin. (Laaksonen ym. 2012, 195.) Kokemuksellinen työssäoppiminen organisaation sisällä vaikuttaa myös oppimisen suuntautumiseen, opitun siirtymiseen työyhteisön sisällä, työntekijöiden yhteistyöhön ja kykyyn tuottaa hyötyä asukkaille (Lammintakanen 2011, 251).

Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi kuuluu erityisesti ikääntymiseen toimintakykyä tarkasteltaessa. RAI-arviointia varten tarvitaan tietoa asukkaan aikaisemmasta toimintakyvystä ja tottumuksista ennen pitkäaikaishoitoon tulemistä. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, peseytymisestä, pukeutumisesta, wc-käynneistä ja liikkumisesta. Terveystila ja erilaiset toiminnan vajaukset kuuluvat fyysiseen toimintakykyyn. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn kuvaaminen perustuu ADL (Activities of Daily Living) -käsitteeseen, joka voi vaihdella ympäristön toimintaedellytyksien ja ajan mukana. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7.) Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida erilaisilla mittauksilla, havainnoimalla, kyselemällä ja haastatteleamalla sekä laboratoriomittauksilla. RAI-arviointia varten toimintakykyä arvioidaan esimerkiksi havainnoimalla asukasta, miten hyvin hän selviytyy jostakin fyysistä toimintakykyä vaativasta toiminnasta. (Pohjolainen 2007, 10.)

Psyykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Voutilainen & Vaarama 2005, 7). Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät kognitiiviset eli tiedolliset toiminnot, psyykkinen hyvinvointi, elämänhallinta sekä elämän tarkoituksellisuus ja mielekkäisyys. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat havainto- ja muistitoiminnot, oppiminen, kielelliset toiminnot sekä ajattelu. Elämänhallintaan kuuluvat arjen tilanteiden hallinta ja kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa on tunnistettava merkityksiä, joilla ikääntynyt määrittää elämänsä tapahtumia sekä luonnehtii sosiaalisia suhteitaan. Merkityksellistä on myös tunnistaa iäkkään yksilöllisiä kokemuksia elämän mielekkyydestä. (Heimonen 2007, 15–16.)

Sosiaalisesta toimintakyvystä puhuttaessa tarkoitetaan sekä sosiaalisia taitoja ja sosiaalisia vuorovaikutussuhteita että ihmisen osallisuutta yhteisön ja yhteiskunnan jäsenyyteen. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi tehdään yleensä haastatteluna tai havainnoimalla. (Simonen 2007, 20–21.) RAI-arvioinnissa sosiaalista toimintakykyä havainnoidaan muun muassa seuraavasti: seurusteleeko havainnoitava vaivattomasti muiden kanssa ja onko käytös sosiaalisesti sopimatonta tai häiritsevää (Minimum Data Set, 2012).

5.2 RAI-koulutusta, tietoa arvioitavasta asukkaasta ja yhteistä aikaa RAI-arviointien tekemiselle

Toisen syklin kehittämistoiminta muodostui osaamisen kehittämisestä RAI-koulutuksen avulla, asukkaista saatavan tiedonkeruun kehittämisestä sekä arviointeihin käytettävän ajankäytön suunnittelusta ja toteutuksesta.

RAI-osaamisen kehittäminen

Kuntouttavan hoitotyön osaamisen johtamisessa painottuu hoitotyöntekijöiden tukeminen kuntoutumismahdollisuuksien tunnistamisessa ja hoitosuunnitelmien laadinnassa sekä kuntoutumista edistävään toimintamalliin sitoutumisessa. RAI-arviointien luotettavuuteen liittyvien epäkohtien tunnistamisen ja niihin puuttuminen on tärkeää myös johtamisessa. Järjestelmän käyttäminen edellyttää riittävää osaamista, ennen kuin järjestelmän antamaa tietoa voidaan hyödyntää käytännössä. (Noro 2005, 29; Vähäkangas ym. 2012, 71.)

Osaamisen kehittäminen aloitettiin sisäisellä koulutuksella. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä hoitotyöntekijöiden osaamista RAI-arviointien tekemiseen. Osaamisen lisääntymisen avulla hoitotyöntekijä osaa tehdä RAI-arvioinnin oikein ja ymmärtää arvioinnin merkityksen asiakas- ja yksikkötasolla.

Sisäinen koulutus tapahtui projektipäällikön pitämänä koulutuksena työyksikössä. Suunnitellin koulutuksen RAI-arviointilomakkeiston ja RAI-avainosaajakoulutusten sisällöstä sekä muista ajankohtaisista RAI-materiaaleista. Koulutuksessa käytiin läpi arvioinnin tekeminen alusta loppuun. Erityistä huomiota kiinnitettiin kohtiin, joissa asukkaan RAI-arvioinnista saatujen mittareiden mukaan on ollut virheellisesti täytettyjä kohtia, muun muassa hoitajan antaman kuntoutuksen määrässä ja asukkaan kuntoutumismahdollisuuksissa. Lisäksi perehdyttiin arvioinnin antamien mittareiden lukemiseen, mitä tulokset kertovat ja miten tuloksia hyödynnetään hoitosuunnitelmien teossa. (Liite 6.) Vanhuspalvelujen yhteisenä tavoitteena ovat RAI-pohjaiset hoitosuunnitelmat kaikille asukkaille vuoden 2013 loppuun mennessä. Arvioinneista saatava RAPs-lista antaa tiedon asukkaan voimavaroista, ongelmista ja riskitekijöistä. Kun näitä tietoja käytetään hyväksi hoidon suunnittelussa, voidaan edesauttaa toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista niillä osa-alueilla, missä mahdollista tai ehkäistään tilan huonontumista. Hoitosuunnitelmaan ei tarvitse valita kaikkia voimavaroja tai ongelmia, vaan

tekijät asetetaan tärkeysjärjestykseen, joista valitaan muutama kohde. Hoitosuunnitelma laaditaan asiakaslähtöisesti.

Hyvä, asiakaslähtöinen hoidon suunnittelu ja asiakkaan voimavarojen tukeminen kuntoutumista edistävällä työotteella ylläpitävät asukkaan toimintakykyä. Hoitosuunnitelma on hoidon perustana, jonka pohjalta asukkaan kokonaisvaltaista hoitoa toteutetaan. Lähtökohtana hoidon suunnittelulle on se toimintaympäristö, jossa asukas elää. Tavoitteena hoitotyölle on se saavutettavissa oleva taso, joka mahdollistaa asukkaan päivittäisen selviytymisen, joko parantamalla tai säilyttämällä toimintakykyä tai ennaltaehkäisemällä riskitekijöitä. Hoitotyöntekijöiden yhteinen näkemys kuntoutumista edistävästä hoidosta ja hoivasta auttaa päätöksenteossa ja sitoutumisessa hoidon tavoitteisiin. (Noro ym. 148; Vähäkangas & Noro 2009, 99; Vähäkangas ym. 2012, 19–20.)

RAI-järjestelmän käyttöönotto vaatii perehtymisen arvioinnin tekemiseen, ATK-ohjelman käyttöön sekä tietojen hyödyntämiseen, sillä arvioinnin hallinta muodostaa pohjan asukkaan hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle (Vähäkangas & Björkgren 2005, 35). RAI-osaamisen edellytyksenä on hoitotyöntekijöiden motivaatio, oppiminen, tuen saaminen ja osaamisen arviointi. Motivaation avulla arvioinnin tekeminen koetaan merkitykselliseksi ja mahdollisuudeksi vaikuttaa käytännön hoitotyöhön. Motivaatioon vaikuttaa yhteinen päämäärä, yhteiset ohjeistukset ja sitoutuminen arviointiprosessiin. Oppiminen tapahtuu aktiivisen ajattelun kautta, jota tukee muun muassa avainosaajan tai toisen, kokeneen hoitotyöntekijän antama käytännön tuki ongelmatilanteissa. Osaamista arvioidaan, jotta saadaan selville, onko arvioinnit tehty oikein ja tiedetään, millä osaamisen tasolla työntekijät ovat. (RAI-Avainosaajakoulutus, 2012.)

Laadin koulutuksen ja RAI-arvioinnin tekemisen apuvälineeksi RAI-malliarvioinnin, jossa purin auki arviointikysymyksiä ja lisäsin tarkennuksia, mitä kysymyksillä tarkoitetaan käytännössä. RAI-arviointia tehdessä käytössä on lisäksi RAI-käsikirja, joka helpottaa kysymysten ymmärtämistä. Tulostin malliarviointia varten tyhjän arviointilomakkeen. Kirjasin malliarviointiin yksityiskohtaisempia neuvoja ja ohjeita, mitä kysymyksillä tarkoitetaan. Apuna malliarvioinnin tekemisessä käytin 11.10.2012 olleessa RAI-koulutuksessa käytyä opintomateriaalia, RAI-avainosaajakoulutuksen opintomateriaalia sekä RAI-käsikirjaa. Kävimme projektiryhmän kanssa läpi yhden asukkaan arvioinnin alusta loppuun. Lisäsin malliarviointiin tämän jälkeen vielä muutamia selventäviä lisäyksiä. Lisäsin malliarviointiin myös huomautuksia, jotka viittaavat toisiin kysymyksiin.

Esimerkkinä malliarvioinnista kysymys numero 4, ”ymmärretyksi tuleminen”, osasta C. Kysymys sisältää vaihtoehdot:

”0. tulee ymmärretyksi”

”1. tulee ymmärretyksi yleensä (vaikeuksia löytää sanoja, viedä ajatukset loppuun)”

”2. tulee ymmärretyksi toisinaan (kyky rajoittuu konkreettisiin pyyntöihin)”

”3. tulee ymmärretyksi harvoin/ei koskaan”

Kysymyksiä tarkennettiin lisäämällä esimerkkejä vaihtoehtoihin:

”0. tulee ymmärretyksi – ilmaisee itsensä selkeästi”

”1. tulee ymmärretyksi yleensä (vaikeuksia löytää sanoja, viedä ajatukset loppuun) – ajatuskatkoja ”

”3. tulee ymmärretyksi harvoin/ei koskaan – hoitajat tulkitsevat, esimerkiksi kehonkieltä”

Esimerkki viittauksesta, kysymys J2a, ”*kipun tiheys*”. Jos asukkaalla on kipua eli valinta tehdään kohtiin ”1. *Kipuja harvemmin kuin päivittäin tai 2. kipuja päivittäin*”, tällöin tulee tarkistaa kohta E11, ”*surullinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme – esim. otsa ryppyssä*”, johon tulee laittaa täppä. (RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi, 2012.)

Vieriohjauksessa koulutus ja ohjaus toteutuivat mentorointia mukaillen. Mentoroinnilla tarkoitetaan osaamisen ja hiljaisen tiedon aktiivista ja yhteistyötä edistävää käyttöönottoa (Rovio & Tunkkari-Eskelinen 2010, 118). Mentoroinnissa kokeneempi työntekijä ohjaa työtoveriaan vuorovaikutussuhteessa, jossa on tavoitteena auttaa mentoroitavaa jollakin kehittymisen alueella. Ulkopuoliseen koulutukseen verrattuna mentoroinnin etuna on uusien työtehtävien ja -tapojen opettaminen työpaikalla, siinä ympäristössä, jossa osaamista tarvitaan. Mentorointi ei ole suorien ohjeiden ja tiedon jakamista, vaan vierellä kulkemista, tukemista ja rohkaisua. Tavoitteena ovat myös mentoroitavan onnistumisen kokemukset ja virheistä oppiminen. (Helakorpi 2004, 11–12.) Mentoroinnin avulla mahdollistetaan kokeneiden työntekijöiden osaamisen ja hiljaisen tiedon siirtymistä. Lisäksi mentoroinnin avulla kehitetään myös yhteistyötaitoja ja ohjausosaamista. (Koivuniemi & Laaksonen-Heikkilä 2006, 70,74.)

Koulutuksen onnistumista tulee arvioida. Arvioinnin tavoitteena on saada kuva siitä, onko RAI-arvioinnit kirjattu oikein ja eteneekö RAI:n käyttö työyksikön suunnitelmien mukaisesti.

Arvioinnin keinoja ovat muun muassa palautteen antaminen ja saaminen sekä vahvuuksien hyödyntäminen ja heikkouksien korjaaminen. (RAI-avainosaajakoulutus, 2012.)

Tiedonsaannin lisääminen arvioitavasta asukkaasta

Hoidon tarpeen arviointi perustuu vuorovaikutukseen, asukkaan kuuntelemiseen, haastatteluun ja havainnointiin (Syväoja & Äijälä 2009, 56). Tarkkailujakson alkaa asukkaan tullessa osastolle ja sen pituus on laitoshoidossa seitsemän vuorokautta. Tarkkailujakso sisältää asukkaan ja/tai omaisen haastattelun, asukkaan kokonaisvaltaisen havainnoinnin sekä päivittäisen kirjaamisen. Jakson aikana kiinnitetään huomioita asukkaan kognitioon, mielialaan ja käyttäytymiseen, sosiaaliseen toimintakykyyn, fyysiseen toimintakykyyn, pidätyskykyyn, kipuun, ravitsemukseen, ihon kuntoon sekä aktiivisuuteen. Tarkkailuviikon pohjana on RAI-arviointi ja hoidon suunnittelu – prosessin kuvaus. (RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi, 2012.)

Suunnittelin tarkkailuviikkojen aikataulut kalenteriin. Aamuraportin yhteydessä kalenterissa olevat päivän tehtävät ja muistettavat asiat luetaan läpi ja näin jokainen työntekijä osaa kiinnittää huomiota kyseessä olevan asukkaan vointiin ja kirjaamaan tiedot päivittäisen hoitotyön kirjaamisen yhteydessä. Tarkkailuviikkoa varten annettiin ohjeistus, mihin asioihin viikon aikana kiinnitetään huomiota ja mitkä ovat tärkeimmät kirjattavat asiat asukkaasta. (Liite 7.) (RAI-avainosaajakoulutus, 2012.)

Ajankäyttöön suunnitelmallisuutta

Yhteisen ajan järjestämiseksi hoitotyöntekijöille RAI-arviointia varten kiinnitettiin huomiota työvuorosuunnitteluun ja muodostettiin omahoitajaparit/-ryhmät. Työvuorosuunnittelussa huomioitiin omahoitajien yhteinen aika arvioinnin tekemiselle. Aikaa varattiin 1,5 tuntia ilta-päivällä. Asukkaan ensimmäinen arviointi vaatii aikaa suhteellisesti enemmän kuin puoli-vuosittainen arviointi, jossa arvioinnin pohjana on jo aiemmin tehty arviointi. Annoin työvuorolistan laatijalle etukäteen nimet työntekijöistä ja viikot, mille viikolle kyseisille työntekijöille pyritään varaamaan yhteinen aika arvioinnin tekemiseen. Kirjasin tarkkailuviikot etukäteen osaston kalenteriin, jotta kukin työntekijä tiesi, milloin kunkin asukkaan arviointiajan-kohta oli.

Jaoin projektiryhmän tapaamisessa hoitotyöntekijät omahoitajapareiksi, joista kukin pari vastaa omien asukkaidensa arviointien tekemisestä. Näin yhdelle parille tulee vastuulle keskimäärin neljän asukkaan arvioinnit. Parin toinen hoitotyöntekijä on tämän kehittämistyön projektiryhmän jäsen (mentori), jolla on laajempi tietämys ja kokemus arviointien tekemisestä ja näin hän pystyy ohjaamaan ja opettamaan työtoveriaan. Asiakkaat arvioidaan puolen vuoden välein sekä terveydentilan muuttuessa oleellisesti. Terveydentilan muutoksella tarkoitetaan asukkaan hoitotyöhön käytettävän ajan lisääntymistä terveydentilan huonontuessa tai ajankäytön vähenemistä terveydentilan parantuessa.

5.3 Havainnointi

Toisen syklin havainnoinnissa pyrin vastaamaan syklille tehtyihin tutkimustehtäviin:

- Millainen koulutus kehittää RAI-arviointien tekemisen osaamista?
- Miten hoivaosaston/Emmakodin asukkaasta saadaan riittävästi tietoa RAI-arviointia varten?
- Miten hoitotyöntekijöille järjestetään yhteistä aikaa RAI-arviointien tekemiselle?

Havainnot koulutuksesta

Seurasin koulutusten vaikutusta RAI-arviointien tekemisen osaamiseen havainnoimalla arviointien tekemistä, käytäväkeskustelujen sekä palautevihkon avulla. Palautevihko sisälsi lyhyen kuvauksen, mistä asioista toivoin saavani palautetta.

Osallistuva havainnointi perustui aktiiviseen havainnointiin eli tutkijana olin mukana arviointitilanteissa sekä tarkkailijana että osallistuin myös itse vieriohjaajana arvioinnin tekemiseen. Osallistuvassa havainnoinnissa on kyse tutkijan tekemästä tarkkailusta tutkittavasta kohteesta (Anttila 2007, 128). Tutkija voi olla joko tutkijan roolissa tai toimijan roolissa. Osallistavan havainnoinnin tarkoituksena on samalla mahdollistaa osallistujien oppiminen, joka johtaa toimintaan ja toiminnan ylläpitämiseen. (Grönfors 2001, 131; Tuomi & Sarajärvi, 2002, 84–85.)

Seurasin arviointien tekemistä ja kirjoitin ylös hoitotyöntekijöiden pohdintoja ja havaintoja arvioinnin tekemisestä ja malliarvioinnin käytettävyydestä. Kirjoitin lausumat lyhyesti, lauseina, jotka olivat keskeisiä havainnoinnin tavoitteelle eli miten työntekijät kokivat sisäisen koulutuksen ja parityöskentelyn. Muistinpanojen tekemistä voidaan pitää jo aineiston esianalyysinä, sillä aineistoa voidaan valikoida jo havainnointitilanteessa, eikä havainnointiin perustuvan tutkimuksen analysointi ei poikkea juurikaan esimerkiksi haastatteluaineiston analyysistä (Grönfors 2001, 136–137).

Parityöskentely koettiin tarpeelliseksi ja arviointia helpottavaksi.

”Parityöskennellessä kysymykset ja niiden tarkoitukset tulee yhdessä pohdittua...”

”pareittain tekeminen helpottaa arviointia, kun voi yhdessä miettiä...”

”...tuonut varmuutta rain tekoon...”

Sisäisessä koulutuksessa oli kolme osallistujaa, jotka kokivat arvioinnin tekemisen alusta loppuun ohjattuna hyvänä. Osa arviointikysymyksistä koettiin hankalaksi, koska vastausvaihtoehdot eivät välttämättä olleet sopivia kyseisen asukkaan kohdalla.

”Nyt ymmärtää paremmin, mitä kysymyksillä tarkoitetaan”

”en ole ennen ymmärtänyt, mitä kysymyksellä tarkoitetaan”

”...vaihtoehtoja, jotka ei välttämättä ole jokaisen kohdalla selviä.”

Itse RAI-ohjelmiston käyttö ei tuota työntekijöille hankaluuksia. Heinäkuussa 2012 Effica-potilastietojärjestelmä ja RAI-Ltc-ohjelmisto yhdistyivät niin, että kirjautuminen RAI-ohjelmistoon tapahtuu Effican kertomusosiossa, asukkaan tietojen ollessa taustalla avoimena. Tämä helpottaa arviointien tekemistä, koska lääkitystiedot ja asukkaan lääketieteellistä hoitoa vaativat diagnoosit siirtyvät nyt Efficasta suoraan RAI-arviointiin. Hoitotyöntekijöiden tehtävänä on arvioinnin lopuksi tarkistaa lääkelista niin, että se vastaa arvioinnin kysymykseen 05 (lista lääkkeitä, joita asukas on ottanut viimeisen seitsemän vuorokauden aikana). Diagnooseista arviointiin otetaan mukaan ne, joilla on vaikutusta asukkaan arviointihetkellä olevaan toimintakykyyn, kognitiiviseen statukseen, mielialaan, käytökseen, lääkitykseen tai hoitoon (arvioinnin kohta I1 ja I3). (Minimum Data Set, 2012.)

Malliarviointi koettiin tarpeelliseksi, koska sen koettiin helpottavan kysymysten ymmärtämistä. Malli nopeutti arvioinnin tekemistä, koska kaikkea ei tarvinnut lähteä etsimään RAI-käsikirjasta.

”malliarviointi on tosi hyvä”

”nyt kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla”

”malliarvioinnista on ollut hyötyä, koska jotkut vaihtoehdot on vaikea ymmärtää, tarkentaneet, mistä on kysymys.”

Arvioinnin luotettavuuden tarkistamista helpotti arviointimittareiden läpikäynti arvioinnin lukitsemisen jälkeen. Tarkistimme mittareiden lukuohjeen avulla kunkin arvioidun asukkaan mittareiden luotettavuuden. Lukuohjeesta nähdään, mitkä kysymykset vaikuttavat kuhunkin mittarin arvoon. Tarkistuksen perusteella arvioinnin vastauksia voidaan tarvittaessa muuttaa, mikäli mittarin antama vastaus ei ole oikea asukkaan toimintakykyyn verrattuna.

Tarkkailuviikon arviointi

Tarkkailuviikoista tiedotettiin aamu- ja iltapäiväraporteilla. Tarkkailuviikkoa koskeva ohje oli toimiston seinällä, josta jokainen pystyi tarkistamaan ja kertaamaan asiat, mitä viikon aikana seurataan. Tarkkailuviikon tavoitteena oli tehostaa kirjaamista seurattavan asukkaan terveydentilasta. Tarkkailuviikon sisältö ei nostanut esille kysymyksiä, mutta havaintojeni mukaan kirjaaminen lisääntyi vain vähän seurattavan asukkaan kohdalla. Lisäksi kirjauksia käytettiin vain vähän apuna RAI-arvioinnin tekemisessä.

”Tarkkailuviikko on hyvä ja sitä tulisi hyödyntää enemmän...”

”...pitäs saada vaan toimimaan se jotenkin paremmin...”

”...kirjaamisessa efficalle pitäisi allekirjoittaneen petrata.”

”periaate hyvä, silloin tulee arvioitua potilasta kokonaisvaltaisemmin...”

Asukkaat ja omaiset eivät ole olleet mukana arviointien tekemisessä, vaan arvioinnit on tehty pääasiassa hoitajaparin toimesta. Syynä tähän on ollut muun muassa asukkaiden kykenemättömyys vastata kysymyksiin, esimerkiksi muistisairauden ja puhekyvyttömyyden vuoksi. Elä-

mänkulku -lomakkeita on käytetty soveltuvin osin apuna, mutta näistä on ollut apua hyvin vähän.

Yhteisen ajankäytön arviointi

Yhteisen ajan järjestäminen tapahtui työvuorosuunnittelun avulla. Ajankäyttöön pystyttiin vastaamaan suunnitellusti eli pareille järjestettiin aikaa pääasiassa iltapäivisin. Arvioita tekevä pari pystyi keskittymään arvioinnin tekemiseen eikä heidän tarvinnut osallistua hoitotyöhön osastolla. Iltapäivään oli varattu puolitoista tuntia aikaa. Aika ei riittänyt aina arvioinnin tekemiseen, vaan arviointi jäi kesken. Kesken jääneen arvioinnin tekeminen loppuun jäi yleensä parin toiselle osapuolelle.

”ei ihan saatu loppuun sitä”

”vie tämä vaan aikaa, kun haluaa perusteellisesti tehdä”

”Koen tärkeäksi tuon yhteisen ajan...”

Ajan varaaminen arvioinnin loppuun tekemiselle oli usein haastavaa. Joitakin arviointeja tehtiin vielä yksin, yleensä arviointiparin sairausloman tai muun poissaolon vuoksi. Suunniteltuja arviointiaikoja jouduttiin myös siirtämään työntekijöiden poissaolojen vuoksi.

5.4 Reflektointi

RAI-arviointien tekemisen osaaminen kehittyi sisäisen koulutuksen ja parityöskentelyn avulla. Työskentely oli suunnitelmallista ja arvioinnin tekemiseen pystyttiin keskittymään yhdessä ja suunnitellun ajan puitteissa. Pareista toinen oli saanut sisäisen koulutuksen myötä tarkemman kuvauksen arvioinnin tekemisestä ja mittareiden tulosten tulkitsemisesta. Kokeneempi hoitotyöntekijä pystyi näin ohjaamaan pariaan, joka henkilökohtaisen ohjauksen myötä sai varmuutta arvioinnin tekemiseen. Olin arvioinnintekijöiden apuna siten, että he saivat tarvittaessa tehdä tarkentavia kysymyksiä. Kysymysten perusteella tarkistin malliarviointia ja lisäsin siihen ohjeita kysymyksiin, jotka olivat vielä epäselviä. Toimintatutkimuksen näkökulmasta mukanaoloni tutkijana oli perusteltua, koska olen aktiivisesti mukana kehittämissuunnitelmassa.

Sosiaalinen vuorovaikutus on myös osa tiedonhankintaa, monipuolistaen tutkittavasta kohteesta saatavaa tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 84).

Malliarviointi helpotti arvioinnin ja arviointikysymysten ymmärtämistä. RAI-arvioinneista saatavien mittareiden tulokset saivat luotettavuutta ja vastasivat asukkaan todellista tilaa ja annettua kuntouttavan hoitotyön määrää. Ristolainen (2007, 15) toteaa, että jatkuva koulutus ja uusien hoitotyöntekijöiden perehdyttäminen RAI-arvioinnin tekemiseen on tärkeää, sillä mitä paremmin ja oikeammin arviointi tehdään, sen varmempia ja realistisempia tuloksia saadaan. (Ks. myös Vähäkangas ym. 2012, 37).

Tarkkailuviikon käyttäminen arvioinnin tekemisen apuna vaatii vielä kirjaamisen tehostamista ja hoitotyön kirjauksien hyödyntämistä arvioinnin tekemisessä. Suullisen raportoinnin vähentyessä kirjaamisen tehostamiseen tulee kiinnittää huomiota. Huolellinen kirjaaminen on tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamiseksi ja tiedonvaihdon mahdollistamiseksi. Tarkkailuviikon kirjaamisen kehittäminen on tärkeää, sillä potilasasiakirjojen tehtävänä on myös palvella hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Nykänen & Junttila 2012, 15.) Kirjaamisen tulee lähteä asukkaan tarpeista, ei hoitotyöntekijöiden tekemisestä. Asiakaslähtöinen kirjaaminen kuvaa asukkaan tilaa, ei hoitotyön toimintoja.

Asukkaan ja omaisen mukaanottoa arviointeihin tulisi hyödyntää enemmän. Haapaniemen ja Routasalon (2009, 35) mukaan potilaan osallistumista hoidon ja kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen pidetään tärkeänä, mutta käytännössä se toteutuu harvoin. Iäkkään potilaan toimintakyvyn koheneminen edellyttää sitoutumista ja motivaatiota, mutta toisaalta kaikki iäkkäät eivät halua tai kykene osallistumaan hoitoonsa.

Omaisilta ja läheisiltä saatava tieto hyödyntää varsinkin asukkaan ensimmäistä arviointia, jolloin hän ei ole vielä tuttu hoitotyöntekijöille. Omaisen antama tieto asukkaan luonteenpiirteistä, aiemmasta toimintakyvystä ja toimintakyvyn kohenemisen mahdollisuuksista voi olla erilainen, kuin asukkaalla itsellään tai hoitotyöntekijöillä (Haapaniemi & Routasalo 2009, 40–41). Lehtosen (2005, 70–72) mukaan henkilökunnan asenteella ja toiminnalla yhteistyön edistämiseksi on suuri merkitys. Tutkimuksen mukaan henkilökunta ei rohkaissut omaisia mukaan päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun. Kuitenkin omaiset kokevat tärkeäksi yhteistyön ja osallisuuden päätöksentekoon. Myöhemmin tehtävien arviointien teossa omaisten

apu on vähäisempää, koska he eivät välttämättä vieraile usein läheisensä luona, eivätkä siten tiedä päivittäisten toimintojen sujuvuutta.

RAI-arvioinnin alkuosa sisältää asukkaan taustatietoja. Taustatietojen kartoittamista varten suunnitellaan lomake, jonka tekemiseen hyödynnetään RAI-arvioinnin taustatietokysymyksiä. Lomake voidaan liittää elämäntietokysymyksiin ja antaa omaiselle/läheiselle täytettäväksi samalla kertaa. Elämäntietojen kartoittamisen avulla voidaan löytää voimavaroja ja erityisosaamisen alueita, joita voidaan hyödyntää asukkaan tukemisessa ja motivoinnissa toimintakykynsä edistämiseen. Taustatietoihin tutustumisen avulla hoitotyöntekijä ohjaa asukasta yksilöllisyyden, ainutlaatuisuuden ja hänelle merkityksellisten asioiden tukemisessa. (Alanaatu 2009, 46.)

Yhteisen ajan varaaminen arviointien tekemiseen on ollut haasteellista, muun muassa vuosilomien, sairauslomien ja koulutusten vuoksi. Vähäkankaan ja Noron (2009, 105) mukaan osaamisen kehittämistä tukeva esimies arvostaa hoitotyöntekijöitä mahdollistamalla täydennuskoulutuksen ja järjestämällä työvuoroja siten, että osaamisen kehittäminen on mahdollista. Arvioinnit tehdään asukkaille yksilöllisen aikataulun mukaan, jolla voidaan vähentää kuormitusta sekä työvuorosuunnittelussa että hoitotyöntekijäpareille kohdistuvissa arviointien tekemisessä (ks. myös Ristolainen 2007, 15). Arviointeja on nyt tehty lähes viikoittain ja se kuormittaa työvuorolistojen laatimista. Jatkossa RAI-arviointien ajankohtia pyritään hajauttamaan hieman pidemmille aikaväleille, sekä niin, että samalla arvioijaparilla olevat arvioinnit sijoittuvat hieman kauemmaksi toisistaan. Tämä vähentää hoitotyöntekijöiden kuormitusta arviointien tekemiseen.

RAI-arviointien luotettavuuden lisäämiseksi ja varmistamiseksi esimiehen on hallittava RAI-järjestelmän kaikki osa-alueet, arviointien tekemisestä tulosten tulkintaan. Osaamisen kehittäminen vaatii esimieheltä työtapojen kriittistä arviointia, työn uudelleen organisointia ja riittävää resurssia. Esimiehen tulee myös arvioida hoitosuunnitelmia ja varata aikaa hoitotyöntekijöiden henkilökohtaiseen ohjaamiseen. (Vähäkangas ym. 2012, 65, 70.) Yhteistyö palveluesimiehen kanssa on sujunut ajankäytön suunnittelussa mielestäni hyvin. Olen antanut hänelle listan suunnitelluista RAI-arvioinneista ja työntekijöiden nimet, jotka tekevät kyseiset arvioinnit ja esimies on suunnitellut yhteisiä työvuoroja työvuorolistaan. Ajat on pystytty hyödyntämään hyvin, poikkeuksena sairauslomat tai muu poissaolo työpaikalta suunniteltuna ajankohtana.

6 OSAAMISEN KEHITTÄMISEN JATKOHAASTEET

Kolmannen syklin tavoitteena oli kehittää RAI-arvioinnin antamien mittareiden mukaista kuntouttavaa hoitotyötä. Kehittämistehtäväksi muodostui toisen syklin reflektoinnin pohjalta:

- Miten interventiot kehittivät hoitotyöntekijöiden RAI-osaamista kuntouttavan hoitotyön edistämiseksi?

6.1 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava hoitotyö on toimintakykyä edistävää, tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään optimaaliseen suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa. Toimintakyvyn käsite liittyy hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti tai todettuina toiminnan vajeina. (Luoma 2007, 41.) Voimavaralähtöisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan jäljellä olevan toimintakyvyn tasoa. Toimintakyky jaetaan yleensä neljään osa-alueeseen, joita ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on tukea asiakkaan elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista toimintakyvystä huolimatta. Hoitotyöntekijä tukee asiakasta ohjaamisen, opettamisen, yhdessä tekemisen, kannustamisen, auttamisen ja motivoinnin avulla (Vähäkangas 2010, 37). Kuntouttavan työotteen käyttöä korostetaan kaikessa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnoissa. Olennaista on asiakkaiden voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen jäljellä olevan toimintakyvyn rajoissa sekä hyvän elämänlaadun turvaaminen. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7; Vähäkangas, Noro & Finne-Soveri 2008, 157.)

Pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen on haasteellista. Tähän vaikuttavat muun muassa asiakkaiden korkea keski-ikä ja fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky. Vaativa asiakasrakenne vaatii riittävästi resursseja sekä riittävää osaamista kuntouttavan hoitotyön mahdollistamiseksi. Kuntouttavan hoitotyön perustana on kuntoutumista edistävä toimintafilosofia, jossa korostetaan asiakkaan aktiivista osallistumista päivittäisiin toimintoihin kykyjensä ja voimavarojensa mukaan. Osaaminen näkyy asiakaslähtöisenä, tavoitteellisenä ja moniammatillisena toimintana sekä sitoutumisena kuntoutumista edistävään toimintafilosofiaan. (Vähäkangas 2010, 91, 94.)

Kuntoutumista edistävän toimintamallin luominen ja ylläpitäminen vaatii sitoutumista, osaamisen kehittämistä ja hoidon tulosten seuranta ja arviointia, jotta kuntouttavan hoitotyön merkitys saadaan näkyväksi. Kuntoutumista edistävän toiminnan sisäistäminen ja hallitseminen on oppimisprosessi, jossa kehitytään vähitellen. Hoitotyöntekijältä edellytetään kykyä itsenäiseen työskentelyyn, luovuutta, päätöksenteko-osaamista ja kykyä toimia vahvana oman ammatillisen osaamisensa edustajana. Lähellä käytäntöä, arjessa työskentelevä esimies ohjaa hoitotyöntekijöitä, seuraa ja arvioi hoitosuunnitelmien tilaa ja huolehtii sitoutumisesta kuntouttavaan hoitotyöhön. (Vähäkangas 2010, 35; Vähäkangas ym. 2012, 70, 74.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan perustana on hoitosuunnitelma, joka sisältää hoidon tarpeiden määrittämisen, tavoitteiden asettamisen, hoitotyön menetelmien kartoittamisen, hoidon tulosten seurannan ja arvioinnin (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31). Hoitosuunnitelma on työväline, jossa kuvataan asukkaan voimavarat, toimintakyky ja suoriutumisen taso RAI-arvioinnin mittareita hyödyntäen. RAI-järjestelmässä perustana on arvioitavan asukkaan näkeminen aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun osallistuvan henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja arvostus tasavertaisena ihmisenä (Vähäkangas ym. 2012, 24–25). Kuntoutumista edistävän työotteen lähtökohtana on asukkaan oma osallisuus sekä tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta hoitoprosessin aikana. RAI-arvioinnin tavoitteena on tunnistaa asukkaan kuntoutumisen mahdollisuudet ja voimavarat, joiden perusteella hoitosuunnitelma laaditaan. Toimintakyvyn säilymistä edistävät riskitekijöiden tunnistaminen ja toimintakyvyn huononemisen ennaltaehkäisy. (Vähäkangas ym. 2012, 19.)

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään luotettavia toimintakykymittareita sekä asiakkaan ja omaisen haastatteluja sekä havainnointia. (Päivärinta & Haverinen 2002, 23; Vähäkangas ym. 2012, 19.) RAI-osaaminen hoitotyön suunnittelussa tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä pystyy soveltamaan RAI-arvioinnista saatuja tietoja ja omia hoitotyön taitoja oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan, hyvä hoidon ja palvelujen takaamiseksi. Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen käyttö, kyky organisoida työtä sekä työskentely moniammatillisesti. Hoitosuunnitelma antaa kaikille hoitotyöhön osallistuville samat tavoitteet ja päämäärät, joihin kunkin asukkaan osalta pyritään. (RAI-osaaminen 2013; Vähäkangas ym. 2012, 19.)

Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä on positiivisia vaikutuksia myös pitkäaikaisessa hoidossa. Laadukas kuntouttava hoitotyö näkyy hoitajan ja asiakkaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Hoitajan rooli on keskeinen toimiessaan hoidon suunnittelijana ja toteuttajana. Ikäihminen on kykyjensä mukaan aktiivinen osallistuja, omaisten ja läheisten toimiessa tuke-

na ja motivaation ylläpitäjänä. Hoitajan antama ohjaus ja tuki päivittäisissä toiminnoissa lisää asiakkaan sosiaalista osallistumista ja aktiivisuutta sekä vähentää vuodepotilaiden määrää. Kuntouttavan hoitotyön vaikuttavuutta edistää toiminnan perustuminen näyttöön, säännöllisyys ja jatkuvuus. (Vähäkangas 2010, 35; Vähäkangas ym. 2012, 20.)

RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman laatiminen käsittää CPS, ADLH, DRS, BMI, Pain, SES, REHABPOT, NREHAB ja CHESS mittaritietojen hyväksikäyttämisen hoitotyön tarpeiden määrittelyssä. Asukkaan kuntoutumismahdollisuudet kuvataan hoitosuunnitelmaan toimintakykyä edistävän hoitotyön muodossa, asukas suorittaa itse kaiken, mihin toimintakyvyn rajoissa pystyy. Asukkaan oman osallistumisen ja näkemyksen varmistaminen tulisi kirjata hoitosuunnitelmaan, samoin kuin omaisten/läheisten osallistuminen ja heidän näkemyksensä hoitosuunnitelmasta. (RAI-avainosaajakoulutus 2012.)

Kognitioasteikko, CPS (Cognitive Performance Scale) kuvaa asiakkaan tiedon vastaanottamiseen, tallentamiseen, käsittelyyn ja käyttöön liittyviä toimintoja. Mittariarvo muodostuu viidestä muuttujasta: lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky, tajunnan taso ja kyky syödä itse. Mittarin arvo on sitä suurempi, mitä vaikeampi on kognition tason heikkeneminen. Asteikkoa voidaan verrata MMSE (Mini Mental State Exam) -testin lukemiin. (Mittarikäsikirja 2012.)

ADLH (Activities Of Daily Living) -mittari kuvaa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tasoa asteikolla 0-6. 0 kuvaa täysin itsenäistä ja 6 täysin autettavaa henkilöä. Mittari koostuu neljästä toiminnosta: liikkuminen yksikössä, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Päivittäisten toimintojen pitkä asteikko (ADL_28) kuvaa asiakkaan suoriutumiskykyä ADL-toiminnoissa yksityiskohtaisemmin kuin ADLH-mittari. Mittarissa arvioidaan suoriutumiskykyä seitsemässä ADL-toiminnossa: liikkuminen sängyssä, siirtyminen, liikkuminen yksikössä, pukeutuminen, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Pistemäärä 0 tarkoittaa, että asiakas on itsenäinen kyseessä olevissa toiminnoissa ja pistemäärä 28 tarkoittaa asukkaan olevan täysin autettava tai toimintoa ei tapahtunut lainkaan. (Mittarikäsikirja 2012.)

Masennusasteikko (DRS, 0-14) kuvaa masennukseen liittyviä oireita. Mittarissa arvioidaan seitsemää masennukseen liittyvää oiretta edellisen 30 vuorokauden osalta. Painoindeksi (BMI) lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Painoindeksin avulla arvioidaan asiakkaan ravitsemustilaa. Kipuasteikko (Pain, 0-3) kuvaa asukkaan kivun tiheyttä ja voimakkuutta neliportaisen luokituksen mukaan. Sosiaalisen aktiivisuuden asteikolla (SES_6, 0-6) arvioidaan,

kuinka paljon asiakkaalla on aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta erilaisiin yhteisiin tapahtumiin. Mitä suurempi arvo on, sitä enemmän aloitekykyä/sosiaalista osallistumista on. (Mittarikirja 2012.)

Asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksia kuvaava REHABPOT (Rehabilitation Potential) -mittari kuvaa asukkaan hoitoon osallistuvien hoitotyöntekijöiden uskoa asukkaan kuntoutumismahdollisuuteen. Mittarin arvot ovat kyllä tai ei. Kuntoutumista edistävän hoitotyön (NREHAB 0-77) Nursing rehabilitation -mittari kuvaa asiakastasolla hoitajien toteuttamaa, asiakkaan kuntoutumista edistävää toimintaa. Mitä suurempi arvo on, sitä enemmän hoitajien antamaa kuntoutusta asiakas on saanut seitsemän vuorokauden tarkkailujaksolla. Mittarin arvo yksistään ei anna kuvaa asiakkaan tilanteesta, vaan mittarin yhteydessä on tarkasteltava asiakkaan kuntoutumistilannetta kokonaisuudessaan. Terveystilan vakauden asteikko (CHESS, 0-5) kuvaa asiakkaan terveystilan vakautta. 0-arvon saaneella asiakkaalla on vakaa terveystila ja arvon 5 saaneella hyvin epävakaa terveystila. (Mittarikirja 2012.) CHESS-luokissa yksi ja kaksi asiakkaalla voi olla akuutteja oireita ja luokat kolmesta viiteen kuvaavat toimintakyvyn pidempiaikaisia muutoksia (Vähäkangas ym. 2012, 26).

RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman tavoitteet ovat yksilöllisiä ja muuttuvia. Tavoitteiden tulee olla mitattavissa olevia, konkreettisia ja saavutettavissa olevia. Tavoitteet ohjaavat hoitotyön menetelmien valintaa ja helpottavat hoitotyön arviointia. Päivittäisessä hoitotyössä kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyy hoitotyöntekijöiden sitoutumisena ja motivoitumisena silloin, kun hoidon tarpeet ovat realistisia ja mitattavissa olevia. Työyhteisössä voidaan myös keskittyä vaikuttavaan toimintaan ja tiedetään, millaisilla toimenpiteillä saadaan aikaan parhaita tuloksia. (RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi 2012; RAI-avainosaajakoulutus 2012.)

Esimerkkinä hoitotyön tavoitteiden ja menetelmien kirjaamisesta asukas, jonka kognitio on keskivaikeasti heikentynyt (CPS = 4). *Hoitosuunnitelman tavoitteena on, että jäljellä oleva muisti ja ymmärrys säilyvät mahdollisimman pitkään. Hoitotyön menetelmät: Ollessaan virkeä syö osan tai koko aterian itsenäisesti, hoitajat antavat yrittää. Syötettäessä tekee selväksi, kun ei enää halua syödä. Yritetään antaa virikkeitä, joihin pystyy osallistumaan: laulaminen, jumppa.* (RAI-avainosaajakoulutus 2012.)

Hyvän hoitosuunnitelman tekemistä tukee työyhteisön perustehtävälähtöinen johtaminen. Esimiehen tehtävänä on vastata siitä, että hoito toteutuu sovittujen käytäntöjen ja hoitosuunnitelmien mukaan. Esimies voi vaikuttaa hoitotyöntekijöiden kuntoutumista edistävään

toimintaan omalla toiminnallaan ja esimerkillään. Lisäksi esimiehen on tärkeä tunnistaa hoitotyöntekijöiden osaamisen taso ja tukea sen kehittymistä. Osaamisen johtamisessa esimiehen tehtävä painottuu hoitotyöntekijöiden tukemiseen asukkaan kuntoutumismahdollisuuksien tunnistamisessa ja kuntoutumista edistävään toimintaan sitouttamisessa. Esimiehen tehtävä on tunnistaa RAI-arviointien luotettavuuteen liittyviä epäkohtia ja puuttua niihin. RAI-mittareiden hälytysjärjestelmät antavat tietoa esimerkiksi kaatuilun, painehaavojen tai aliravitsemuksen uhasta. Mittareiden seurannan avulla esimies voi seurata muun muassa kuntoutumista edistävän ja ylläpitävän hoidon toteutumista. (Finne-Soveri, Noro, Kiviniemi, Heikkilä, Björkgren, Vähäkangas, Tuomola & Peiponen 2009, 21; Vähäkangas ym. 2012, 17, 71.)

6.2 Osaamisen arviointi interventioiden jälkeen

Lähtökohtana tälle kehittämistyölle oli kehittää RAI-osaamista RAI:n hyödyntämiseksi kuntouttavan hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. RAI-osaamista on kehitetty sisäisillä koulutuksilla, parityöskentelyllä, tiedon keruun tehostamisella arvioitavasta asiakkaasta sekä mahdollistamalla kiireetön aika arvioinnin tekemiselle.

RAI-osaamisen kartoittamiseksi on laadittu RAI-arvioinnin luotettavuus – hoitajan kyselylomake. Lomake on laadittu Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen – hankkeeseen. Hanke toteutettiin yhteistyönä Oulussa ja Kokkolassa. Lomakkeen sisällön kehittämistä vastasivat hankkeen projektityöntekijät, jotka olivat lähiesimiehiä. Sisällön lähtökohtana olivat RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaamisen kriteerit (Kuvio 2.). Varsinaisen lomakkeen laativat hankkeen projektityöntekijät. Lomake testattiin hankkeen lähiesimiesten muodostetun interventioryhmän pilottiryhmässä sekä kehityskeskusteluissa. (Vähäkangas ym. 2012, 36; Vähäkangas 2013.) Kyselyllä kerättiin tietoa hoitajan itse arvioimasta RAI-osaamisestaan. Käytin hankkeessa laadittua lomaketta tähän toimintatutkimukseen kuuluvana interventiona.



Kuvio 2. RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaaminen Vähäkankaan ym. (2012, 36) mukaan

Kysymykset on laadittu Likertin asteikolla. Vaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä ja täysin eri mieltä. Tässä kehittämishankkeessa kysymyksiin vastaajiksi valittiin ne hoitotyöntekijät ($n=10$), jotka ovat osallistuneet hankkeen aikana tehtyjen RAI-arviointien tekemiseen. Koska tutkijana vaikutin itse vastaajien valintaan, kyseessä on näytejoukko tutkimukseen osallistujista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79).

Kysely sisälsi 25 väittämää, käsittäen RAI-arvioinnin pääkohdat, joista asukkaalle koostuvien mittareiden tulokset tulevat. (Liite 8.) Kysymykset 13 olivat yleistä taustatietoa arvioinnin tekemisestä, kysymykset 4–8 käsittivät kognition, 9–10 mielialan, 11–14 fyysisen toimintakyvyn, 15–16 kivun, 17–18 pituuden ja painoindeksin ja 19–20 kuntoutumismahdollisuuksien arvioinnin, 21–22 kuntoutumista edistävän hoitotyön ja 23–25 RAI-arvioinnin hyödyntämisen hoidon suunnittelussa.

6.3 RAI-osaamisen kehittymisen arviointi

Liitteessä 8 olevaan kyselylomakkeeseen on koottu frekvenssit eli kuhunkin kysymykseen vastanneiden henkilöiden lukumäärät (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103). Julkaisin tulokset ainoastaan vastaajien lukumäärinä. Tämän kyselyn tarkoituksena ei ollut tehdä tilastollisia päätelmiä RAI-osaamisesta, vaan tarkoituksena oli kartoittaa RAI-osaamisen tasoa kehittämistyössä tehtyjen interventioiden merkityksestä hoivaosastolla ja Emmakodissa.

Kysymykset 1–3 käsittelivät RAI-arvioinnin merkityksen ymmärtämistä ja arvioinnin toteuttamista. Vastaajista yhdeksän oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät toimintakyvyn mittaamisen merkityksen. Puolet vastanneista (n=5) ilmoitti osaavansa mitata asiakkaan suoriutumista RAI-käsikirjan ohjeiden mukaan. Viisi vastaajaa oli samaa tai täysin mieltä siitä, että he toteuttavat aina RAI-arvioinnin mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja/tai omaisia, mutta kaksi vastaajaa oli eri mieltä siitä, että he toteuttavat aina RAI-arvioinnin mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja/tai omaisia.

Kognition arvioimisosaamista käsiteltiin kysymyksissä 4–8. Yhdeksän vastaajaa oli sitä mieltä, että he osaavat erottaa eri muistamisen (lähi- ja pitkäaikaismuisti) lajit. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he ymmärtävät päivittäisen päätöksentekokyvyn tarkoittavan normaaleihin arjen toimintoihin liittyvää päätöksentekokykyä. Vain yksi vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hän antaa asiakkaalle mahdollisuuden tehdä valintoja, jotta oikea vaihtoehto päätöksentekokyky-kysymykseen löytyy. Suurin osa eli seitsemän vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”ei samaa eikä eri mieltä”. Puolet vastaajista (n=5) ilmoitti antavansa asiakkaalle aikaa ja mahdollisuutta vuorovaikutukseen RAI-arviointia tehdessä. Seitsemän vastaajaa ymmärtää, mitä RAI_mittariston CPS-mittariarvo tarkoittaa.

Kysymykset 9 ja 10 käsittelivät asukkaan mielialan arviointia. 8 vastaajaa oli sitä mieltä, että arvioidessaan asiakkaan mielialaa, he kuuntelevat asiakasta ja havainnoivat asiakkaan toimintaa, kysyen tarvittaessa myös omaisilta/läheisiltä. Mielialaa kuvaavan DRS-mittariarvon ymmärtää seitsemän vastaajaa.

Kysymykset 11–14 käsittelivät fyysisen toimintakyvyn arviointia. Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät ADL-toimintojen muodostuvan pienemmistä osatoiminnoista ja sitä arvioidaan yksi kokonaisuus kerrallaan. Puolet vastaajista (n=5)

ymmärtää ADL-toimintoja kuvaavien vastausvaihtoehtojen erot, mutta kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että he eivät ymmärrä vastausvaihtoehtojen eroja. Seitsemän vastaajaa huomioi edellisen RAI-arvioinnin tuloksen arvioidessaan asiakkaan toimintakykyä. Seitsemän vastaajaa ymmärtää, mitä ADL-mittariarvo tarkoittaa.

Kivun arviointiosaamista käsiteltiin kysymyksissä 15 ja 16. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kipu arvioidaan sellaisena kuin se ilmenee asiakkaan kertomana tai hoitajan arvioimana riippumatta kipulääkkeen käytöstä. Lähes kaikki (n=9) vastaajat ymmärtävät, mitä RAI-arvioinnista saatava Pain-mittariarvo tarkoittaa.

Kysymykset 16–17 koskevat pituuden ja painon arviointia. Kuusi kyselyyn vastannutta varmistaa, että RAI-arviointiin kirjattu pituus ja paino ovat ajan tasalla ja oikein mitattu. Kahdeksan vastaajaa ilmoitti ymmärtävänsä, mitä BMI-arvo tarkoittaa.

Kysymyksillä 19–20 kartoitettiin kuntoutumismahdollisuuksien arvioinnin osaamista. Yhdeksän vastaajaa ilmoitti ymmärtävänsä, että kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa huomioidaan vähäisetkin toimintakyvyn paranemisen mahdollisuudet joillain fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla. Neljä vastaajaa on samaa mieltä siitä, että he keskustelevat aina asiakkaan kanssa hänen näkemyksistään oman toimintakyvyn paranemisen mahdollisuuksista mikäli asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa.

Kuntouttavan hoitotyön arvioinnin osaamista kartoitettiin kysymyksillä 21–22. Kaikki vastaajat (n=10) ilmoittivat ymmärtävänsä kuntoutumista edistävän toiminnan mittaamisen merkityksen. Vain kaksi vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että he osaavat kirjata kuntoutumista edistävän toiminnan määrää. Suurin osa (n=7) ei ilmaissut kantaansa kirjaamisen osaamisesta.

Kysymyksillä 23–25 kartoitettiin RAI-arvioinnin hyödyntämisen osaamista hoidon suunnittelussa. Kahdeksan vastaajaa oli eri mieltä asiakkaan osallistumisesta RAI-arviointiin ja hoidon suunnitteluun. Lähes kaikki vastaajat (90 %) olivat samaa mieltä RAI-arvioinnin tärkeydestä hoitosuunnitelman pohjaksi. Puolet (n=5) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle.

6.4 Reflektointi ja osaamisen kehittämisen haasteet kehittämishankkeen jälkeen

Arvioin RAI-osaamista kyselyllä, joka kehitettiin Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun kehittäminen -hankkeeseen. Kyselyn tarkoituksena edellä mainitussa hankkeessa ja tässä kehittämistyössä oli mitata hoitajan osaamista RAI-arvioinnissa ja tunnuslukujen käytössä hoitotyön suunnittelussa (Vähäkangas ym. 2012, 35). Aineiston analysointiin käytin SPSS -tilasto-ohjelmaa. Annoin kysymyslomakkeen kymmenelle hoitotyöntekijälle, jotka ovat osallistuneet RAI-arviointien tekemiseen tämän kehittämistyön aikana. Vastaaminen oli vapaaehtoista eikä vastaajien henkilötietoja kysytty. Lomakkeen saaneista kaikki vastasivat osaamiskartoitukseen. Kyselyn tulosten perusteella pohdin RAI-osaamisen kehittämisen lisätarvetta.

Kysymykset 1–3 käsittelivät RAI-arvioinnin merkityksen ymmärtämistä ja arvioinnin toteuttamista. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että he ymmärtävät RAI-arvioinnin merkityksen toimintakyvyn mittaamisessa. Toimintakyvyn mittaamisen merkitys korostuu silloin, kun ikäihminen ei selviä arjestaan ilman toisen ihmisen apua tai tällainen tilanne on odotettavissa (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011). Asiakkaan toimintakyvyn arviointiosaaminen on yksi hoitotyöntekijöiden osaamisvaatimuksista. Kyselyn perusteella arviointiosaamisen kehittäminen edelleen on erittäin tärkeää, koska puolet vastaajista oli sitä mieltä, että arviointiosaamisen taso ei ole vielä riittävä. Tähän mennessä yksittäinen työntekijä on tehnyt yhdestä kolmeen arviointia. Yhden arvioinnin perusteella arviointiosaaminen ja oppiminen ovat vielä sosialisaaion tasolla, jolloin kiinnostus osaamisen kehittämiseen herää.

Arvioinnin toteuttaminen mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja/tai omaisia on tärkeää asiakaslähtöisyyden toteuttamiseksi hoidon tarpeen määrittelyssä. Arviointi luo pohjan kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31). Pitkäaikaishoidon asiakasrakenne on kuitenkin usein sellainen, että haastatteleminen voi olla lähes mahdotonta sairauksien aiheuttamien toimintakykyvajaiden vuoksi. Tällöin omaisen merkitys tiedonantajana korostuu samoin kuin hoitotyöntekijöiden havainnot.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he ymmärtävät päivittäisen päätöksentekokyvyn tarkoittavan normaaleihin arjen toimintoihin liittyvää päätöksentekokykyä. Asukkaan osallistumista omaan hoitoonsa ja hoidon tavoitteiden asettamiseen pidetään tärkeänä, mutta käytännössä se toteutuu harvoin (Haapaniemi & Routasalo 2009, 35). Tämä tuli ilmi myös

tämän kyselyn perusteella, kysyttäessä asiakkaalle annettavista valinnan mahdollisuuksista RAI-arviointia tehdessä. Asukkaan kognitiivisten kykyjen heiketessä itsemääräämisoikeuden toteutumisen huomioiminen ja turvaaminen olisi kuitenkin tärkeää hoitotyön tavoitteisiin sitoutumisen kannalta (Vähäkangas ym. 2012, 69). Vain neljä vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että he keskustelevat aina asiakkaan kanssa hänen näkemyksistään oman toimintakyvyn paranemisen mahdollisuuksista mikäli asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa.

Kahdeksan kyselyyn osallistunutta oli sitä mieltä, että arvioidessaan asiakkaan mielialaa, he kuuntelevat asiakasta ja havainnoivat asiakkaan toimintaa, kysyen tarvittaessa myös omaisilta/läheisiltä. Psykkisen toimintakyvyn arvioinnissa on tunnistettava niitä merkityksiä, joilla ikääntynyt määrittää elämänsä tapahtumia sekä luonnehtii sosiaalisia suhteitaan. Iäkkään psyykkistä toimintakykyä rajoittavat sairaudet, kuten depressio, muistihäiriöt ja dementia. Psykkisen toimintakyvyn arvioinnissa olisi kiinnitettävä huomiota affektiivisiin ja depressiivisiin häiriöihin ja arvioida niitä merkityksiä, joilla ikääntynyt tulkitsee fyysisiä tuntemuksiaan ja vuorovaikutussuhteita. (Heimonen 2007, 16.)

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kipu arvioidaan sellaisena kuin se ilmenee asiakkaan kertomana tai hoitajan arvioimana riippumatta kipulääkkeen käytöstä. 90 % (n=9) vastaajista ymmärsi, mitä RAI-arvioinnista saatava Pain-mittariarvo tarkoittaa. Kivun ollessa tunnistettuna kohtalaiseksi ja päivittäiseksi, kivun lievitys tulee ottaa puheeksi lääkärin kanssa. Optimaalisen kivunhoidon tavoitteena on hyvä kivun lievitys mahdollisimman vähäisillä sivuvaikutuksilla. Iäkkään asukkaan kivunhoitoon vaikuttavat monet ikääntymisen aiheuttamat fysiologiset ja psyykkiset muutokset. Pitkäaikaishoidossa olevien, erityisesti muistihäiriöisten asukkaiden, kivun on todettu olevan alihoidettua. (Pesonen 2012, 156–157). Hoitamaton kipu voi vaikuttaa myös asukkaan käyttäytymiseen. Kivun havaitseminen on tärkeää ympärivuorokautisessa hoivassa, sillä varsinkin muistisairaiden ilmaisukyky on vaikeutunut. (Räsänen 2011, 83.)

Ravitsemuksen merkitys pitkäaikaishoidossa on ollut keskustelun aiheena jo pitkään. Hoitotyöntekijät osaavat varmistaa pituuden ja painon mittaamisen ja ymmärtävät, mitä BMI (Body Mass Index) – arvo tarkoittaa. Ravitsemuksen hoitoon on kiinnitetty viime aikoina yhä enemmän huomiota. Riittävällä ravitsemustilan seurannalla ja hoidolla on mahdollista ylläpitää iäkkään asukkaan ravitsemustilaa ja sen myötä toimintakykyä. Ruokailulla on myös ikäihmisen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. (Muurinen & Soini 2007, 13–14.) Iäkkäiden ravitsemushoidon järjestämisessä keskeisintä on moniammatillinen yhteistyö

hoitotyöntekijöiden ja ruokapalveluhenkilökunnan kesken. Hyvin suunnitellulla ravitsemushoidolla voidaan ylläpitää myös hyvää toimintakykyä, sillä ravitseminen ja ruokailu liittyvät kaikkiin toimintakyvyn ulottuvuuksiin. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 31; Räsänen 2011, 123.)

Lähes kaikki kyselyyn vastaajat ymmärsivät, että kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa huomioidaan vähäisetkin toimintakyvyn paranemisen mahdollisuudet joillain fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla. Hoitotyöntekijöiden on tärkeä panostaa fyysisen toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen. Ikääntyneen fyysisen kunnon heikkenemisen oireet, kuten kävelyvaikeudet, virtsan ja ulosteen pidätysvaikeudet, laihtuminen ja lihasmassan menettäminen vaikeuttavat jokapäiväisistä toiminnoista selviytymistä ja lisäävät avuntarvetta. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen vähentää usein myös kipuja, parantaen samalla mahdollisuutta aktiivisuutta ja elämänlaatua. (Räsänen 2011,84; Vähäkangas ym. 2012, 69–70.)

Kaikki vastaajat ilmoittivat ymmärtävänsä kuntoutumista edistävän toiminnan mittaamisen merkityksen, kuitenkin vain kaksi vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että he osaavat kirjata kuntoutumista edistävän toiminnan määrää. Kuntoutumista edistävän toiminnan määrä kuvataan arvolla 1–7 silloin, kun kuntoutumista edistävää hoitotyötä annetaan vähintään 15 minuuttia päivässä 1–7 päivänä viikossa. Kuntouttavan hoitotyön on täytettävä RAI-käsikirjassa mainitut ehdot. Kuntoutumista edistävän toiminnan määrä on 0, mikäli edellä mainitut ehdot eivät täyty. Mittarin arvo ei anna kuvaa asukkaan tilanteesta, vaan mittarin yhteydessä on tarkasteltava aina asukkaan kuntoutumisen mahdollisuudet kokonaisuudessaan. (Mittarikäsikirja 2012.)

Lähes kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että asukkaat eivät osallistu RAI-arviointiin ja hoidon suunnitteluun. Heinäkuussa 2013 voimaan astuva vanhuspalvelulaki (2012/980) korostaa asiakkaan osallisuutta hoidon tarpeisiin vastaamiseksi. Mikäli asiakkaan toimintakyky on heikentynyt niin, että hän ei kykene osallistumaan hoidon tarpeen määrittelyyn ja suunnitteluun, vaihtoehtoista on neuvoteltava tarvittaessa omaisten, läheisten tai edunvalvojan kanssa. Toisaalta on muistettava, että hyvin muistamattomien asukkaiden kohdalla kyky tehdä järkeviä valintoja on kyseenalaista. Järnströmin (2011, 257) mukaan vanhusten hoitaminen on kokonaisvaltaista, mutta ei vanhuksen omista näkemyksistä lähtevää. Hyvän kokeminen ei ole ensisijaisessa asemassa, vaan se, mikä määrittellään parhaaksi instituution ja olemassa olevien resurssien kannalta.

Yhdeksän (90%) vastaajaa on samaa mieltä RAI-arvoinnin tärkeydestä hoitosuunnitelman pohjaksi. Suunnitelman tavoitteena on sopia hoitotyön keinoista, joilla parannetaan tai ylläpidetään asukkaan itsenäistä toimintakykyä ja turvataan tarpeenmukainen hoito ja hoiva. Puolet (n=5) vastaajista oli myös samaa mieltä siitä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle. Alanaatu (2009) toteaa myös hoitotyön tavoitteellisuuden tärkeäksi. Kun asukkaan voimavarat kartoitetaan, saadaan hoitotyön tavoitteet vastaamaan asukkaan tarpeisiin. Hoidon ja hoivan lopputavoitteena ovat siis asukkaan hyvinvointi ja hyvä elämänlaatu (Räsänen 2011, 92).

6.5 Johtopäätökset

RAI-osaaminen on kehittynyt työyksiköissämme tämän kehittämistyön aikana. Työntekijöiden innostuneisuus ja sitoutuminen RAI-osaamisen kehittämiseen on ollut suuri voimavara tämän kehittämistyön eteenpäin viemisessä. RAI-mittareiden antamat tulokset vastaavat nyt asukkaan todellista toimintakykyä ja mittareiden antamia tunnuslukuja on vähitellen alettu käyttämään hoitosuunnitelmien pohjana. Muutosvastarintaa kehittämistyötä kohtaan ei juuri ole ollut, vaan kehittäminen on koettu tarpeelliseksi. RAI-arviointien tekoa ei koeta pelkäksi Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen vaatimiksi luvuiksi, vaan siitä saadaan todellista hyötyä arvioitaessa asukkaan toimintakykyä. Osaamisen kehittyessä RAI-arviointien tekeminen on muodostunut yhdeksi työvälineeksi asukkaan hoitotyön suunnittelussa.

Lähiesimiesten RAI-osaamisen kehittämiseen tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota, koska heidän osaamisensa tulee olla hoitotyöntekijöiden osaamisen tasoa syvällisempää. Lähiesimies toimii henkilöstön ja organisaation johdon välisenä lenkinä. Hänellä on vastuu käytännön toiminnan suunnittelusta, toteuttamisesta ja hoidon tulosten arvioinnista. Kun esimies suunnittelee toiminnan päämäärät yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa, hän mahdollistaa samalla hoitotyöntekijöiden osallistumisen ja sitoutumisen yhteiseen toimintaan. Lähiesimiehellä on keskeinen rooli tehokkaiden ja laadukkaiden palvelujen tuottamisessa, sillä hän toimii vaikuttajana työyksikön perustehtävään edistämällä strategioiden käytäntöön viemistä. (Vähäkangas & Noro 2009, 98–99.)

RAI-osaamisen kehittäminen on jatkuvaa ja tarpeellista kaikissa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollonkuntayhtymän RAI:ta käyttävissä toimintayksiköissä. Tämä näkyy muun muassa runsaina osanottajamäärinä RAI-koulutuksiin. Organisaatiotasolla RAI:n hyödyntämistä käyt-

tetään palvelujen tarpeen arvioinnissa sekä palvelujen ja resurssien tarkoituksenmukaisessa kohdentamisessa (Finne-Soveri 2009, 22; Strategiakartta [2013–2020] 2013). Pitkäaikaishoidon laatu, henkilöstömäärät ja hoitotyöntekijöiden jaksaminen ovat haasteena myös johtamisen kehittämiseksi (Vähäkangas & Noro 2009, 97–98). Tämän vuoksi RAI-osaamisen merkitys korostuu entisestään.

Kehittämistyöstä saatujen tulosten mukaan RAI-osaamisen ja kuntouttavan hoitotyön kehittämisen edistämiseksi jatkossa on tärkeä kiinnittää huomiota seuraaviin osa-alueisiin:

Hoitotyöntekijät

- RAI-koulutus kaikille hoitotyöntekijöille RAI-arviointien luotettavuuden takaamiseksi
- RAI-mittareiden tulosten hyödyntäminen asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Esimies

- Esimiehen RAI-osaamisen kehittäminen, sillä hänen on hallittava RAI-järjestelmän käyttö syvällisemmin kuin hoitotyöntekijät.
- Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisen mahdollistaminen yhteistyöllä ja aikaresursseilla.

7 POHDINTA

Kainuun sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän vanhuspalvelujen tehtävänä on tarjota hyvää ja turvallista, asiakaslähtöistä pitkäaikaishoitoa. Asiakaslähtöisen hoidon mahdollistaa asiakkaan toimintakykyä ylläpitävä ja kuntoutumista edistävä hoito, joka perustuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin, joita kartoitetaan eri menetelmillä.

Kuntoutumista edistävän työyksikön ominaispiirteitä ovat työyhteisön toimivuus, toimintaympäristö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toimivan työyhteisön perustana ovat kuntoutumista edistävä toimintakulttuuri, innostunut ilmapiiri, toiminnan yhteiset päämäärät sekä henkilöstön osaaminen ja sitoutuminen. Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana pidetään asukkaan toimintakykyä, sen arviointia ja jäljellä olevien voimavarojen tukemista. Lähijohtamisessa korostuvat mahdollisuuksien näkeminen, avoin kommunikaatio sekä henkilöstön oppimisen tukeminen ja arvostus. Toiminnan suunnittelun ja organisoimisen merkitys on keskeistä yhteisten toiminta- ja hoitolinjausten luomisessa ja kokonaisuuden hahmotamisessa. Esimiehen oma esimerkki tukee yhteisten, sovittujen toimintamallien toteuttamista. (Vähäkangas 2010, 84–85.)

RAI-järjestelmä perustuu asukkaan tarpeiden monipuoliseen arviointiin, joka on perustana asiakaslähtöisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa kuntouttavan hoitotyön tukemiseksi. Johtamisen haasteena on sitouttaa ja motivoida työntekijät RAI-arviointien tekemiseen. RAI-mittareiden hyödyntäminen - koulutuksessa 11.10.2012 käytiin läpi oman yksikön arviointeja. Mittareiden tuloksissa nousi esille seikkoja, joista kävi ilmi, että arviointeja on tehty virheellisesti, esimerkiksi hoitajien antama päivittäisen kuntouttavan hoitotyön määrä arvioitiin liian suureksi. Käytännössä kuntouttavan hoitotyön arviointikriteereihin (hoitajan antama kuntouttava hoitotyö, kohta P3) luokiteltavaa hoitotyötä on vähän. Hoitajan antamaksi kuntoutukseksi ja ylläpitohoidoksi luokitellaan passiivinen ja aktiivinen liikehoito, avustaminen lastan tai tuen käytössä, vuoteessa liikkuminen ja siirtyminen, käveleminen, pukeutuminen tai siistiytyminen, syöminen tai nieleminen, amputaatio/proteesin hoito, kommunikaatio sekä muu hoitajan antama hoito. Hoitomuotoa tulee antaa 15 minuutin ajan tai kauemmin päivää kohti ja hoidon tulee olla suunnitelmallista. Ohjeena voidaan pitää: ”asukas tekee – hoitaja ohjaa” – mallia. (Minimum Data Set, 2012.) Kuntouttava hoitotyö ei kuitenkaan ole pelkästään RAI-arviointikriteereillä arvioitavaa hoitajan antamaa kuntoutusta. Kuntouttava hoitotyö pitkäaikaishoidossa perustuu asukkaan senhetkiseen toimintakykyyn suh-

teutettua hoitotyötä, mikä on toimintakykyä edistävää tai ylläpitävää, mutta myös ongelmia, kuten painehaavaumia, ehkäisevää hoitotyötä.

Kehittämistyön toteutus käytännössä onnistui vaihtelevasti. Sain alkukartoituksella tietoa RAI-arviointien tekemisen haasteista ja ongelmista, mitä tällä projektilla lähdettiin kehittämään. Tarkoitus oli järjestää syksyn 2012 aikana sisäinen koulutus ja aloittaa ohjatut arviointien tekemiset. Kuntayhtymän säästötoimien vuoksi henkilöstön oli pidettävä suurin osa talvikauden 2012–2013 vuosilomista syksyn aikana. Tämä esti suunnitellut koulutukset, koska vakituisia hoitotyöntekijöitä oli lomalla useita yhtä aikaa. Varsinainen koulutus ja arviointien suunnitelmallinen, ohjattu tekeminen aloitettiin tammikuussa 2013. Arviointeja tehtiin kevään aikana lähes viikoittain.

Työpaikalla järjestetty koulutus ja vieriohjaus koettiin hyväksi keinoiksi osaamisen kehittämiseksi. Lammintakasen (2011, 251) mukaan ulkopuolisen koulutuksen anti voi siirtyä huonosti työyhteisön toimintaan. Kokemuksellisen ja hiljaisen tiedon siirtäminen työyhteisön sisäisessä, vuorovaikutuksellisessa ja yhteistoiminnallisessa muodossa voi olla tehokkaampi oppimisen keino kuin lyhyet ulkopuoliset koulutukset. Osaamisen kehittyminen luo työntekijälle onnistumisen kokemuksia, mikä vahvistaa sekä työhyvinvointia että työn merkityksellisyyttä.

Loppuraportti on kuvaus siitä, kuinka kehittämistyö on kokonaisuudessaan edennyt. Opin näytetyön tekemiseen kuului kirjoitussuunnitelman tekeminen (Liite 2). Kirjoitussuunnitelman tekeminen oli haasteellista ja sen hyödyntäminen jäi minulle hieman vieraaksi. Tämän kehittämistyön aikana ei tapahtunut yhteiskirjoittamista. Työelämässä yhteiskirjoittaminen on vielä uusi ja vieras asia. Koko työyhteisöä kehitettäessä yhteiskirjoittamisen olisi hyvä asia, sillä siten koko työyhteisö saataisiin sitoutumaan tiiviimmin kehittämistyöhön ja kehittämistyön näkyvyyttä lisättäisiin.

Oman asiantuntijuuteni on kehittynyt paitsi kehittämishankkeen, mutta myös koko kaksivuotisen sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutuksen aikana. Koulutus on antanut vankan tietopohjan esimiestyön perustaksi ja kehittämistyössä on ollut mahdollista hyödyntää näitä tietoja. Olen perehtynyt RAI-järjestelmään laitoshoidon osalta sekä koulutuksissa että hakemalla aktiivisesti lisää tietoa arviointien tekemisestä ja hyödyntämisestä. Tästä on ollut merkittävä hyöty koulutuksen ja vieriohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tiedonhankintataidot ja kyky soveltaa saatua tietoa kriittisesti ovat kehittyneet sekä koko koulutuksen että kehittämistehtävän edetessä. Ylemmän AMK-tutkinnon osaamiskuvauksessa sanotaan, että opiskelija kykenee ottamaan vastuuta yhteisön tavoitteellisesta oppimisesta (Arene 2010). Tämän kehittämistyön myötä vastuunotto- ja johtamiskykyä työelämän kehittämisessä pienimuotoisessa hankkeessa ovat kehittyneet, samoin innovaatio-osaamiseni on kehittynyt sekä projektityöskentelyn että uusien toimintatapojen kehittämisen myötä.

Kehittämistyö toteutettiin pienimuotoisena projektina, jonka avulla pyrittiin luomaan uutta, parempaa toimintaa. Projektimaisuus näkyi suunnitelmallisena toimintana ennalta laaditun aikataulun mukaisesti. Muutin aikataulua (Liite 9.) jonkin verran syksyn 2012 henkilökuntatilanteen vuoksi. Kehittämistyölle nimettiin projektiryhmä, mutta tämän lisäksi kehittämistyöhön osallistuivat kaikki RAI-arvioiteja tekevät hoitotyöntekijät. Vuorotyöstä johtuen projektiryhmän tiiviimmät tapaamiset olivat vaikeita järjestää.

Sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK:n kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma oli haasteellinen suoritus työn ohessa. Opiskelu mahdollistui osittain lyhennetyin työajan ansios- ta, jota tein muutaman kuukauden ajan sekä ensimmäisenä että toisena lukukautena. Pääosa opiskelusta ja kehittämistyöstä tapahtui kuitenkin omalla vapaa-ajalla.

Osaamisen johtaminen tässä kehittämistyössä vaati sekä työnjohdollisia että strategisia ratkaisuja. Työnjohdolliset ratkaisut koskivat ajankäytön mahdollistamista työntekijöille sekä koulutusta että arviointien tekemistä varten. Strategiset ratkaisut näkyivät kehittämistyön kokonaisuuden pohdinnassa kohti kuntouttavan hoitotyön kehittämistä. Vanhuspalvelujen strategisiin arvoihin peilaten asiakaslähtöisyyden korostaminen on lisääntynyt, koska RAI-arvioinnit tehdään perehtymällä huolellisemmin asukkaan toimintakykyyn ja voimavaroihin.

Osaamisen johtaminen on mukaillut valmentavaa johtamistapaa, joka on vuorovaikutusta arjessa auttaen työntekijöitä tai kollegoja kehittymään ja kehittämään itseään ja osaamistaan kehittämällä samalla koko organisaatiota (Viitala 2002, 172–173). Esimiehen roolina osaamisen kehittämisessä on olla aktiivinen ja kannustava, sillä esimies vaikuttaa omalla esimerkillään ja työntekijöiden osallistamisella muutoksen toteutumiseen. Työyhteisön tila ennen kehittämistyötä vaikuttaa muutosvastarintaan ja kehittämisen toteuttamisen haasteisiin ja mahdollisuuksiin.

Työelämä vaatii valmiuksia jatkuvaan oppimiseen. Osaamisen johtaminen edellyttää esimieheltä työyhteisön jäsenten osaamisen tunnistamista ja osaamisen kehittämisen suunnittelua.

RAI:n käytön osaaminen lähtee jo työntekijän perehdytyksestä. RAI-osaamisen tunnistamisen yhtenä keinona voi olla osaamisen arviointi yhtenä kehityskeskustelun osa-alueena, jossa käsitellään työntekijän henkilökohtainen osaaminen ja sen kehittämissuunnitelma. Kuntouttavan hoitotyön toimintojen sisäistäminen ja hallitseminen on prosessi, johon kehitytään vähitellen. Vähäkankaan ym. (2012, 71) mukaan pitkäaikaishoidossa kuntouttavan työtteen toimintamalli vaatii systemaattista ja tavoitteellista työtä, joka vaatii esimieheltä kliinistä osaamista, vahvaa RAI-osaamista sekä henkilöstön ja oman osaamisen tiedostamista. Osaamisen johtamisessa painottuu hoitotyöntekijöiden tukeminen kuntoutumismahdollisuuksien tunnistamisessa ja sitouttaminen kuntoutumista edistävän toimintamallin toteuttamiseen.

8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

8.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyttä tarkastellaan jo kehittämistehtävän aihetta valitessa, sillä tutkimusaihe ja -ongelma eivät saa loukata ketään. Erityisesti tämä tulee huomioida silloin, kun tutkimuksen kohteena on henkilöitä, jotka eivät kykene ilmaisemaan itseään, eivät ymmärrä tutkimuksen tarkoitusta tai ovat niin sanottuja haavoittuvia ryhmiä, kuten esimerkiksi pienet lapset tai dementoituneet. Kehittämistehtävän aiheen valinnassa on oltava selvillä siitä, mihin tarkoitukseen tutkimusta tarvitaan. (Leino-Kilpi 2008a, 365.)

Aiheen valinta oli merkityksellinen RAI-osaamisen kehittämisen kannalta kohti kuntouttavaa hoitotyötä. Ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa asukkaiden riippuvuus hoitotyöntekijöistä on suuri, mutta vaihteleva. Hoivaosastolla ja Emmakodissa kaikki asukkaat tarvitsevat apua päivittäisistä toiminnoista selviämiseen ja suurin osa asukkaista on täysin riippuvaisia hoitotyöntekijöiden toiminnasta. Hoitotyön lähtökohtana on tukea asukkaan yksilöllisiä voimavaroja, pyrkiä säilyttämään jäljellä olevia voimavaroja ja kuntouttaa jo vähentyneitä voimia. Hoitotyön eettisyys näkyy asukkaan ruokailussa, liikkumisessa, pukeutumisessa, hygienian hoidossa, levossa ja lääkehoidossa. Eettiset ongelmat koskettavat pääosin asukkaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä sekä eheyden kokemusta, joita voidaan helposti loukata pitkäaikaishoidossa. (Leino-Kilpi 2008b, 283–284.) Hoitotyön perustehtävä on kuitenkin kaikille sama: päivittäisen toimintakyvyn tukeminen ja terveysvoimavarojen vahvistaminen (Leino-Kilpi 2008b, 295).

Kehittämistyöhön liittyy tutkimuksellinen näkökulma, jota ohjaavat hyvän tieteellisen käytännön ohjeet ja säännöt. Tutkimusetiikan lähtökohtien mukaisesti olen noudattanut rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä aineiston keräämisessä, tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Olen tehnyt lähdemerkinnät huolellisesti, kunnioittaen muiden tutkijoiden saavutuksia asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen suunnittelu, raportointi ja julkaisu ovat myös tapahtuneet tieteellisen tiedon vaatimusten mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimusaineiston kerääminen tapahtui omassa työyksikössä. Aineiston hankkimisesta kerrottiin etukäteen ja tietojen antaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Aineistot ovat vain tutki-

jan käytössä ja ne hävitetään asianmukaisella tavalla kehittämistyön päätyttyä. Kenenkään henkilöllisyyttä ei paljastettu tutkimusta raportoitaessa eikä kehittämistyöhön lainatuista tiedonannoista pystytä tunnistamaan tiedonantajaa. Tutkittavat aineistot olivat pieniä, koska mukana oli vain kahden pienen työyksikön hoitotyöntekijöitä. Tämä heikentää mahdollisesti tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. (Leino-Kilpi 2008a, 366–367.) Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tekemään tilastollisia yleistyksiä, vaan niissä pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. Tällöin on tärkeää, että tutkittavat henkilöt tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.) Tuloksia ei voida yleistää RAI-arviointien tekemiseen osallistumattomiin tai muiden työyksiköjen työntekijöihin, koska tutkijana olin kiinnostunut vain tähän kehittämistyöhön osallistuneiden kokemuksista RAI-osaamisen kehittämiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80).

Kehittämistehtävän arviointi parantaa ja kehittää kehittämistehtävän laatua. Arviointi tapahtui refleктоitaessa tutkimustehtäviin saatuja vastauksia. Kehittämistehtävää voidaan arvioida tarkastelemalla siitä saatuja tuloksia jonkin ajan kuluttua varsinaisen kehittämistyön päättymisestä, koska varsinaiset tulokset tulevat näkyviin myöhemmin. RAI-osaamisen kehittymistä voidaan arvioida esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta saatavien puolivuotisraporttien perusteella. Osaamisen kehittymistä voidaan arvioida myös lyhyemmällä aikavälillä, muun muassa kehityskeskusteluissa ja tarkastelemalla osastojen RAI-mittariyhteenvedoja. Osaamisen kehittämisen eettisyys nousee hoitotyöntekijöiden tasokkaasta toiminnasta ja ammattitaidon arvostamisesta. Hoitotyöntekijöillä on velvollisuus pitää yllä ja kehittää ammattitaitoaan ja osallistua täydennyskoulutukseen (Välimäki 2008, 175).

Kehittämistyön luotettavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomio ensin siihen, miten tutkimusote on toiminut (Anttila 2007, 146). Mäntylän (2007, 53–54) mukaan luotettavuutta tarkasteltaessa on tärkeä arvioida, onko toiminnan ja tutkimuksen avulla hankittu tietoja ja taitoja, jotta tutkimuksen kohteina olleita tilanteita pystytään hallitsemaan aikaisempaa paremmin. Metodologiana toimintatutkimus sopi mielestäni hyvin tällaiseen kehittämistyöhön, joka tapahtui työyhteisön sisällä. Toimintatutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, että tutkijan omat havainnot ja kokemukset heijastetaan muiden vastaavia kokemuksia omaavien näkemyksiin (Anttila 2006, 446).

Kehittämistyö eteni toimintatutkimuksen mukaisesti sykleittäin, sykleihin tehtyjen interventioiden avulla. Aineistoa hankittiin erilaisilla menetelmillä, mikä lisäsi työn luotettavuutta. Olen

raportoinut tutkimuksen sykleittäin, joissa näkyy työn eteneminen johdonmukaisesti kehittämiskohteen ongelmasta ongelman ratkaisuvaihtoehtoihin saakka. Alkukartoituksessa esille tulleisiin RAI-arvioinnin tekemisen haasteisiin ja ongelmiin saatiin kehitettyä toimivia ratkaisumalleja, joiden hyödyntämistä jatketaan edelleen.

Käytin kolmannessa syklissä aineiston keräämiseen valmista kyselylomaketta, joka oli kehitetty Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen – hankkeeseen. Kyselylomake oli rakenteeltaan selkeä ja loogisesti etenevä. Kysymykset käsittelivät RAI-arviointia niiltä osin, joista asiakaskohtainen toimintakyvyn yhteenveto koostuu. Kyselylomakkeen luotettavuutta voi heikentää lomakkeen kysymysten väärinymmärtäminen sekä se, että vastaajien on otettava kantaa asioihin, joista heillä ei välttämättä ole vielä riittävästi näkemystä. (Valli 2001, 105.) Kyselyn luotettavuutta heikentää se, että lomakkeen teoriaperusta jäi minulle tutkijana epäselväksi, sillä lomakkeen teoriaperustaa ei ollut kuvattu hankkeen loppuraporttina julkaisussa kirjassa. Vähäkankaan (2013) tiedonannon mukaan kyselylomake laadittiin RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaamisen kriteereiden mukaan hankkeeseen osallistuneiden lähesimpien toimien toimesta.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden edellytyksiä ovat osaaminen ja havaintokyky. Tutkittavaa kohdetta on pystyttävä arvioimaan ja perustelemaan ja kehittämistä ja muutoksista on neuvoteltava muiden kanssa. (Anttila 2006, 446.) Vahvan RAI-osaamiseni takia minun oli helppo arvioida ja perustella tehtyjä RAI-arviointeja ja niiden luotettavuutta ja vakuuttaa sillä hoitotyöntekijöille arviointien merkityksellisyyttä. Myös muutosta arviointien tekemisessä yksintyöskentelystä parityöskentelyyn siirtymiseen perustelin arviointien luotettavuuden näkökulmalla.

Reflektiivisyys on toimintatutkimuksen peruskäsite. Oma roolin ja oman identiteetin rakentaminen tutkimuksen rinnalla on tärkeä reflektoida, sillä refleктоiva tutkija pyrkii tiedostamaan oman tietämisensä rajat. Uuden kehittäminen perustuu aikaisemman toiminnan reflektointiin. Reflektointi käynnistää seuraavan tutkimussyklin, kun arvioidun toiminnan pohjalta suunnitellaan uusia toiminta- tai tutkimustapoja. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 156.)

Tutkimuksen luotettavuutta perustellaan myös validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetilla eli tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä saada selville tutkimuksen tarkoitus. Toimintatutkimuksessa validiteetti merkitsee sitä, että se liittyy sekä tiedon tarvisijaan, sen hankkijaan että tiedon lähteeseen. Validiteetin ar-

vioinnilla kohdistetaan huomio kysymykseen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastasivat tutkittavaa ilmiötä. (Anttila 2006, 445, 511–513.) 6-3-5 -menetelmä sopi hyvin RAI-arviointien tekemisen haasteiden/ongelmien kartoittamiseen. Toisen syklin menetelminä toimivat käytäväkeskustelut ja palautevihon täyttäminen, joka tiivistyi hoitotyöntekijöiden antamiin kirjallisiin palautteisiin. Kolmannessa syklissä käytetty kyselylomake täydensi menetelmien monipuolisuutta.

Reliabiliteetin käsite kuuluu yleensä kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa määrällistä tutkimusta edustaa kolmannessa syklissä käytetty kyselylomake. Reliabiliteetilla eli mittarin luotettavuudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja käytetyn mittarin kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. (Anttila 2006, 515). Kyselylomakkeen toistettavuus on mahdollista, koska kyselyä on käytetty samassa muodossa aiemmin (vrt. Vähäkangas ym. 2012, 36).

8.2 Hyödynnettävyys

Kehittämishankkeilta odotetaan tuloksia, jotka ovat hyödynnettävissä työelämässä sekä siirrettävissä muihin vastaaviin hankkeisiin. RAI-järjestelmä on yksi osa ikäihmisten palveluntarpeen arviointia. RAI-arviointijärjestelmän käyttämisen osaaminen on peruslähtökohta sille, että arvioinnit osataan tehdä oikein, jotta niistä saatavat tulokset ovat luotettavia. Luotettavat tulokset antavat monipuolisen kuvan asukkaiden toimintakyvystä, jota voidaan ylläpitää tai parantaa kuntouttavan hoitotyön keinoin. RAI-arvioinnin tulokset ohjaavat hoitotyöntekijöitä keinojen ja menetelmien valinnassa asukkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tästä kehittämistyöstä saatu tieto hyödyntää työelämää myös siten, että hankkeessa hyväksi koettuja menetelmiä (esimerkiksi parityöskentely, RAI-arviointiin varattu aika työvuorosuunnitelmasa ja malliarviointi) voidaan käyttää muissakin työyksiköissä.

Tuleva vanhuspalvelulaki 980/2012, joka astuu voimaan heinäkuussa 2013, edellyttää iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveysongelmien tunnistamista ja niiden tukemista. Iäkkäiden palveluntarve tulee perustua arviointiin, jossa korostetaan toimintakyvyn ja terveydentilan selvittämisen kattavuutta, moniammatillista asiantuntijuutta sekä huolellisesti valittujen mittareiden käyttöä. RAI-arviointijärjestelmä on valmis mittaristo kokonaisuvaltaisen toimintakyvyn arviointiin. RAI-järjestelmä antaa myös välineitä henkilös-

tövoimavarojen kohdentamiseen sekä laadun ja kustannusten seurantaan ja ohjaamiseen (Finne-Soveri ym. 2009, 21).

8.3 Jatkotutkimuksen aiheita

Yksi jatkotutkimusaihe tämän kehittämistyön jälkeen olisi selvittää RAI-pohjaisten hoito- ja palvelusuunnitelmien laadukkuutta ja toiminnallisuutta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä tavoitteenamme on RAI-pohjaiset hoito- ja palvelusuunnitelmat kaikille asukkaille vuoden 2013 loppuun mennessä.

Toinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää lähiesimiesten RAI-osaamista. Esimiehen tulee hallita RAI-järjestelmä kokonaisvaltaisemmin kuin työntekijät kyetäkseen takaamaan RAI-arviointien laadukkuus ja RAI:n hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa ja kehittämisessä.

RAI-järjestelmä ei ole pelkkä hoidon suunnittelun väline, vaan se on myös johtajuuden väline. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia hoitotyön johtajien kokemuksia RAI:n hyödynnettävyydestä esimiestehtävissä ja RAI-järjestelmän avulla tuotetun vertailutiedon hyödyntämistä osaston toiminnassa ja esimiestyössä.

LÄHTEET

Alanaatu, S. 2009. Ihminen ensin. Vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittäminen. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Ikääntyvien ja pitkäaikaispotilaiden hoito.

Ammattikorkeakoululaki 351/2003. Viitattu 21.2.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Artefakta 16. Akatiimi Oy, Hamina.

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

Anttila, P. 2008. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? Ammattikorkeakoulujen Opinnäytetyö ja ohjaus – seminaari 2008. Viitattu 10.2.2013. <http://www.chydenius.fi/pdf/anttilan-kalvot>.

Arene, 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Viitattu 15.4.2013. http://www.haaga-helia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex_html/ARENEn_suositus.pdf

Eraut, M. 2007a. Early career learning at work and its implications for universities, in: Entwistle, N. & Tomlinson, P. (Eds). Student Learning and University Teaching. Leicester, British Psychological Society. Viitattu 22.3.2013.

http://www.tlrp.org/dspace/retrieve/3476/Michael_Eraut.pdf.

Eraut, M. 2007b. Professional Knowledge and Learning at Work. University of Sussex. UK. Viitattu 22.3.2013. <http://www.tlrp.org/dspace/retrieve/3481/Eraut+KWS+paper.pdf>.

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. 2005. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & Vähäkangas, P (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, 22–26.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Kiviniemi, K., Heikkilä, R., Björkgren, M., Vähäkangas, P., Tuomola, P. & Peiponen, A. 2009. RAI suuntaa kohti vanhuspalvelujen tuotteistamista ja integraatiota. Artikkelit Premissi 6/2009. 20–23.

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 29.4.2013.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositu_s_S004_110609.pdf

Grönfors, M. 2001. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Gummerus kirjapaino oy, Jyväskylä, 124–141.

Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 2009, 21 (1), 34–44.

Heikkinen, L.T. H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H.L.T Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint. Direct Oy. Helsinki, 16–37.

Heikkinen, L.T.H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H.L.T Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint. Direct Oy. Helsinki, 78–93.

Heikkinen, L.T. H & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H.L.T Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint. Direct Oy. Helsinki, 144–162.

Heimonen, S. 2007. Artikkelit julkaisussa P. Pohjolainen, A. Sarvimäki & I. Syren (toim.) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. *Oraita* 3/2007. 13–19. Viitattu 24.3.2013. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/153>.

Helakorpi, S. 2004. Mentorointi ja hiljainen tieto. Tausta-artikkeli mentorin asiantuntijuuteen ja sen arviointiin. Viitattu 20.2.2013.

<http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/Osaamismittarit/Mentorointi.pdf>

- Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Acta Universitatis Tamperensis 1382. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere 2009.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Isopahkala-Bouret, U. 2010 Teoksessa: Näkökulmia ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottamaan osaamiseen sosiaali- ja terveysalalla. Rantanen, T. & Isopahkala-Bouret, U. (toim.). Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, 10 p. (Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A; 71), 27–36.
- Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni?”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1097.
- Kaistila, M. 2313. Hyvä esimiestyö. Viitattu 13.2.2013.
[http://www.ttk.fi/julkaisut/hyva_esimiestyo_\(vain_pdf\)\(25034\).1284.shtml](http://www.ttk.fi/julkaisut/hyva_esimiestyo_(vain_pdf)(25034).1284.shtml)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kopijyvä, Kuopio.
- Koivuniemi, S. & Laaksonen-Heikkilä, R. 2006. Toimivan mentorointimallin kuvaus. Teoksessa Laaksonen-Heikkilä, R., Heikkinen, K., Koivuniemi, S. & Rajala, A. (toim.) Kokeilusta toimivaksi mentorointimalliksi – raportti terveysalan opetuksen kehittämistä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 44, Turku.
- Laaksonen, H., Niskala, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Laitoshoito. 2011. Viitattu 20.3.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito

- Lambert, P. & Vanhanen-Nuutinen, L., 2011. Hankekirjoittaminen opinnäytetyössä ja kehittämis-hankkeissa – Ohjeistus opiskelijoille. Viitattu 2.9.2012. http://www.haaga-helia.fi/fi/aokk/tki/tki-litteet/Hankekirjoittaminen_ohjeistus_opiskelijalle.pdf
- Lammintakanen, J. 2011. Henkilöstö voimavarana – osaamisen johtamisen haasteena. Artikkeliteoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.): Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. 2008a. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki, 360–377.
- Leino-Kilpi, H. 2008b. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki, 277–307.
- Lindholm, A. 2007. Toiminta, tutkimus ja toimintatutkimus humanistisen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Opinnäytetyö. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.3.2013. http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaissupalvlut/Kirjat/opetus_ohjaus_ja_osaaminen/Toiminta_tutkimus_ja_toimintatutkimus.pdf
- Lindman, K., Finne-Soveri, H., Salo, S., Konttinen, M., Voutilainen, P. & Noro, A. 2007. Vertailemalla yhteistyötä. Matkakertomus ja pilottitutkimus Sendaista. Stakes, työpapereita 5/2007. Helsinki.
- Luoma, M. 2007. Katsaus ikääntyvien laitoshoidon ajankohtaisiin asioihin. Teoksessa H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen (toim.): Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 19/2007.
- Muurinen, H. & Soini, H. 2007. Ravitsemus. Teoksessa H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen (toim.): Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 19/2007.
- Mönkkönen, K. & Roos, S. 2010. Työyhteisötaidot. Unipress. Kuopio.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001. Rai-järjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Viitattu 22.3.2012. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/443D365E-9096-49D9-A499-3199BACE026D/0/Aiheita172001.pdf>.

Noro, A. 2005. Vertailukehittämishanke. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, 27–34.

Nykänen, P. (toim.) & Junttila, K. (toim.). 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2012.

Oikarinen, T. & Pihkala, T. 2010. Monenlaista osaamisen johtamista. Artikkeliteoksessa T-P. Uotila (toim.). Ikkunoita osaamisen johtamisen systemiseen kokonaisuuteen. Vaasan yliopiston julkaisu. Tutkimuksia 293, liiketaloustiede 106, johtaminen ja organisaatiot, 48–73.

Pesonen, A. 2012. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Artikkeliteoksessa Finnanest 2012; 45 (2).

Pohjolainen, P. 2007. Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen vanhuudessa. Artikkeliteoksessa P. Pohjolainen, A. Sarvimäki & I. Syren (toim.) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Oraita 3/2007. 7-12. Viitattu 24.3.2013. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/153>.

Portillo, M.C. 2008. Understanding the practical and theoretical development of social rehabilitation through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 234–245.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö.

RAI-osaaminen. 2013. Viitattu 10.4.2013.

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

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita Prima Oy, Helsinki.

- Ristolainen, M. 2007. RAI-tulosten hyödyntäminen terveyskeskuksen sairaalassa. Artikkeliteoksessa T. Itkonen, K. Lindman, H. Corin & A. Noro (toim.). Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. STAKES, 14–16.
- Rovio, E. & Tunkkari-Eskelinen, M. 2010. Työnohjaus ja mentorointi keskusteleavan organisaation toiminnan kehittämisessä. Artikkeliteoksessa Juuti, P. & Rovio, E. (toim.). Keskusteleva johtaminen. Otavan Kirjapaino Oy, 118–131.
- Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa, suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki. Talentum Media Oy.
- Ruuska, K. 2006. Terveystenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Talentum, Helsinki.
- Räsänen, H. 2005. Henkilökunnan kokemuksia hoidon seurantajärjestelmän (RAI) käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Pro gradu-tutkielma. Terveyshallintotiede. Terveystenhuollon ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 210.
- SAS-toiminta. 2012. Viitattu 23.10.2012. http://maakunta.kainuu.fi/sas_toiminta
- Schröer, B., Kain, A. & Lindemann, U. 2010. International design conference – design 2010. Dubrovnik – Croatia, May 17 – 20, 2010. Viitattu 25.8.2012. <http://www.pe.mw.tum.de/forschung/publikationen/publikationen/pdfs/SchrerKainLindemann2010.pdf>
- Simonen, M. 2007. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin menetelmät. Teoksessa P. Pohjolainen, A. Sarvimäki & I. Syren (toim.) Toimintakyky ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Oraita 3/2007. 20–23. Viitattu 24.3.2013. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/153>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:8. Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Viitattu 21.2.2012. www.finlex.fi

SOTKANet, 2012. Viitattu 9.10.2012. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla. Helsinki: Tammi.

Sydänmaalakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki, Talemum. Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 10.2.2013.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf

Törrönen, J. 2002. Tieteellisen tekstin rakenne. Teoksessa M. Kinnunen & O. Löytty. Tieteellinen kirjoittaminen. Tampere. Vastapaino, 29–48.

Valli, R. 2001. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Vanhuspalvelulaki. 980/2012. Viitattu 18.4.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ohjelmisto, 2012. Viitattu 27.7.2012.

<http://www.raisoft.com/index.php?p=285>

Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Väitöskirja. No 109. Universitas Waasensis. Vaasa. Viitattu 4.3.2012. http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_951-683-987-8.pdf.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes. 38–42.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakyky mittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. STAKES. Viitattu 9.10.2012.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1>

Vähäkangas, P. & Björkgren M. 2005. Käyttöönottokoulutus. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES, 35–38.

Vähäkangas, P. & Kalliokoski, P. 2005. Aukkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen – Esimerkkinä Vaiho-osasto. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES, 157–165.

Vähäkangas, P. 2008. RAI-käyttöönotto – Johdatusta esimiehille. Luento 9.1.2008.

Vähäkangas, P., Noro, A & Finne-Soveri, H. 2008. Daily rehabilitation nursing increases the nursing time spent on residents. Lehdessä *International Journal of Nursing Practice* 2008; 14, 157–164.

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. *Hoitotiede* 2009, 21 (2), 97–108.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, terveyshallintotiede, Oulun yliopisto; terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Acta universitatis Ouluensis D Medica* 1060. Viitattu 18.7.2012.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

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

Välimäki, M. 2008. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. 165–180.

Julkaisemattomat lähteet:

Leinonen, R. 2012. Tutkimus- ja kehittämistyön kirjoittaminen, luentomateriaali. 1.2.2012.

Minimum Data Set, 2012. Laitoshoidossa olevan asiakkaan arviointia ja hoidon tarpeen kartoitusta varten. Versio 2.0.

Mittarikäsikirja, 2012. Laitoshoidon RAI. Mittarikäsikirja.

RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi, 2012. RAI-mittareiden hyödyntäminen johtamisessa, C3-osio. Koulutus 11.10.2012.

RAI-Avainosaajakoulutus, 2012. Laitos- ja kotihoito.

Strategiakartta [2013–2020] 2013. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Vähäkangas, P. 2013. Henkilökohtainen sähköposti. Tulostettu 15.4.2013.

LIITTEET:

Liite 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä

Liite 2. Hankkeen kirjoitussuunnitelma

Liite 3. 6-3-5 – aineisto alkuperäisenä

Liite 4. 6-3-5 menetelmän sisällönanalyysi ongelmista

Liite 5. 6-3-5 menetelmällä löydettyjen ratkaisujen analyysi

Liite 6. Rai-koulutus

Liite 7. Rai-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi

Liite 8. Rai-osaamisen arviointi – lomake

Liite 9. Aikataulusuunnitelma

Aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä

<p>Vähäkangas Pia. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. D1060. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, terveyshallintotiede, Oulun yliopisto; terveyden ja hyvinvoinnin laitos.</p>	<p>Tarkoituksena analysoida kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää, kohdentumista ja sen yhteyttä hoidon laadun tuloksiin. Tarkoituksena kuvata kuntoutumista edistävien osastojen tunnuspiirteitä ja lähijohtamisen menetelmiä pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tulokset: hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta kohdistui niihin asiakkaisiin, joilla oli keskivaikeasti alentunut fyysinen toimintakyky ja kognitio. Osastotason tarkastelussa päivittäinen kuntoutumista edistävä toiminta oli yhteydessä hoidon laadun tuloksiin, sillä se vähensi vuodepotilaiden määrää ja lisäsi asiakkaiden sosiaalista osallistumista. Lähijohtamisen menetelminä mahdollisuuksien näkeminen, linjassa pitäminen, mieleen palauttaminen, avoin kommunikointi sekä hoitajien osaamisen tukeminen ja arvostaminen. Tutkimuksessa kehitetty kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrän mittaamiseen tarkoitettu mittari osoittautui käyttökelpoiseksi.</p>
<p>Räsänen Helena. 2005. Pro gradu. Terveystieteiden laitos, Kuopion yliopisto.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata vanhusten pitkäaikais- hoidossa työskentelevien hoitajien ja lähijohtajien kokemuksia RAI-järjestelmän käyt- tävyydestä potilaan hoidossa, johtamisessa ja yhteistyössä osastoilla. Tulokset: hoitohenki- lökunnan tietotekniikka- ja RAI- järjestelmäosaaminen on suurimmalla osalla huonoa. Toisaalta RAI:ta kannustetaan käyt- tämään ja siitä saatava hyöty ymmärretään, mutta potilaskohtainen hyöty jää vähäiseksi. RAI auttaa hoitosuunnitelman laadinnassa, mutta vain viidesosan mielestä se oli vaikut- tanut hoidon laatuun (n=208). Johtamisen tukena RAI:ta käytetään melko vähän.</p>
<p>Dahlman, S. & Takanen, M. 2009. Toimin- takykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtami- sen näkökulmasta. Pirkanmaan AMK. Sosi- aali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämi- sen koulutusohjelma.</p>	<p>Tarkoituksena selvittää, miten RAI- järjestelmän tuottamaa tietoa hyödynnetään henkilöstöjohtamisessa. Tavoitteena kehittää RAI-järjestelmän käyttöä edistävä toiminta- malli henkilöstöjohtamisen tueksi. Tuloksis- ta ilmeni, että neljännes vastaajista ei hyö- dynnä RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia henkilöstöjohtamiseen liittyvissä tehtävissä.</p>

	<p>Tuloksista ilmeni, että kolmannes vastaajista ei tee säännöllistä yhteistyötä muiden esimiesten kanssa, eikä saa tukea muilta esimiehiltä. Henkilöstön keskuudessa esiintyy RAI-järjestelmän käytön suhteen muutosvastarintaa ja sitoutumisessa toimintakykyä edistävään hoitotyöhön esiintyy puutteita. Tuloksista tuli esiin kaksi keskeistä asiaa, jotka esimiehet kokivat tarpeellisiksi nostaa esiin toimintakykyä edistävän hoitotyön toteutumisessa; kiire sekä näkymättömät voimavarat lähinnä asennoituminen, sitoutuminen, motivaatio ja osaaminen.</p>
<p>Taka-Eilola Aino. 2010. Ikäihmisten hoitotyön kehittäminen palveluasumisessa. Oulun seudun AMK. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen.</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää ikäihmisten hoitotyötä valtakunnallisten suositusten mukaan osana Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toiminnan kehittämis- ja yhtenäistämiprozessia. Tulosten perusteella kehittämiskohdeeksi valittiin kuntoutumista edistävä hoitotyö ja kehittämiskeinoksi tiimityö. Tiimityössä suoritettiin uudelleenjärjestelyjä, toimintaa kokeiltiin ja refleктоitiin. Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen edettiin tiimityötä kehittämällä ja refleктоimalla. RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto työyksikössä edisti kuntoutumista tukevaa työotetta. Toinen tarkoitus oli luoda työyhteisöön uutta itsereflektiivistä, oppivan organisaation toimintamallia, joka tukee voimaantumista ja edesauttaa työhyvinvointia. Opinäytetyön prosessin aikana yksiköiden toiminta yhtenäistyi ja kehittyi valtakunnallisten suositusten suuntaan. Ikäihmisten kuntoutumista edistävä hoitotyö lisääntyi ja se on juurtumassa työyksiköihin.</p>
<p>Kivinen Tuula. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto</p>	<p>Tarkoitus selkeyttää knowledge management-käsitettä käsiteanalyysin avulla ja kuvata tiedon ja osaamisen johtamisen toteutumista sekä selittää siihen vaikuttavia tekijöitä. Knowledge management-käsitteen ominaisuuksiksi tulivat systeemisyyden, yhdistävyys, hallinta, oppiminen ja edistävyys. Uuden tiedon muodostaminen ja osaamisen kehittäminen keskittyi yksilötasoisin käytäntöihin, kuten lyhytkestoisin koulutuksiin ja kehityskeskusteluihin. Yksiköiden sisällä oli yhdessä tekemistä, keskustelua ja keskinäistä toimintaa, mutta yksikön rajat ylittävät, hiljaista tie-</p>

	<p>toa ja osaamista näkyväksi ja koko organisaation käyttöön tekevät käytännöt olivat vähäisesti käytössä. Strategiset linjaukset eivät myöskään ohjaa henkilöstön osaamisen kehittämistä kaikissa organisaatioissa. Luottamuksellinen, avoin, moniääninen ilmapiiri, tavoitteisiin ja toimintakäytäntöihin sitoutuminen sekä runsas tiedon jakaminen edistävät organisatorisen uuden tiedon ja osaamisen muodostumista.</p>
<p>Hakala Pia. 2010. RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Keski-pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen.</p>	<p>Tarkoituksena kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa sekä kokonaisvaltaisempaa. Tulosten mukaan psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu on potilaslähtöistä, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. Hoidon suunnittelussa hyödynnetään RAI-järjestelmän tuloksia. RAI-järjestelmä koetaan konkreettiseksi apuvälineeksi, jonka avulla saadaan uutta näkökulmaa hoidon suunnitteluun. RAI-järjestelmä jäsentää, täydentää ja yhdenmukaistaa hoidon suunnittelua. Sen kielteisenä puolena pidettiin sen tekemiseen kuluvaa aikaa.</p>

HANKKEEN KIRJOITUSSUUNNITELMA

LIITE 2

Hankkeen nimi: Kuntouttavaa hoitotyötä RAI-osaamista kehittämällä
 Hankkeen vastuhenkilö: Tuija Korhonen
 Hankkeen aikataulu: 1.3.2012–31.5.2013

	Miksi? Missä tarkoituksessa? Milloin?	Minne? Keille?	Keiden kanssa? Yhteiskehittelyn tilat?	Miten? Genre?	Tekstin aikaansaama keskustelu, "vastakaiku"
Puheenvuoro	Tiedottaminen työyhteisölle kehittämistehtävästä 4/2012	osastopalaveri- muistio, palaveri- kansio Hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunta	Projektipäällikkö Hoivaosaston osastopalaveri	Suullinen esitys	Henkilökunnan sitouttaminen hankkeeseen, keskustelun herättäminen RAI-osaamisesta
Aiheanalyysi	Kehittämistehtävän jäsentäminen 5/2012	Moodle opettajat, opiskelijakaverit	Projektipäällikkö opinnäytetyön aihe-seminaari	Suullinen esitys Kirjallinen esitys AMK:n ohjeiden mukaan Asiakirjoittaminen	
Opinnäytetyösuunnitelma	Kehittämistehtävän sisällön tarkentaminen 10/2012	Moodle, ohjaus- ja projektiryhmä, opiskelijakaverit	Projektipäällikkö Opinnäytetyösuunnitelma-seminaari	Suullinen esitys Asiakirjoittaminen	Työyhteisön sitouttaminen RAI-osaamisen kehittämiseen
Puheenvuoro: 1 syklin tulokset	Tiedottaminen RAI-osaamisen ongelmista/haasteista 1 syklin päätyttyä 11/2012	osastopalaveri Hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunta	Projektipäällikkö Osastopalaveri, projektiryhmä	Suullinen esitys	Keskustelun herättäminen, mitä menetelmiä RAI-arviointien tekemisen osaamiseksi
RAI-kansion päivittämien	kaikki RAI-arviointeihin liittyvä materiaali koottuna Täydentyy hankkeen aikana	Hoivaosasto ja Emmakoti Hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunta	Projektipäällikkö ja projektiryhmän jäsenet Osastopalaverit	Ohjeita, tiedotteita, malliarviointi Asiakirjoittaminen	Osaamisen kehittyminen RAI-arviointien tekemiseen ja hyödyntämiseen hoitotyön prosessissa
Puheenvuoro: 2 syklin tulokset	Keskustelun käynnistäminen koulutuksen merkityksestä RAI-arviointien tekemisen osaamiseen	osastopalaveri Hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunta	Projektipäällikkö Osastopalaveri, ohjaus- ja projektiryhmä	Suullinen esitys	Keskustelun herättäminen, miten RAI-arviointiosaamista voidaan lisätä työyhteisössä

	2 syklin päätyttyä, 3/2013				
Puheenvuoro 3. sykli	RAI-osaamisen kartoituksen tuominen työyhteisön tietoon. 3 syklin lopussa 5/2013	Osastopalaveri Hoivaosaston ja Emmakodin henkilökunta	Projektipäällikkö	Suullinen esitys	Keskustelun herättäminen RAI-osaamisen merkityksestä asukkaan hoitotyön toteutuksessa.
Posterit	Kehittämishankkeen tulosten tuominen julkisuuteen Opinnäytetyön esitys 4/2013	Opinnäytetyön seminaari AMK:n opiskelijat, opettajat, työelämän edustajat	Projektipäällikkö Seminaari	Posterit Tieteellinen kirjoittaminen	Palaute ja keskustelu
Seminaari	Kehittämisprojektin esittäminen 4/2013	AMK:n opiskelijat, opettajat, työelämän edustajat	Projektipäällikkö Seminaari	suullinen esitys, posterit	Keskustelun herättäminen hoitotyön kehittämisestä arviointimittareiden käytön avulla
Hankeraportti	Kokoaa kehittämisprojektin kokonaisuudeksi, kuinka kuntouttavaa hoitotyötä kehitetään RAI-osaamista kehittämällä 5/2012	AMK:n opiskelijat, opettajat, työelämän edustajat	Projektipäällikkö	Opinnäytetyön raportti Tieteellinen kirjoittaminen	Kehittämistyön hyödyntäminen muissa työyhteisöissä

6-3-5 – aineisto alkuperäisenä

A. Potilaan tiedon ja voinnin saamisen/seuraaminen	21 Kirjaamisen tehostaminen (ainakin ennen rai-arvioinnin tekemistä)
	22 Ennakkokirjaamiset henkilöstä
	23 Tarkkailuviikko ja ohjeet siihen. 24 Kirjataan osassulle.
	25 Kuten edelliset. 26 Mahdollisuus haastatella omaisia.

B. Ei ymmärrä kaikkia kysytyjä asioita, mitä ne tarkoittaa.	27 Koulutusta tarvitaan. 28 Rai arviointi tehtäisiin parittain sille varattuna aikana.
	29 Rai-kysymysten käyminen läpi yhdessä, jotta jokainen tietäisi mitä kysytyllä asialla tarkoitetaan.
	30 Koulutusta, keskustelua mitä tarkoitetaan.
	31 Yhdyn edellisiin.

C. Koulutuksen puute.	32 Koulutuksen lisääminen (vaikka osastopalaveri)
	33 mahdollisimman monen hoitajan kouluttaminen RAI:n tekemiseen.
	34 -"-
	35 -"-

D. Uusi asiakas, ei tietoa tarpeeksi.	36 Rai-arvioinnit tehtäisiin pienryhmissä (esim. pareittain)
	37 Tuijan esittämä tarkkailuviikko hyvä, auttaa tekijää.
	38 Kuten edelliset + 39 tutustua asukkaan henkilöhistoriaan.
	40 -"-

E. Yksin tekeminen, ei saa muiden näkökulmia.	41 Esim. parityöskentely.
	42 Tuijan uusi konsti tarkkailuviikon käyttöönotto.
	43 Kuten edelliset.
	44 Parityöskentely.

F. Kiire tehdä.	45 Työlistassa merkittynä varattu aika Rain tekemiseen
	46 -"-
	47 Tarvittava aika tulisi järjestää ja rauhallinen tila.
	48 -"-

G. päässyt RAI-koulutukseen	Ei ole	49 Työnantajan tulisi järjestää koulutusta
		50 kaikille Rai:ta tekeville koulutus
		51 Koulutusta, vaikka oma koulutus osastolla, 52 parityöskentely ja keskustelu parin kanssa
		53 Mahdollisuus osallistua koulutuksiin

H. Ajan puute rain tekemisessä		54 Täytyy varata riittävästi aikaa, sekä rauhallinen työskentely-ympäristö
		55 koko työpäivä varattava aikaa että saa rauhassa tehdä RAI-arviointia
		56 Parityöskentely nopeuttaisi ja 57 varataan oma aika
		58 Varattu aika työlistaan (ei yövuoro)

I. Jotkut kysymykset vaikeita ymmärtää ja merkitä vastaukset		59 Jokin valmis kaavake, johon on "avattu" kysymyksiä, mitä voi käyttää hyödyksi
		60 Koulutus ja ohjeistus mistä löytyy kysymysten tarkoitus
		61 Käydään läpi yhdessä kysymykset, 62 ohjemalli, 63 parityöskentely
		64 Kysymykset käydään yhdessä läpi, jotta jokainen ymmärtäisi kysytyn asian samalla lailla

J. Arvioitavan henkilön huono/vähäinen tuntemus		65 Saada työskennellä useammin henkilön/potilaan/asukkaan kanssa
		66 Tutustua rauhassa asiakkaaseen ja 67 lukea hänen taustatietojaan
		68 Useampi työvuoro ja saada siinä hoitaa arvioitavaa henkilöä. 69 Vuorossa olevat työntekijät kirjaa ylös (henkilöstä josta tehdään raita) esim. paperille voinnista ja mitä tulee arvioon
		70 Parityöskentely lisää tiedon saamista, 71 kirjaaminen

K. Rai-kysymysten oikea tulkinta		72 Koulutus
		73 Esim. valmis kaavake, johon on avattu kysymyksiä
		74 koulutus
		75 koulutusta, 76 kysymysten läpi käymistä, 77 77 parityöskentely

L. RAI-arviointiin käytettävän ajan puute	78 työlistään varata aikaa merkitsemällä, kuten kierrot, lääkkeenjaot, koulutukset ym.
	79 kuten edellä + 80 rauhallinen työskentely-ympäristö
	81 varataan päivällä aikaa arvioinnin tekoon
	82 varataan aika ja 83 parityöskentely, voi yhdessä etsiä tarvittavat tiedot nopeammin

M. koulutuksen puute	84 lisää koulutusta
	85 koulutusta, vaikka omia 86 osastopalavereja
	87 mahdollistetaan monen hoitajan osallistuminen koulutuksiin
	88 koulutus joko osastolla tai kajaanissa

N. kysymysten tulkitseminen	89 koulutusta
	90 parityöskentely, 91 koulutus
	92 Rai-koulutuksella tärkeä merkitys
	93 koulutus

O. ajan puute perehtymiseen	94 Perehtymiseen varattava kunnolla aikaa
	95 Työvuoroon varataan oma aika perehtymiseen, 96 parityöskentely ja keskustelu hänen kanssaan
	97 Työlistään merkitään ennen kaikkea RAI:n tekoa varten aikaa (ei tehdä yövuorossa)
	98 Tarkkailuviikko, että toisetkin ovat kirjanneet/huomioineet asioita → säästää aikaa raita tehdessä. 99 Koulutusta Raihin. Ei tarvitse tehdessä niin paljon miettiä – säästää aikaa

6-3-5 menetelmän sisällönanalyysi ongelmista

ALKUPERÄISET ILMAISUT	ALATEEMAT	YLÄTEEMAT
<p>A. Potilaan tiedon ja voinnin saaminen/seuraaminen D. Uusi asiakas, ei tietoa tarpeeksi J. Arvioitavan henkilön huono/vähäinen tuntemus O. Ajan puute perehtymiseen</p>	<p>1. Riittävän tiedon saaminen asukkaasta</p>	<p>I. Riittävän tiedon saaminen asukkaasta</p>
<p>B. Ei ymmärrä kaikkia kysytyjä asioita, mitä ne tarkoittaa I. Jotkut kysymykset vaikeita ymmärtää ja merkitä vastaukset K. Rai-kysymysten oikea tulkinta N. kysymysten tulkitseminen</p>	<p>2. RAI-arvioinnin kysymysten ymmärtäminen</p>	<p>II. Koulutus RAI-arviointien tekemiseen.</p>
<p>C. Koulutuksen puute. G. Ei ole päässyt rai-koulutukseen M. koulutuksen puute</p>	<p>3. Koulutuksen puute</p>	
<p>F. Kiire tehdä. H. Ajan puute rai tekemisessä L. RAI-arviointiin käytettävän ajan puute</p>	<p>4. Ajan puute</p>	<p>III. Yhteinen aika</p>
<p>D. Yksin tekeminen, ei saa muiden näkökulmia</p>	<p>5. Arvioinnin tekeminen yksin</p>	

6-3-5 MENETELMÄLLÄ LÖYDETTYJEN RATKAISUJEN ANALYYSI

- I. Riittävän tiedon saaminen asukkaasta:
- 21 Kirjaamisen tehostaminen (ainakin ennen rai-
arvioinnin tekemistä)
 - 22 Ennakkokirjaamiset henkilöstä
 - 23 Tarkkailuviikko ja ohjeet siihen.
 - 24 Kirjataan osassulle.
 - 25 Kuten edelliset.
 - 26 Mahdollisuus haastatella omaisia.
 - 36 Rai-arvioinnit tehtäisiin pienryhmissä (esim. pareit-
tain)
 - 37,38 Tuijan esittämä tarkkailuviikko hyvä, auttaa teki-
jää.
 - 39, 40 tutustua asukkaan henkilöhistoriaan.
 - 65 Saada työskennellä useammin ko henki-
lön/potilaan/asukkaan kanssa
 - 66 Tutustua rauhassa asiakkaaseen
 - 67 lukea hänen taustatietojaan
 - 68 Useampi työvuoro ja saada siinä hoitaa arvioitavaa
henkilöä.
 - 69 Vuorossa olevat työntekijät kirjaa ylös (henkilöstä jos-
ta tehdään raita) esim. paperille voinnista ja mitä tulee
arvioon
 - 70 Parityöskentely lisää tiedon saamista
 - 71 kirjaaminen
 - 94 Perehtymiseen varattava kunnolla aikaa
 - 95 Työvuoroon varataan oma aika perehtymiseen
 - 96 parityöskentely ja keskustelu hänen kanssaan
 - 98 Tarkkailuviikko, että toisetkin ovat kirjan-
neet/huomioineet asioita säästää aikaa raita tehdessä.
 - 99 Koulutusta Raihin. Ei tarvitse tehdessä niin paljon
miettiä – säästää aikaa
- II. Koulutus RAI-arviointien tekemiseen:
- 27, 72, 74, 75, 84, 85, 89, 91, 92, 93 Koulutusta tarvi-
taan.
 - 28 Rai arviointi tehtäisiin parittain sille varattuna aikana.
 - 29 Rai-kysymysten käyminen läpi yhdessä, jotta jokai-
nen tietäisi mitä kysytyllä asialla tarkoitetaan.
 - 30, 31 Koulutusta, keskustelua mitä tarkoitetaan.
 - 59,73 Jokin valmis kaavake, johon on ”avattu” kysymyk-
siä, mitä voi käyttää hyödyksi
 - 60 Koulutus ja ohjeistus mistä löytyy kysymysten tarkoi-
tus
 - 61 Käydään läpi yhdessä kysymykset
 - 62 ohjemalli
 - 63, 77, 90 parityöskentely
 - 64 Kysymykset käydään yhdessä läpi, jotta jokainen
ymmärtäisi kysytyn asian samalla lailla
 - 73 Esim. valmis kaavake, johon on avattu kysymyksiä
 - 76 kysymysten läpi käymistä
 - 32 Koulutuksen lisääminen (vaikka osastopalaveri)
 - 33, 34, 35 mahdollisimman monen hoitajan kouluttami-
nen RAI:n tekemiseen.
 - 49 Työnantajan tulisi järjestää koulutusta
 - 50 kaikille Rai:ta tekeville koulutus
 - 51 Koulutusta, vaikka oma koulutus osastolla
 - 52 parityöskentely ja keskustelu parin kanssa
 - 53 Mahdollisuus osallistua koulutuksiin

86 osastopalavereja
87 mahdollistetaan monen hoitajan osallistuminen koulutuksiin
88 koulutus joko osastolla tai Kajaanissa

III. Yhteinen aika:

45, 46 Työlistassa merkittynä varattu aika Rain tekemiseen
47, 48 Tarvittava aika tulisi järjestää ja rauhallinen tila.
54 Täytyy varata riittävästi aikaa sekä rauhallinen työskentely-ympäristö
55 koko työpäivä varattava aikaa että saa rauhassa tehdä RAI-arviointia
41, 44, 56 Parityöskentely nopeuttaisi
57 varataan oma aika
58, 78, 79 työlistaan varata aikaa merkitsemällä, kuten kierrot, lääkkeenjaot, koulutukset ym.
80 rauhallinen työskentely-ympäristö
81, 82 varataan päivällä aikaa arvioinnin tekoon
83 parityöskentely, voi yhdessä etsiä tarvittavat tiedot nopeammin
42, 43 Tuijan uusi konsti tarkkailuviikon käyttöönotto.
97 Työlistaan merkitään ennen kaikkea RAI:n tekoa varaten aikaa (ei tehdä yövuorossa)

RAI-koulutus

Uuden asiakkaan tullessa osastolle:

- tarkkailujakso: haastattelut, havainnot, kirjaaminen (RAI-arviointi ja hoidon suunnittelu – prosessi, omahoitajan vastuu tarkkailusta tiedottamisessa)
- asiakkaan tiedot RAI-ohjelmaan: mittareiden tarkkailu, ovatko oikein, vertaa – painikkeen käyttö edelliseen arviointiin vertailua varten
- hoitosuunnitelma
- arviointikerrat: puolivuotisarviointit, voinnin muuttuessa

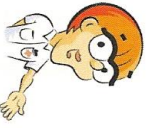
Taustatietojen kartoitus:

- mistä tietoja kerätään
- omaisten osuus, elämäntilanne – lomake

Malliarvioinnin läpikäynti:

- usein väärin täytetyt kohdat: B2, B3c, B4, C4, E1, e1l, F1, G1, G3, G4, G8b, I1, I3, J1, J2, P3

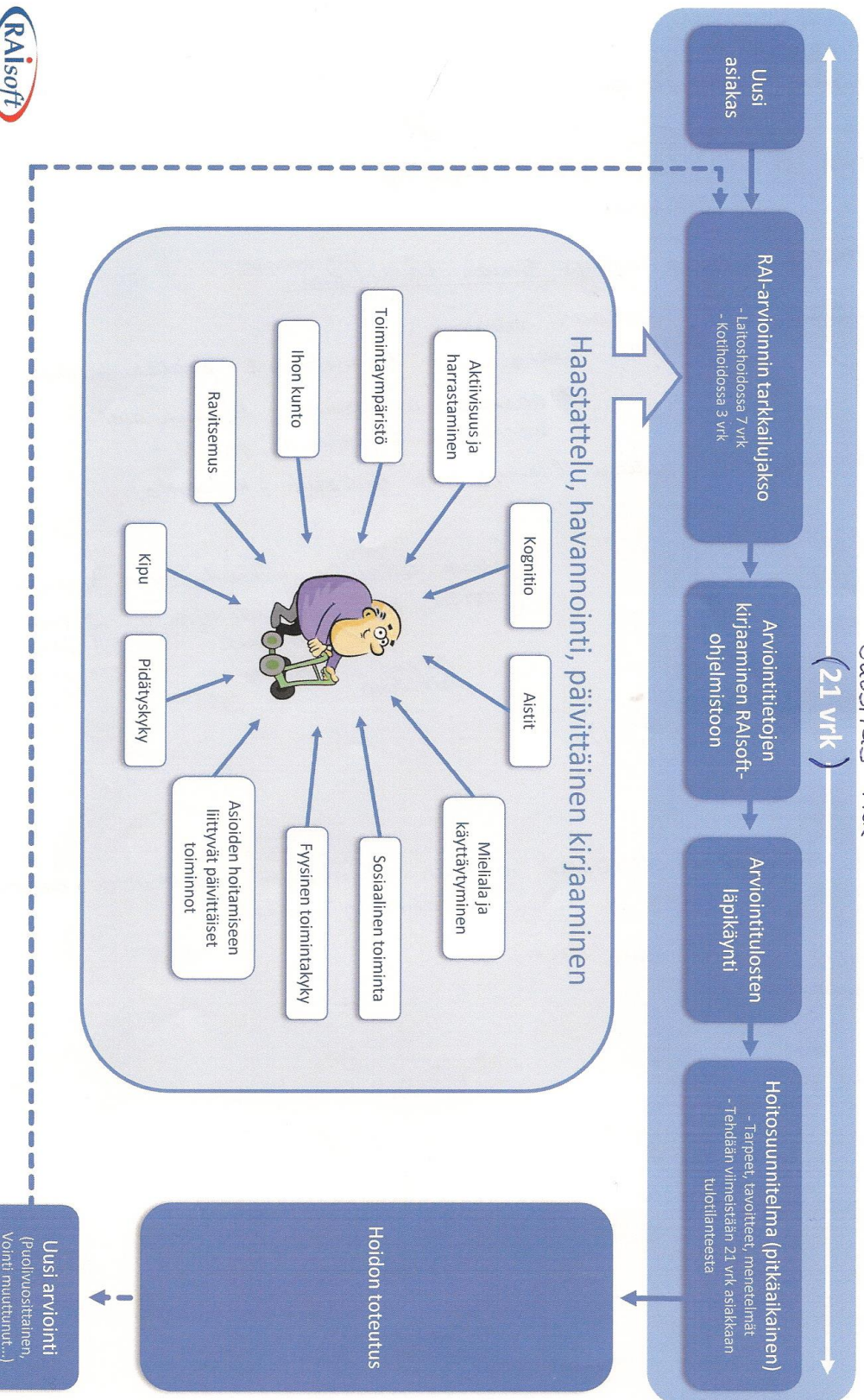
Mittariraportti ja mittareiden tulkitseminen



RAI-arviointi ja hoidon suunnittelun prosessi

suositus 1kk

(21 vrk)



<u>RAI-osaamisen arviointi:</u>	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
	fk	fk	fk	fk	fk
Yleistä:					
1. RAI- arviointia tehdessäni ymmärrän toimintakyvyn mittaamisen merkityksen	3	6	1	0	0
2. Osaan mitata asiakkaan suoriutumista RAI käsikirjan ohjeiden mukaan	0	5	3	2	0
3. Toteutan aina RAI-arvioinnin mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja/tai omaisia	1	4	3	2	0
Kognitio:					
4. Muistitoimintojen arvioinnissa osaan erottaa eri muistamisen lajit (lähi- ja pitkäaikainen muisti sekä prosessimuisti)	1	7	1	0	0
5. Päivittäiseen päätöksentekoon liittyvän kysymyksen arvioinnissa ymmärrän, että arvioin normaaleihin arjen toimintoihin liittyvää päätöksentekokykyä	1	9	0	0	0
6. Annan aina asiakkaalle mahdollisuuden tehdä valintoja, jotta löydän oikean vaihtoehdon päätöksentekokyky- kysymykseen RAI-arvioinnissa	0	1	7	2	0
7. Ymmärtämisen/ymmärretyksi tulemisen arvioinnissa annan aina asiakkaalle aikaa ja mahdollisuutta vuorovaikutukseen	1	4	4	1	0
8. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava CPS-mittariarvo tarkoittaa	1	6	2	1	0
Mieliala ja käyttäytyminen:					
9. Mielialaa arvioin kuuntelemalla asiakasta ja havainnoimalla asiakkaan toimintaa, tarvittaessa kysyn myös omaisilta/läheisiltä	5	3	2	0	0
10. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava DRS-mittariarvo tarkoittaa	1	6	1	2	0
Fyysinen toimintakyky:					
11. Ymmärrän ADL-toimintojen muodostuvan pienemmistä osa-toiminnoista (syöminen, pukeminen, jne.) ja arvioin aina yhden kokonaisuuden kerrallaan	3	7	0	0	0
12. Ymmärrän ADL-toimintoja kuvaavien vastusvaihtoehtojen eron	0	5	3	2	0
13. Arvioidessani toimintakyvyn muutosta otan	1	6	1	2	0

huomioon edellisen RAI-arvioinnin tuloksen tai selvitän mahdollista muutosta muulla tavalla					
14. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava ADL-mittariarvo tarkoittaa	2	5	3	0	0
Kipu:					
15. Ymmärrän, että kipu arvioidaan sellaisena kuin se ilmenee asiakkaan kertomana tai hoitajan arvioimana riippumatta kipulääkkeen käytöstä	3	7	0	0	0
16. Ymmärrän, mitä arvioinnista saatava Painmittariarvo tarkoittaa	3	6	1	0	0
Pituus ja painoindeksi:					
17. Varmistan, että RAI-arviointiin kirjaamani pituus ja paino ovat ajan tasalla ja oikein mitattu	3	3	3	1	0
18. Ymmärrän, mitä BMI- arvo tarkoittaa	5	3	2	0	0
Kuntoutumismahdollisuuksien arviointi (Rehabpot):					
19. Ymmärrän, että kuntoutumismahdollisuuden arvioinnissa huomioidaan vähäisetkin toimintakyvyn paranemisen mahdollisuudet joillakin fyysisen toimintakyvyn osa-alueilla	1	8	0	1	0
20. Keskustelen aina asiakkaan kanssa hänen näkemyksistään oman toimintakyvyn paranemisen mahdollisuuksista, mikäli asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa	0	4	3	3	0
Kuntoutumista edistävä hoitotyö:					
21. Ymmärrän kuntoutumista edistävän toiminnan mittaamisen merkityksen	2	8	0	0	0
22. Osaan kirjata kuntoutumista edistävän toiminnan määrän (P3 laitoshoidon) käsikirjan ohjeiden mukaan (hoitajan antama kuntouttava hoito)	0	2	7	1	0
Rai-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa					
23. Asiakas osallistuu aina RAI-arviointiin ja hoidon suunnitteluun	0	0	2	6	2
24. Pidän erittäin tärkeänä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle	5	4	1	0	0
25. Kaikki hoitajat pitävät erittäin tärkeänä, että RAI-arviointi on pohjana hoitosuunnitelmalle	0	5	5	0	0
(Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä)					

