



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Saara Rahja

# RAI-ARVIOINTI OSANA VAASAN KAUPUN- GIN KOTIHOIDON UUSIEN ASIAKKAIDEN PALVELUTARPEEN ARVIOINTIPROSESSIA

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2021

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Saara Rahja
Opinnäytetyön nimi	RAI-arviointi osana Vaasan kaupungin kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	61 + 3 liitettä
Ohjaaja	Hilkka Korpi

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kartoitustiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä Vaasan kaupungin kotihoidossa. Tavoitteena oli kartoittaa kartoitustiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä sekä selvittää, miten RAI-järjestelmä tuki kartoitustiimin työtä kotihoidon uuden asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, ja toteutuiko palvelutarpeen arviointiprosessi kotihoidon uusien asiakkaiden kohdalla asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyö toteutettiin Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimissä laadullisella tutkimusotteella. Teoreettinen viitekehys koostui kotihoidosta tutkimuskontekstina, toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista sekä RAI-arviointijärjestelmästä. Keskeisiä käsitteitä olivat kotihoito, toimintakyvyn arviointi, palvelutarpeen arviointi sekä RAI-arviointi. Opinnäytetyön avulla selvitettiin, miten palvelutarpeen arviointi toteutui kotihoidon uusien asiakkaiden kohdalla, ja miten prosessia voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tutkimusaineisto muodostui kartoitustiimin työntekijöiden ryhmähaastattelusta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.

Opinnäytetyön keskeisinä tuloksina todettiin palvelutarpeen arviointiprosessin tapahtuvan kotihoidon uusien asiakkaiden kohdalla RAI-lähtöisesti. Lähes kaikille kotihoidon uusille asiakkaille tehtiin RAI-arviointi. Asiakas osallistettiin lähes aina osaksi RAI-arviointia ja hoidon suunnittelua, ja kotihoidon uusille asiakkaille laadittiin RAI-arvioinnin pohjalta aktivoiva kotihoitosuunnitelma. RAI-mittareista palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnettiin eniten MAPLe\_5 -asteikkoa, muiden RAI-mittareiden ja herätteiden hyödyntäminen palvelutarpeen arvioinnissa puolestaan oli vähäisempää. Haastateltavat kokivat RAI-arvioinnista olevan apua heidän työssään, joskin joihinkin arvioinnin osa-alueiden sisältöihin toivottiin muutoksia.

---

Avainsanat RAI-arviointi, toimintakyvyn arviointi, palvelutarpeen arviointi, kotihoito

## ABSTRACT

Author	Saara Rahja
Title	The RAI Assessment System as a Part of the Client Service Need Assessment Process in the City of Vaasa
Year	2021
Language	Finnish
Pages	61 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Hilkka Korpi

---

The purpose of this thesis was to describe the experiences of the staff of the survey team on the use of the RAI assessment system in the home care of the City of Vaasa. The aim was to investigate the experiences of the survey team on using the RAI assessment system and to find out how the RAI assessment system supported the survey team's work in assessing the service needs of a new home care client, and whether the service needs assessment process for new home care clients was client-oriented.

The thesis was carried out in the home care survey team of the City of Vaasa with a qualitative research approach. The theoretical framework consisted of home care as a research context, the assessment of the ability to function and service needs, and the RAI assessment system. The key concepts were home care, the assessment of the ability to function and the service need and RAI-assessment. The thesis was used to find out how the assessment of the need for services was carried out for new clients in home care, and how the process can be developed in the future. The research material consisted of a group interview of the survey team employees. The data was analyzed by inductive content analysis.

The main results of the thesis were that the service need assessment process takes place for new home care clients with a RAI-oriented approach. Almost all new home care clients underwent a RAI assessment. The client was almost always involved as part of the RAI assessment and care planning, and an activating home care plan was developed for the new home care clients based on the RAI assessment system. Of the RAI indicators, the MAPLe\_5 scale was used the most in the assessment of service needs, while other RAI indicators were less used in the assessment process. The respondents felt that RAI assessment was helpful in their work, although changes were hoped for in some aspects of the assessment system.

---

Keywords	RAI assessment system, assessment of the ability to function, service needs assessment, home care
----------	---

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	10
3	KOTIHOITO TUTKIMUSKONTEKSTINA .....	11
	3.1 Vaasan kaupungin kotihoito .....	12
	3.2 Kartoitustiimi .....	13
4	RAI-JÄRJESTELMÄ OSANA ASIAKKAAN PALVELUTARPEEN ARVIOINTIA .....	15
	4.1 Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi.....	15
	4.2 RAI-järjestelmä.....	18
	4.2.1 RAI-mittarit.....	19
	4.2.2 RAI-herätteet.....	21
	4.3 RAI-järjestelmä Vaasan kaupungin kotihoidossa.....	22
	4.3.1 Kotihoidon RAI-prosessi .....	22
	4.3.2 RAI-vertailutieto .....	23
5	AIEMPIA TUTKIMUKSIA .....	24
6	TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO .....	27
	6.1 Tutkimusote .....	27
	6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja toteutus.....	28
	6.3 Tutkimusaineiston keruu .....	28
	6.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	29
	6.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	32
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	34
	7.1 RAI-arviointi työvälineenä kartoitustiimin työntekijän ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta .....	34
	7.1.1 RAI-järjestelmä kartoitustiimin työvälineenä .....	36
	7.1.2 RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys .....	41
	7.2 RAI-arviointi osana kartoitustiimin asiakkaan palvelutarpeen arviointia	45

RAI palvelutarpeen arvioinnissa .....	46
8 POHDINTA.....	51
8.1 Johtopäätökset .....	51
8.2 Tulosten tarkastelu .....	54
8.3 Jatkotutkimusaiheet .....	56
LÄHTEET .....	58
LIITTEET .....	62

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

<b>Taulukko 1.</b> Esimerkki aineiston redusoinnista.....	30
<b>Taulukko 2.</b> Esimerkki aineiston klusteroinnista.....	31
<b>Taulukko 3.</b> Esimerkki aineiston abstrahoinnista.....	31
<b>Taulukko 4.</b> Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.....	35
<b>Taulukko 5.</b> RAI-arviointi kartoitustiimin työvälineenä yläluokat.....	36
<b>Taulukko 6.</b> Kartoitustiimin RAI-toiminta alaluokat.....	37
<b>Taulukko 7.</b> RAI työn apuvälineenä alaluokat.....	39
<b>Taulukko 8.</b> RAI ja asiakaslähtöisyys yläluokat.....	41
<b>Taulukko 9.</b> Asiakasmateriaali alaluokat.....	42
<b>Taulukko 10.</b> Kotona pärjäämisen haasteet alaluokat.....	42
<b>Taulukko 11.</b> RAI toimintakyvyn arvioinnissa alaluokat.....	43
<b>Taulukko 12.</b> Asiakkaan osallisuus alaluokat.....	44
<b>Taulukko 13.</b> Kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.....	46
<b>Taulukko 14.</b> RAI palvelutarpeen arvioinnissa alaluokat.....	46
<b>Taulukko 15.</b> Kotihoidon palvelut alaluokat.....	58

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Teemahaastattelun runko

**LIITE 2.** Saatekirje haastatteluun osallistujalle

**LIITE 3.** RAI HC-osittaisarvioinnin kysymykset, mittarit ja herätteet

## 1 JOHDANTO

Ikääntyminen aiheuttaa monia muutoksia, joiden myötä ihmisen toimintakyky saattaa laskea huomattavasti. Toimintakyvyn säännöllinen arviointi on tarpeen, jotta ikääntyneen elämänlaatu pystytään säilyttämään mahdollisimman laadukkaana mahdollisimman pitkään (THL 2018). Suomessa on laajalti käytössä erityisesti ikääntyneille ja vammaispalveluiden asiakkaille suunnattu RAI-järjestelmä, joka on standardoitu toimintakyvyn mittari. RAI-järjestelmää voidaan käyttää sekä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa että hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. RAI-arviointi koostuu useista eri osa-alueista, joiden avulla kartoitetaan esimerkiksi asiakkaan arjesta suoriutumista, terveydentilaa, kognitiivisia toimintoja sekä ravitsemusta. (THL 2017.)

Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) mukaan jokaisella ikääntyneellä tulee olla nimetty vastuuhenkilö, joka vastaa palvelusuunnitelman toteutumisesta, palveluiden arvioinnista, sekä muista mahdollisista asioista, joissa ikääntynyt henkilö apua tarvitsee. Tutkimuskohteena olevan Vaasan kaupungin kotihoidossa uusien asiakkaiden palvelutarpeen ensiarvioinnista ja palveluiden myöntämisestä vastaa kartoitustiimi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla haastattelun sekä laadullisen sisällönanalyysin keinoin kartoitustiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä Vaasan kaupungin kotihoidossa. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää, toteutuuko kotihoidon uuden asiakkaan palvelutarpeen arviointi RAI-lähtöisesti, ja onko RAI-järjestelmästä konkreettista hyötyä osana kartoitustiimin työtä. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimin henkilökunta, joka käyttää RAI-välinettä aktiivisesti työssään. Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimi aloitti toimintansa vuonna 2018, ja on toimintansa alusta asti hyödyntänyt RAI-järjestelmää uusien asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa.



Opinnäytetyön aineisto kerätään haastattelemalla kolmea kartoitustiimin työntekijää, aineiston analysoinnissa käytetään induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimustulosten avulla palvelutarpeen arviointiprosessia kotihoidossa voidaan kehittää ja tällä tavoin vastata kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin entistä paremmin.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kartoitustiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä Vaasan kaupungin kotihoidossa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää tutkimuskohteena olevan kaupungin kotihoidossa, sekä mahdollisesti muiden kaupunkien kotihoidossa, joissa RAI-järjestelmä on käytössä. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kehittää RAI-järjestelmän käyttöä kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa.

Tutkimuksen tavoitteet ovat seuraavat:

1. Kuvailla kartoitustiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä kartoitustiimin työssä
2. Selvittää, miten RAI-järjestelmä tukee kartoitustiimin työtä uuden asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa
3. Selvittää, toteutuuko palvelutarpeen arviointiprosessi asiakaslähtöisesti

Tutkimuksessa selvitetään ryhmähaastattelun avulla, millaisia kokemuksia kartoitustiimin henkilökunnalla on RAI-järjestelmän käytöstä, ja miten palvelutarpeen arviointiprosessi käytännössä tapahtuu. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Kokeeko kartoitustiimin henkilökunta RAI-järjestelmästä olevan konkreettista apua heidän työssään?
2. Mitä kokemuksia kartoitustiimin työntekijöillä on RAI-järjestelmän käytöstä? Mitkä ovat sen haasteet ja hyödyt?
3. Toteutuuko kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessi RAI-pohjaisesti?
4. Miten RAI-järjestelmä on vaikuttanut kartoitustiimin asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin? Onko asiakas osallisena oman hoitonsa suunnittelussa?

### 3 KOTIHOITO TUTKIMUSKONTEKSTINA

Kotihoidon avulla tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä ja kunta vastaa sen järjestämisestä. Sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu voidaan yhdistää terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kanssa, jolloin puhutaan kotihoitosta. Kotihoitoa voivat saada ne henkilöt, joiden toimintakyky on jostain syystä alentunut. Kotihoidon työntekijät koostuvat enimmäkseen hoitohenkilökunnasta, kuten lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Lisäksi kotihoitoon on mahdollista liittää erilaisia tukipalveluita, kuten esimerkiksi turvapuhelin- tai ateriapalvelu. (STM 2020)

Ikäihmiset muodostavat merkittävän osan kotihoidon asiakaskunnasta. Selvää ikärajaa ikääntymiselle ei ole asetettu, mutta useiden tilastointien mukaan ikääntyneiksi lasketaan 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Ikääntyminen aiheuttaa monia fysiologisia muutoksia, kuten lihassmassan pientymistä ja usein myös kognitiivisten toimintojen heikentymistä (Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu: Käypä hoito -suositus 2015). Tästä johtuen ikääntyneen henkilön toimintakyky usein jossain vaiheessa laskee, jolloin kotihoidon palveluihin haakeutuminen voi tulla ajankohtaiseksi. Ikäihmisen pärjääminen kotonaan mahdollisimman pitkään, jopa loppuelämän ajan, on määritelty kansalliseksi tavoitteeksi. Pyrkimyksenä on, että ikäihmisen mahdollinen hoiva toteutetaan mahdollisimman pitkälle joko kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. (THL 2020 b.) Yli 91 prosenttia vähintään 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä asuikin kotonaan vuonna 2018 (STM 2020).

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (STM 2020, 2, 14-15) ikääntyneiden määrä on kasvussa. STM:n mukaan vuonna 2018 vähintään 65-vuotiaita henkilöitä oli noin 20 prosenttia koko väestöstä, ja arvion mukaan vuonna 2030 luku saattaa olla 26 prosenttia, mikä tarkoittaa noin 1,5 miljoonaa ikääntynyttä. Väestön ikääntymisellä on vaikutuksia myös ikäihmisten palveluiden tarpeeseen, ja myös kotihoi-

toa tarvitsevien asiakkaiden määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan. Tähän voidaan varautua muun muassa henkilöstön määrää lisäämällä, asiakkaiden voimavaroja ylläpitämällä sekä asiakkaiden aktiivisella kuntoutuksella. (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017, 5.)

### **3.1 Vaasan kaupungin kotihoito**

Vaasan kaupungin kotihoito (2020) kertoo perustoimintansa tähtäävän siihen, että asiakas pystyy asumaan kotonaan turvallisesti niin pitkään kuin mahdollista. Lisäksi kaupungin kotihoito kuvaa tukevansa asiakkaan toimintakykyä ja osallisuutta. Vaasan kaupungin kotihoitoon kuuluvat kotipalvelualueet 1-6, toiminnanohjauskeskus, Alvar-palvelu, sairaanhoidon palveluyksikkö (kotisairaanhoito), kotiuttamistiimi, kartoitustiimi, kotikuntoutus, omaishoito sekä tukipalvelut (Koti- ja laitoshoidon organisaatiokaavio 2020).

Vaasan kaupungin kotihoidon asiakkaaksi pääsevät henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut niin, etteivät he selviydy ilman apua päivittäisistä toimistaan. Asiakas voidaan siirtää säännöllisen kotihoidon piiriin, mikäli hänen asiakassuhteensa kotihoitoon on jatkunut 3 - 6 viikon ajan. Säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluviksi puolestaan katsotaan ne asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tämä tarkoittaa, että asiakkaan luona käydään kotihoidon toimesta vähintään kerran viikossa, tai hänellä on jokin säännöllinen kaupungin kotihoidon tukipalvelu. Kun asiakkaan palvelutarve on selvitetty, tarjotaan hänelle asiakas-kohtaisesti räätälöityjä kotipalveluita ravinnon saannin turvaamiseen, kodin ylläpitosiistimiseen, hygieniaan, vaatehuoltoon ja lääkehoitoon liittyen. Mikäli asiakkaat eivät toimintakyvyn tai sairauden aleneman vuoksi voi käyttää avoterveydenhoidon palveluita, ovat he oikeutettuja kotisairaanhoitoon. Sotaveteraanit ovat oikeutettuja maksuttomaan kotisairaanhoitoon. Kotisairaanhoidon vastuulla on asiakkaan terveyden- ja sairaanhoidon kokonaishoito, jota kotisairaanhoito toteuttaa yhteistyössä vastuulääkärin, kotipalvelun sekä muiden ammattiryhmien kanssa. (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2020.)

Omaishoidon tarkoituksena on vastata asiakkaalle annettavasta omaishoidosta sekä omaishoitajille maksettavista tuista. Kotikuntoutus puolestaan pyrkii edistämään asiakkaan toimintakykyä, ylläpitämään ja parantamaan hänen elämänlaatuun, sekä tukemaan kotona asumista. Kotikuntoutus hyödyntää toiminnassaan RAI-arviointia. ALVAR-palvelu puolestaan tarjoaa kotihoidon asiakkaille kuvapuhelimien kautta annettavia palveluja ja ohjelmaa, jotka pyrkivät tukemaan asiakkaan arjen hyvinvointia. Kotiuttamistiimin asiakkaita ovat erityisesti ne henkilöt, joilla on sairaalasta kotiutumisen yhteydessä tehostetun kuntoutuksen tarve. (Vaasan kaupungin kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2020).

Vaasan kaupungin kotihoidon omavalvontasuunnitelmassa (2020) asiakkaan toimintakyvyn arviointi nostetaan keskeiseksi osaksi asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Omavalvontasuunnitelmassa kerrotaan, että palvelutarpeen arviointi tulee tehdä seitsemän vuorokauden sisällä ilmoituksen saamisesta, ja siihen osallistuvat asiakas itse, hänen läheisensä sekä kotihoidon moniammatillinen tiimi. Suunnitelmassa myös mainitaan, että asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa käytetään RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument). Lisäksi omavalvontasuunnitelman mukaan asiakkaalle tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka laaditaan kirjallisena, ja jota arvioidaan säännöllisesti tai tarpeen mukaan. RAI-arviointi tehdään asiakkaalle heti asiakassuhteen alussa. (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2020.)

### **3.2 Kartoitustiimi**

Vaasan kaupungin kotihoidossa toimii kartoitustiimi, jonka tehtävänä on kartoittaa kotihoitoa tarvitsevat uudet asiakkaat. Arviointityövälineenä kartoitustiimi käyttää RAI-järjestelmää. RAI-arvioinnin avulla pyritään varmistamaan, että kaikki asiakkaat saavat yhdenvertaisen avuntarpeen arvioinnin. Kartoitustiimissä työskentelee moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat palveluohjaaja, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti sekä palveluneuvoja. (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2020.) Kartoitustiimi tekee kotihoidon uudelle asiakkaalle RAI HC-osittaisarvioinnin kotikäynnillä. Arvioinnissa ilmenevien seikkojen lisäksi huomioidaan asiakkaan

sosiaalinen verkosto, omaisten antama tuki, asuinolosuhteet ja mahdolliset muut käytössä olevat palvelut. (Kotihoidon kriteerit 2018.)

RAI-arvioinnista saatava MAPLe -asteikko (Method for Assigning Priority Levels), eli palvelutarpeen arviointia kuvaava RAI-mittari on yksi kotihoidon myöntämisen kriteereistä. MAPLe -arvon tulee olla vähintään kolme kotihoidon palveluiden myöntämiseksi, mutta asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne huomioidaan. On myös huomiotava, etteivät kotihoidon kriteerit automaattisesti täyty, vaikka MAPLe -arvo olisikin asiakkaalla vähintään kolme. Myös ADL- (arkisuoriutuminen) ja CPS (kognitio) -mittarit huomioidaan. Esimerkiksi psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat, jokin sairaanhoidollinen tai muu perusteltu syy voivat oikeuttaa asiakkaan saamaan kotihoitoa. (Kotihoidon kriteerit 2018.)

## **4 RAI-JÄRJESTELMÄ OSANA ASIAKKAAN PALVELUTARPEEN ARVIOINTIA**

Palvelutarpeen arviointi on lakisääteistä toimintaa. Laki ikääntyneen väestön toiminnan tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, nk. vanhustalvvelulaki (L28.12.2012/980) velvoittaa ikääntyneen palvelutarpeen ja toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin silloin, kun ikääntynyt syystä tai toisesta hakeutuu palvelutarpeen arvioinnin piiriin. Lisäksi laki velvoittaa, että palvelutarve tulee selvittää moniammatillisesti, monipuolisesti ja luotettavilla arviointivälineillä. Toimintakyvyn arvioinnissa tulee arvioida ikäihmisen kykyä suoriutua tavanomaisista arjen askareista omassa kotiympäristössään, sekä kartoittaa niitä asioita, joissa hän tarvitsee apua. Lisäksi vanhustalvvelulaki sanoo, että arvioinnissa tulee huomioida ikääntyneen fyysinen, kognitiivinen ja psyykinen sekä sosiaalinen vointi. Myös ympäristön esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja palvelujen saataavuuteen liittyvät seikat huomioidaan. Arviointi tulee toteuttaa yhteistyössä ikääntyneen kanssa. Yli 75-vuotiaiden palvelutarpeen arviointi tulee suorittaa seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. 1.10.2020 alkaen vanhustalvvelulakiin on lisäksi kirjattu, että RAI-järjestelmää käytetään toimintakyvyn arvioinnissa niillä ikäihmisillä, jotka kuuluvat säännöllisten sosiaalipalveluiden piiriin ja myös silloin, kun säännöllisiä sosiaalipalveluja saavan ikääntyneen toimintakyvyssä tapahtuu oleellinen muutos. (L28.12.2012/980.)

### **4.1 Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi**

Toimintakyvyn arvioinnin avulla kartoitetaan asiakkaan fyysistä, psyykinistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä sekä arkisuoriutumista. Toimintakykyarvion avulla asiakkaalle voidaan suunnitella asianmukaiset palvelut, sekä arvioida niiden toimivuutta. Olennaista on, että toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät mittarit ovat tarkoituksenmukaisia ja luotettavia. Lisäksi mittareiden käytön ajoitus on ratkaisevassa roolissa. Vuonna 2020 julkaistun tutkimuksen mukaan yli 90 prosenttia

koti- ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä Suomessa kertoivat toteuttavansa asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointia. Saman tutkimuksen mukaan myös arkitoimintoja, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä arvioitiin aktiivisesti. Asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi sen sijaan oli vähäisempää. (Penttinen, Kolehmainen, Alastalo, Havulinna & Valkeinen 2020, 1-5.)

Asiakkaan palvelutarvetta ja toimintakykyä tulee arvioida silloin, kun asiakas ei selviydy arjestaan itsenäisesti, tai mikäli sellainen tilanne syystä tai toisesta on odotettavissa. Arvioinnin ei tarvitse olla laaja, mikäli palvelutarve on vähäinen ja selkeä. Arvioinnin perusteella asiakkaalle voidaan räätälöidä tarvittavat palvelut. Luonteeltaan palvelutarve voi olla joko tilapäistä, jatkuvaa ja toistuvaa, tai pysyvää ja pitkäaikaista. Asiakasta informoidaan kirjallisesti sosiaalipalveluiden järjestämisestä palvelusuunnitelman muodossa. (Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro. 2017, 18.)

Palvelutarpeen arvioinnista vastaavalla työntekijällä tulee olla riittävä asiantuntemus sekä lakien määräämä ammattikelpoisuus. Arviointi tulee suorittaa moniammatillisesti. Tämä tarkoittaa, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tulee palvelutarvetta arvioidessaan toimia tasavertaisesti. Myös asiakkaalla on lakiin kirjattu oikeus osallistua oman palvelutarpeensa arviointiprosessiin. (Vähäkangas ym. 2017, 19-20.)

Jotta asiakkaan palvelutarve voitaisiin arvioida mahdollisimman luotettavasti, tarvitaan päätöksenteon tueksi erilaista tietoa sekä tunnuslukuja asiakkaan toimintakyvystä, terveydentilasta sekä ympäristöstä, jossa asiakas toimii. Palvelutarpeen arvioinnissa asiakkaan toimintakykyä selvitetään konkreettisesti erilaisten kysymysten ja testien avulla. Hyvin toimiva vuorovaikutus arvioijan ja asiakkaan välillä on arvioinnin luotettavuuden kannalta tärkeässä roolissa. Ikäännytynyt (ja tarvittaessa myös hänen omaisensa) tulee osallistua osaksi oman toimintakyvynsä arviointia sekä sen tunnuslukujen käsittelyä. (Vähäkangas ym. 2017, 20-21.)



Palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset sekä arjessa suoriutumiseen vaikuttavat tekijät. Lisäksi on tärkeää selvittää, kuinka paljon asiakkaalla on käytössä apua esimerkiksi omaisten taholta. Ikääntyneen toimintakykyä arvioitaessa tulisi pyrkiä keskittymään enemmän asiakkaalla käytössä oleviin voimavaroihin kuin niiden puutteisiin. (Finne-Soveri, Äijö, Tolonen, Rehula, Vähäkangas, Patronen, Autio, Haimi-Liikkanen & Havulinna. 2020, 9.)

Finne-Soverin ym. (2020, 13) mukaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ikääntyneen toimintakykyä tulee kartoittaa eri osa-alueiden osalta erilaisia mittareita hyödyntäen. Fyysisen toimintakyvyn arviointi tapahtuu mahdollisten vajeiden sekä apuvälinetarpeen selvittämiseksi. Psyykkistä vointia puolestaan tarkastellaan henkisten voimavarojen ja esimerkiksi mahdollisten masennusoireiden havaitsemiseksi. Mahdollinen kognition vaje vaikuttaa niin ikään arjesta suoriutumiseen, joten kognitiota on tärkeää arvioida. Mittareiden avulla voidaan tunnistaa mahdolliseen vajeeseen taso, ja tarvittaessa ohjata asiakas jatkotutkimuksiin. Asiakkaan mahdollista yksinäisyyttä, vuorovaikutussuhteita sekä tuen saantia arvioidaan sosiaalisen toimintakyvyn mittareiden avulla. (Finne-Soveri ym. 2020, 13.)

Kun asiakkaan toimintakyky on arvioitu, tehdään päätös mahdollisten palveluiden myöntämisestä ja aloituksesta. Päätöksenteon tukena käytetään eri toimintakyvyn eri osa-alueista saatua arviointitietoa. Ikääntyneen toimintakykyä tulee aina tarkastella kokonaisuutena, eikä yksittäinen toimintakyvyn mittaritulos ole kriteeri päätöksenteossa. Lisäksi on tärkeää huomioida, että ikääntyneen toimintakyky saattaa muuttua herkästi. Toimintakykyä tuleekin arvioida säännöllisesti, ja silloin kun siihen on tarvetta. Mikäli toimintakyvyn arviointi ei johda palveluiden aloittamiseen, on kuitenkin syytä arvioida mahdollisen jatkoseurannan tarve. (Finne-Soveri ym. 2020, 16-17.)

Asiakkaat tulee arvioida huolellisesti ja moniammatillisesti luotettavia mittareita käyttäen. Kriteerit luotettavalle mittarille ovat seuraavat: mittarin taustakysymys-

ten tulee perustua kansainvälisesti hyväksytyihin luokituksiin (esimerkiksi tautiluokitus ICD-10), mittaria on verrattu tilastollisia menetelmiä käyttäen joko asiantuntijoiden arviointiin tai aikaisemmin päteväksi todettuun samaa asiaa mittaavaan mittariin, eri henkilöt saavat riittävän vastaavanlaiset tulokset arvioidessaan saman asiakkaan toimintakykyä, ja mittariarvot on julkaistu vertaisarviointimenetelmää käyttävässä julkaisussa (Finne-Soveri ym. 2020, 18-19).

## 4.2 RAI-järjestelmä

RAI-järjestelmä on Suomessa vuonna 2000 käyttöön otettu kansainvälinen ja standardoitu tiedonkeruuvälineistö, jonka avulla voidaan arvioida asiakkaan palvelutarvetta, sekä laatia asiakkaalle RAI-arviointiin perustuva hoitosuunnitelma. RAI-järjestelmä on kehitetty erityisesti ikäihmisten ja vammaispalveluiden asiakkaiden arviointiin. Sen avulla voidaan kartoittaa ikääntyneen toimintakykyä hyvinkin laajasti. Arvioitavia osa-alueita ovat esimerkiksi asiakkaan terveydentila, fyysinen toimintakyky, lääkitys, ravitsemus, mieliala, kognitio sekä palvelujen käyttö. (THL 2020 a.) RAI-järjestelmä kehitettiin alun perin 1980-luvulla Yhdysvalloissa. InterRAI on toiminut vuodesta 1992, jonka jälkeen RAI:n ympärille on kehitetty useita eri instrumentteja. Jokainen RAI-instrumentti on kehitetty erilaisiin tarpeisiin ja erilaisille asiakkaille. (Fries & Havey 2003, 1-2.) Vanhuspalvelulain (L28.12.2012/980) mukaan kunnan tulee käyttää RAI-arviointia ikäihmisen toimintakyvyn arviointivälineenä, mikäli ikääntynyt tarvitsee säännöllisiä sosiaalipalveluja, tai mikäli hän saa sosiaalipalveluita ja toimintakyvyssä tapahtuu olennainen muutos.

InterRAI on kansainvälinen tutkijaverkosto, joka ylläpitää RAI-välineistöä. Suomessa RAI-järjestelmän suomalaisia versioita ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Vuoden 2018 tilastojen mukaan noin 40 % ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista ja 35 % säännöllisen kotihoidon asiakkaista Suomessa olivat RAI-arvioituja. RAI-arviointivälineitä on erityyppisiä. (THL 2020 a.) Tutkimuskohteena olevan Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimillä on käytössä erityisesti kotihoitoon suunniteltu RAI HC-osittaisarviointiväline, jonka avulla kartoitetaan asiakkaan tilannetta (liite 3).

RAI-arvioinnin avulla saadaan monipuolista ja strukturoitua tietoa asiakkaan arkielivymisestä sekä palvelutarpeesta. RAI:n erilaiset mittaritiedot ja tunnusluvut ovat keskeinen osa asiakkaan hoidon suunnittelua, toteutuksen seurantaan sekä sen arviointia. (Vähäkangas ym. 2017, 21-22.) Kartoitustiimillä käytössä olevan RAI HC-osittaisarvioinnin pohjalta asiakkaalle muodostuu erilaisia mittarituloksia, joista seuraavaksi esitellään keskeiset asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa käytettävät mittarit.

#### **4.2.1 RAI-mittarit**

Eräs RAI HC-osittaisarvioinnista selville saatava tulos on luokiteltu MAPLe\_5 -arvo (Method for Assigning Priority Levels), joka kuvaa asiakkaan palvelutarpeen määrää. Asteikon skaala on 1-5. Mitä suuremman arvon asiakas saa, sitä suurempi hänen palvelutarpeensa mittarin mukaan on. (Vähäkangas ym. 2017, 21-22.) Matalan MAPLe -arvon saavilla asiakkailla ei RAI:n mukaan ole merkittäviä ongelmia kognition, käyttäytymisen tai ympäristökäyttäjien suhteen, ja heidän katsotaan mittarin perusteella olevan melko omatoimisia (InterRAI 2020). Vaasan kaupungin kotihoitoon palvelujen myöntämisen yhtenä kriteerinä on, että asiakkaan MAPLe\_5 -arvon tulee olla vähintään kolme (Kotihoidon kriteerit 2018). Arvo kolme tarkoittaa, että asiakkaalla on kohtalainen palvelutarve. MAPLe\_5 -mittari muodostuu useista eri RAI-arvioinnin osa-alueista ja kysymyksistä. Se huomioi asiakkaan kognition (CPS) tilan, arkisuoriutumiskyvyn (ADL), ravitsemuksen, mahdolliset käyttäytymiset, kotiympäristön mahdolliset ongelmat, lääkityksestä suoriutumisen, haavatilanteen, mahdolliset kaatumiset, aterioiden valmistamisen sekä sen, onko asiakas RAI:n muodostaman geriatrisen seulan mukaan itsenäinen vai ei. (THL2019.) MAPLe -asteikosta löytyy myös laajempi MAPLe 15 -ryhmittelijä, jossa asiakkaat ovat palvelutarpeensa mukaan luokiteltu erilaisiin alaryhmiin. Alaryhmit auttavat hahmottamaan asiakkaan mahdollisia riskitekijöitä, joita tarkastelemalla voidaan ennaltaehkäistä tai siirtää suurempaa palvelutarvetta tulevaisuuteen. (Vähäkangas ym. 2017, 23-24.)

ADL-H\_6 -mittari (Activities of Daily Living Hierarchy) kuvaa asiakkaan arkisuoriutumista perustoimintojen osalta. Mittari huomioi asiakkaan liikkumiskyvyn, avun tarpeen WC-toiminnoissa ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa sekä asiakkaan kyvyn ruokailla. ADL-mittariasteikko on hierarkkinen, mikä tarkoittaa, että mitä korkeamman arvon asiakas saa, sitä suurempi avuntarve hänellä mittarin mukaan edellä mainittujen perustoimintojen suhteen on. Mittariasteikko on 0-6. 0 -arvon saava asiakas on mittarin mukaan edellä mainittujen toimintojen osalta itsenäinen, arvon kuusi saava asiakas puolestaan täysin autettava. ADL-mittarista on saatavilla myös laaja asteikko, jonka skaala on 0-28. Asteikko on seitsemän eri toimintakyvyn osa-alueen summa, joka kuvaa ADL-H\_6 -mittaria herkemmin mahdolliset vaihtelut asiakkaan toimintakyvyssä. (THL 2019.)

Asiakkaan kognitiota kuvaa kognitiivisten toimintojen mittari CPS (Cognitive Performance Scale). Mittari huomioi asiakkaan päätöksentekokyvyn sekä sen mahdolliset puutteet, lähimuistin, miten asiakas tulee ymmärretyksi sekä asiakkaan kyvyn syödä itse. Asteikon skaala on 0-6, ja mitä korkeamman arvon asiakas saa, sitä suurempi kognition alenema hänellä mittarin mukaan on. Näin ollen arvon nolla saavalla asiakkaalla ei RAI-arvioinnin mukaan ole kognitiivista alenemaa, kun taas puolestaan arvon kuusi saavalla asiakkaalla kognition heikkeneminen on erittäin vaikea. (THL 2019.)

Asiakkaan arkisuoriutumista välinetoimintojen osalta kuvaa IADL-21 -mittari (Instrumental Activities of Daily Living Capacity). Mittari koostuu seitsemästä eri arki-suoriutumisen toiminnosta, jotka ovat aterioiden valmistus, kotiaskareet, raha-asioiden hoito, lääkityksestä suoriutuminen, puhelimen käyttö, kulkuvälineiden käyttö sekä ostoksilla käynti. Mittarin skaala on 0-21, ja jokainen mittarissa huomioitava toiminto pisteytetään asiakkaan avuntarpeen mukaan. Mitä korkeammat pisteet asiakas saa, sitä enemmän hänellä on avuntarvetta välinetoimintojen saralla. Lyhyt IADL-6 -mittari kuvaa puolestaan sitä, miten paljon asiakkaalla on vaikeuksia suoriutua aterioiden valmistamisesta, tavallista kotitaloustöistä sekä pu-

helimen käytöstä. Mittariasteikko on 0-6. Mikäli asiakkaalla ei ole vaikeuksia missään edellä mainituista toiminnoista, saa hän arvon yksi, mikäli asiakkaalla on paljon vaikeuksia kaikissa, saa hän arvon kuusi. (THL 2019.)

RAI HC-osittaisarviointin avulla on mahdollista tarkastella myös asiakkaan mahdollisia masennusoireita (DRS-mittari), kiputilannetta (Pain-mittari), painoindeksiä (BMI) sekä terveyden vakautta (CHES-mittari). Masennusasteikko DRS (Depressing Rating Scale) on seitsemän erilaisen masennusoireen summa, mittarin asteikko on 0-14. Mikäli asiakas saa nolla pistettä, ei hänellä mittarin mukaan ole masennusoireita. 14 pistettä puolestaan tarkoittaa, että asiakkaalla on runsaasti masennusoireita, ja näin ollen myös masennusepäily. Pain-mittarin skaala on 0-3, arvon nolla mukaan asiakkaalla ei ole kipuja, kun taas arvo 3 kuvaa asiakkaalla olevan päivittäin tai ajoittain vaikeaa tai sietämätöntä kipua. BMI (Body Mass Index) eli painoindeksi on asiakkaan paino jaettuna pituuden neliöllä. Terveyden vakauden mittari CHES (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs) koostuu yhdeksän eri kysymyksen summamuuttujasta. Mittarin asteikko on 0-5. Mikäli asiakas saa arvon nolla, on hänen terveydentilansa RAI-arvioinnin mukaan vakaa. Arvo viisi puolestaan kuvastaa hyvin epävakaa terveydentilaa. (THL 2019.)

#### **4.2.2 RAI-herätteet**

RAI-arvioinnista esille nousevat CAPsit (Clinical Assessment Protocols), suomennettuna herätteet, ovat hoitohenkilökunnan avuksi kehitetty järjestelmä, joka ohjeistaa henkilökuntaa asiakkaan hoitosuunnitelman teossa. Herätteitä on useita erilaisia, ja yhdellä asiakkaalla on yleensä useita herätteitä aktivoituneena. Heräte aktivoituu, mikäli RAI-arvioinnissa on vastattu tietyllä tavalla tiettyihin herätteen aktivoiviin kysymyksiin. Esimerkkejä herätteistä ovat laitoshoitoon joutumisen uhka ja kaatuminen. Mikäli asiakkaalla on jokin heräte aktivoitunut, tulee asiaan mahdollisuuksien mukaan puuttua. (Finne-Soveri 2017, 26-27.) Finne-Soverin (2017, 26) mukaan herätteet ovat usein herkkiä, mutta eivät välttämättä tarkkoja. Tällä tarkoitetaan sitä, että herätteen aktivoituminen kertoo asiakkaan mahdolli-

sesta ongelmasta, mutta ei suoraan selitä sen taustalla olevia syitä. Onkin oleellista miettiä jokaisen herätteen kohdalla, onko asia asiakkaan kannalta merkityksellinen.

### **4.3 RAI-järjestelmä Vaasan kaupungin kotihoidossa**

Vaasan kaupungin kotihoito otti RAI-järjestelmän käyttöön vuonna 2017. RAI-järjestelmää käytetään sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa. Kotihoidossa on käytössä kotihoitoon suunniteltu RAI HC -arviointiväline (Home Care), tehostettu palveluasuminen puolestaan käyttää ympärivuorokautiseen hoivaan kehitettyä RAI LTC -arviointivälinettä (Long Term Care). Lisäksi HC-osittaisarviointi on käytössä kotihoidon kartoitus- ja kotiuttamistiimeissä, omaishoidon tuessa, kotikuntoutuksessa, muistipoliklinikalla sekä seniorineuvolassa. (Vaasan kaupungin suunnitelma ikääntyneen väestön tueksi 2020-2025.) Vuoden 2020 ensimmäisen THL:n koostaman RAI-vertailutiedon mukaan lähes kaikki tehostetun palveluasumisen asukkaista sekä säännöllisiä kotihoidon palveluita saavista asiakkaista olivat Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidossa RAI-arvioituja (THL 2020 d).

#### **4.3.1 Kotihoidon RAI-prosessi**

Kotihoidon asiakkaalle tehdään RAI-arviointi ensimmäistä kertaa silloin, kun hän hakeutuu palvelutarpeen arvioinnin piiriin. Yleensä tämä tapahtuu kartoitustiimin kautta. Kartoitustiimi tekee asiakkaan luo kotikäynnin, jossa asiakkaan palvelutarvetta sekä toimintakykyä arvioidaan RAI HC-osittaisarvioinnin avulla. (Kotihoidon RAI-prosessi 2020.) Mikäli asiakkaalle aloitetaan kotihoidon palvelut, siirtyy hän oman alueensa kotihoidon ryhmään tai palveluseteliasiakkaaksi, mikäli kaupungin kotihoidon ryhmä on täynnä (Kotihoidon kriteerit 2018).

Kotihoidossa omahoitaja tekee asiakkaalle RAI HC-kokonaisarvioinnin mahdollisimman pian asiakkaan sisäänkirjauksen jälkeen. Omahoitaja tekee arvioinnin yhteistyössä asiakkaan ja omaisten kanssa. Kotisairaanhoido täyttää RAI-arvioinnista

lääkitys- ja diagnoosi -osiot. Tämän jälkeen RAI-arviointi lukitaan ja arviointi tehdään uudelleen puolen vuoden kuluttua, tai tarvittaessa aiemmin, mikäli asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu jokin oleellinen muutos. Arvioinnin lukitsemisen yhteydessä tarkastetaan mittaritulokset ja aktivoituneet herätteet, sekä päivitetään asiakkaan hoitosuunnitelma. Kun asiakkaan hoitosuhde kotihoitoon päättyy, hänet uloskirjataan RAI-ohjelmasta. (Kotihoidon RAI-prosessi 2020.)

#### **4.3.2 RAI-vertailutieto**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL tuottaa kaksi kertaa vuodessa lukittujen RAI-kokonaisarviointien pohjalta RAI-vertailutietoa, jonka avulla saadaan tietoa esimerkiksi tietyn organisaation asiakasrakenteesta sekä hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä (THL 2020 c). Vaasan kaupungin kotihoito ja tehostettu palveluasuminen seuraavat puolivuositain RAIsta saatavaa vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi asiakasrakenteen seurannassa, ja asiakkaan hoitoon liittyvien onnistumisten sekä mahdollisten kehittämiskohteiden havainnoinnissa. Vertailutiedosta seurattavia asioita ovat kotihoidon asiakasrakenne sekä erilaiset laatuindikaattorit, kuten päivystyskäyntien ja kaatumisten prosentuaalinen lukumäärä tietyn ajanjakson sisällä. RAI-vertailutieto käsitellään kahdesti vuodessa esimiestasolla, sekä kotihoidon alueilla ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoitohenkilökunnan kanssa. (Vaasan kaupungin suunnitelma ikääntyneen väestön tueksi 2020-2025.)

## 5 AIEMPIA TUTKIMUKSIA

Etsittäessä aiempia tutkimuksia RAI-järjestelmän käytöstä palvelutarpeen arvioinnin työvälineenä käytettiin hakusanoja ”RAI”, ”Resident Assessment Instrument” sekä ”palvelutarpeen arviointi”. Haku suoritettiin sähköisesti Medicin, Cinahlin sekä THL:n RAI-julkaisuja hakupalveluiden avulla. Seuraavaksi esitellään hakujen perusteella esille nousseita tutkimuksia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2014 julkaiseman Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan raportissa (Mäkelä, Alastalo, Noro & Finne-Soveri. 2014, 133) selvitettiin kuntakyselyn ja toimintayksikkökyselyjen avulla toimintakyvyn mittauksen tapoja kunnissa. Kyselyiden mukaan asiakkaan toimintakyvyn selvittäminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä oli systemaattista, ja fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä arvioitiin usein. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin erilaisia mittareita, joista useimmiten mainittiin erilaiset ADL-mittarit. Kuntakyselyn mukaan 26 %:lla vastaajista oli käytössä RAI-arviointijärjestelmä osana asiakkaan palvelutarpeen arviointia. RAI-järjestelmän mittareista käytössä olivat ADL-mittarit, fyysisen toimintakyvyn mittarit, kognitiivisen toimintakyvyn mittarit, psyykkisen toimintakyvyn mittarit, sosiaalisen toimintakyvyn mittarit sekä muita mittareita. (Mäkelä ym. 2014, 133-134.)

Toimintayksikkökyselyssä selvitettiin toimintakyvyn osa-alueiden käytön järjestelmällisyyttä ja käytössä olevia mittareita. Asiaa analysoitiin esimerkiksi selvittämällä, oliko toimintayksikön useimmille asiakkaille laadittu kuntouttavaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tutkimuksessa selvisi, että kotihoidossa kaikille tai lähes kaikille 46 %:lle yksityisen ja 30 %:lle julkisen puolen yksikköjen asiakkaista oli laadittu kuntouttava hoitosuunnitelma. Tutkimuksessa selvisi myös, että järjestelmällinen, vähintään neljää eri toimintakyvyn osa-alueetta kartoittava toimintakyvyn arviointi edisti hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuden saavuttamista. (Mäkelä ym. 2014, 136-138.)



Raportin mukaan toimintakyvyn arviointikäytännöt olivat usein kapea-alaisia sekä epäjärjestelmällisiä, sekä validoimattomia mittareita käytettiin paljon. Toimintakykyä arvioitiin julkisissa palvelutuottajien toimintayksiköissä yksityistä sektoria järjestelmällisemmin niin ympärivuorokautisessa hoivassa kuin kotihoidossakin. Raportissa myös todetaan, että kehittämällä toimintakyvyn arviointikäytäntöjä mahdollistetaan se, että toimintakykyä tukevat palvelukokonaisuudet ja prosessit kehittyvät ja niitä seurataan. Järjestelmällisyys, laaja-alaisuus, yhtenäisyys sekä vertailukelpoisuus ovat prosessien kehittämisessä avainasemassa. (Mäkelä ym. 2014, 139.)

THL keräsi vuonna 2015 tietoa asiakkaiden kokemasta hoidon laadusta. Kyselyssä oli mukana 2940 asiakasta kotihoidosta sekä ympärivuorokautisesta hoivasta. Eräs kyselyn teemoista oli asiakkaiden kokemus omaa hoitoaan koskevasta päätöksentekoon osallistumisesta. Tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaat osallisuivat oman hoitonsa suunnitteluun selvästi ympärivuorokautisen hoivan asiakkaita enemmän. 80 % kotihoidon asiakkaista kertoi osallistuvansa aina tai useimmiten oman hoitonsa suunnitteluun. Tutkimuksessa todettiin kotihoidon toimintakäytäntöjen ottavan ympärivuorokautista hoivaa paremmin asiakkaan toiveet huomioon. Valtaosa kotihoidon asiakkaista (90 %) niin ikään koki saavansa riittävästi tietoa omasta hoidostaan. (Kehusmaa, Vainio & Alastalo 2016, 1-4.)

Alatalo, Ilvesluoto, Joonas, Koistinaho, Kortelainen, Penttilä-Sirkka ja Vääräniemi (2014, 3) selvittivät pro gradu -tutkielmassaan palvelutarpeen toteutumista ikään-tyneillä. Tutkimus toteutettiin Webropol -kyselyllä sekä teemahaastattelulla. Tutkimustulosten mukaan fyysisen ja kognitiivisten toimintakyvyn osa-alueet painotuitivat eniten toimintakyvyn arvioinnissa, kun taas puolestaan sosiaalinen ja psyykinen ulottuvuus jäivät vähemmälle huomiolle. Sosiaalisen ulottuvuuden katveeseen jäämistä tulkittiin mittareiden sekä osaamisen puutteella. (Alatalo ym. 2014, 77-78.) Tutkimuksessa todettiin monipuolisuuden, oikea-aikaisuuden sekä asiakaslähtöisyyden yhdessä eri näkökulmien ja eri keinoin hankitun tiedon kanssa

olevan laadukkaan palvelutarpeen arvioinnin takeita (Alatalo ym. 2014, 84). Alatalon ym. mukaan (2014, 85-86) mukaan toimintakykymittareiden käytön puute sekä läheisen läsnäolon puute palvelutarpeen arvioinnissa aiheuttivat sen, että toimintakyvyn eri osa-alueita huomioitiin kaikkein vähiten.

Alatalo ym. (2014) tutkivat myös palvelutarpeen arvioinnin vaikutuksia asiakkaan palvelusuunnitelmaan. Tutkimustuloksien mukaan laadukas ja monipuolinen palvelutarpeen arviointi johti yleensä hyvään palvelusuunnitelmaan ja siihen, että palvelut toteutuivat suunnitellusti. Tällöin myös osallisuus, tavoitteellisuus sekä voimavara- ja lähtöisyys toteutuivat palvelusuunnitelmassa. (Alatalo ym. 2014, 86-87.)

Tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset kokivat osallisuuden toteutuneen joko hyvin tai huonosti. Osallisuuden kannalta ikääntyneet kokivat tärkeänä sen, että heitä kuunneltiin, tarjottiin vaihtoehtoja sekä sen, että he pääsivät vaikuttamaan palveluihin, joita heille aloitettiin. Osa ikääntyneistä ei kuitenkaan halunnut välttämättä osallistua päätöksentekoon, vaan luotti ammattilaisen mielipiteeseen. (Alatalo ym. 2014, 90.)

Tutkimuksesta ilmeni työntekijän koulutuksella olevan vaikutusta siihen, mitkä asiat ikäihmisen palvelutarpeen arvioinnissa painottuivat. Terveystieteiden koulutuksen saaneet työntekijät keskittyivät enemmän eri toimintakyvyn osa-alueisiin, kun taas sosiaalialan koulutuksen saaneet painottivat enemmän riippuvuussien ja ihmissuhdeongelmien merkitystä. Johtopäätöksenä oli, että riittävän ammattitaidon ja moniammatillisuuden merkitys ovat ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnissa tärkeässä roolissa. (Alatalo ym. 2014, 91-92.)

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusotteella, ja sen tarkoituksena oli kuvata RAI-arviointia osana Vaasan kaupungin kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia. Tarkoituksena oli kuvata kotihoidon kartoitustiimin työntekijöiden kokemuksia RAI-arvioinnista, sekä selvittää, toteutuiko palvelutarpeen arviointi kotihoidon uusien asiakkaiden kohdalla RAI-lähtöisesti ja osallistettiin asiakas osaksi oman hoitonsa suunnittelua. Opinnäytetyön toteutustapa oli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelemalla Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimin työntekijöitä. Aineistoanalyysin lähestymistapa oli induktiivinen, ja aineiston analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

### 6.1 Tutkimusote

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisesti eli laadullisen lähestymistavan avulla. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa ymmärtämisen lisääntymisen tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57). RAI-järjestelmän hyödyllisyyttä kartoitustiimin työn apuvälineenä voi mitata osittain myös määrällisesti, mutta laadullinen näkökulma tuo arvokasta tietoa kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnista. Tämän vuoksi tutkimuksen lähestymistapa oli kvalitatiivinen.

Opinnäytetyön tieteenfilosofinen lähtökohta oli fenomenologinen. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kohteena ja tutkijana olivat ihminen. Fenomenologisessa tutkimuksessa keskiössä ovat inhimillisen kokemuksen merkitykset. Tämän tieteenfilosofian kannalta tärkeitä näkökulmia ovat kokemus, merkitys sekä yhteisöllisyys. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tähän tutkimukseen valittiin fenomenologinen lähestymistapa, koska tutkija halusi selvittää ja kuvata kartoitustiimin työntekijöiden kokemuksia ja niiden merkityksiä tutkittavan ilmiön kannalta.

Laadullisessa tutkimuksessa todellisuus ja siitä saatavan tiedon subjektiivisuus korostuvat. Tutkittavien ihmisten näkökulmat, kokemukset ja tutkijan vuorovaikutus

yksittäisen havainnon kanssa ovat oleellisia tutkimuksen kannalta. Aineisto kerätään usein haastattelun ja havainnoinnin keinoilla. (Puusa & Juuti 2020.) Tuomi ja Sarajärvi (2018, 13) toteavat, että laadullinen tutkimus perustuu havaintojen teoriapitoisuuteen. Tuomen ja Sarajärven mukaan tämä tarkoittaa, että yksilön käsitys ja merkitys tutkimusaiheesta sekä tutkimuksessa käytettävät välineet vaikuttavat tutkimuksen tulokseen, mikä puolestaan tarkoittaa, että teoriaperustelut korostuvat laadullisen tutkimuksen perusteluissa. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä, jossa analyysin avulla tarkastellaan tutkittavaa aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi, 14-15.) Aineistoanalyysin avulla kuvaillaan, tulkitaan sekä ymmärretään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä, ja tulokset raportoidaan kirjallisesti (Puusa & Juuti 2020).

## **6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja toteutus**

Opinnäytetyön kohteena toimi Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimi. Kartoitustiimin tehtävänä on kartoittaa kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarve ja laatia heille jatkosuunnitelma (Kotihoidon omavalvontasuunnitelma 2020). Kartoitustiimi koostuu neljästä työntekijästä, jotka ovat palveluohjaaja, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti sekä palveluneuvoja. Haastatteluun osallistuivat tiimin sairaanhoitaja, toimintaterapeutti sekä palveluohjaaja. Palveluneuvoja rajattiin tämän opinnäytetyön kohderyhmän ulkopuolelle, koska hän ei työssään osallistu RAI-arviointien tekemiseen tai niiden tulosten käsittelyyn.

## **6.3 Tutkimusaineiston keruu**

Haastattelu on hyvin abstraktien ilmiöiden tutkimiseen soveltuva keino. Se on joustava aineistonkeruun menetelmä, sillä tutkija voi tarvittaessa pyytää haastateltavilta tarkennuksia esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun avulla pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa sekä riittävän monipuolinen kuva tutkittavasta asiasta. Haastattelun tulee perustua tutkijan ja haastateltavien väliseen luottamukseen. (Puusa & Juuti 2020.)

Ryhmähaastattelussa paikalla on samaan aikaan useita haastateltavia henkilöitä. Ryhmähaastattelu on toimiva aineistonkeruumenetelmä etenkin silloin, kun tutkija pyrkii saamaan tutkittavasta ilmiöstä haastateltavien yhteisen käsityksen. Ryhmähaastattelussa tutkija voi esittää kysymyksen koko ryhmälle, tai välillä kohdentaa sen pelkästään yhdelle haastateltavista. Myös yksilöiden näkökulmat huomioidaan. Tämä tekee ryhmähaastattelusta joustavan ja monikäyttöisen aineistonkeruumenetelmän. (Puusa & Juuti 2020.) Tutkimuksen haastattelun kohteena oli Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimin työntekijät, joista ryhmähaastatteluun osallistuivat tiimin sairaanhoitaja, toimintaterapeutti sekä palveluohjaaja. Kaikki haastateltavat olivat työskennelleet kotihoidossa useamman vuoden ennen kartoitustiimin perustamista. Ennen haastattelun toteuttamista tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Suostumuslomakkeen mukana toimitettiin saatekirje (liite 2), josta ilmenivät tutkimuksen tarkoitus, toteutustapa sekä vapaaehtoisuus.

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna kotihoidon tiloissa marraskuussa 2020. Haastattelua varten laadittiin avoimen teemahaastattelun tutkimuskysymykset (liite 1). Aikaa haastattelulle oli varattu tunnin verran, mikä oli riittävästi. Tutkimuksen toteutusta varten haettiin Vaasan kaupungilta asianmukaiset tutkimusluvut.

#### **6.4 Tutkimusaineiston analyysi**

Tutkimusaineiston analyysin avulla pyritään kuvailemaan, tulkitsemaan sekä ymmärtämään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen aineisto on yleensä runsas, ja tutkija saattaa löytää sen joukosta asioita, joita ei etukäteen odottanut löytävänsä. Tämän vuoksi tutkimuskohteen tulee olla tarkkaan rajattu. Analyysi ja synteesi ovat asioita, jotka yhdistyvät laadullisessa tutkimuksessa. Tämä tarkoittaa kerätyn aineiston purkamista pieniin osiin, jonka jälkeen aineiston pohjalta kootaan synteesejä ja aineisto kootaan uudelleen. Lopuksi tutkija koostaa analyysin pohjalta johtopäätöksiä, jotka hän raportoi kirjallisesti. Näin syntyy tutkimuksen lopputulema, joka perustuu tieteelliselle pohjalle. (Puusa & Juuti 2020.)

Tämän tutkimuksen aineistoanalyysi toteutettiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivisen sisällönanalyysin voidaan sanoa muodostuvan kolmesta eri vaiheesta, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely, sekä abstrahointi, jolla tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden luomista. Redusoinnissa data on esimerkiksi auki kirjoitettuna haastatteluna. Redusoinnin tarkoituksena on karsia aineistosta tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Aineistoista voidaan poimia alkuperäisilmaistuksia, jotka muotoillaan pelkistettyyn muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

**Taulukko 1.** Esimerkki aineiston redusoinnista.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>"Ja kun niitä (diagnooseja) on muutakin. Parkinson ja sydäninfarkti, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintakykyyn, jotka olisi tärkeää, että tulisi esille."</i>	Diagnoosien lukumäärä Diagnoosien vaikutus toimintakykyyn
<i>"Usein ne on näitä kun alkaa olla ongelmia siivouksen kanssa tai käydä kaupassa, tai lääkkeiden kanssa. Nämä on aika tavallisia."</i>	Välinetoiminnot

Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Tämä tarkoittaa, että aineistosta poimitut alkuperäisilmaukset tutkitkaan tarkasti, ja niistä etsitään mahdollisia samankaltaisuuksia tai eroja kuvaavia käsitteitä. Tässä vaiheessa aineisto tiivistyy. Aineiston pohjalta voidaan muodostaa ala-, ylä- ja pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

**Taulukko 2.** Esimerkki aineiston klusteroinnista.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokat
Diagnoosien lukumäärä Diagnoosien vaikutukset toimintakykyyn	Arvioinnin sisältö
Välinetoinnot	Haasteet kotona pärjäämisessä

Abstrahoinnin eli tieteellisten käsitteiden luomisen vaiheessa alkuperäisaineistosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä sekä johtopäätöksiä. Luokituksia yhdistellään niin kauan kuin aineiston sisältö sen mahdollistaa. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tämä edellyttää tutkijalta tulkintaa ja päättelyä. Tuloksissa kuvataan luokittelussa muodostuneet kategoriat sisältöineen. Lisäksi johtopäätösten avulla tutkijalle syntyy ymmärrys asioiden merkityksistä tutkittaville. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

**Taulukko 3.** Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Arvioinnin sisältö	RAI työn apuvälineenä	RAI-järjestelmä kartoitustieteen työvälineenä

Tutkimuksessa tutkija määritteli ryhmähaastattelun kysymykset etukäteen (liite 1). Haastattelun ennakkoon määritellyt aihealueet käytiin läpi haastattelun aikana. Haastattelu nauhoitettiin sanelinsovelluksella puhelimeen. Tämän jälkeen tallennettu haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi. Fonttityyli Times New Romanilla ja riviväli 1,5:llä litteroitua aineistoa syntyi 11 sivua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, eli aineisto redusoiitiin, klusteroitiin ja abstrahoiitiin. Aineistosta oleellisesti nousevat ilmaukset pelkistettiin, ja luokiteltiin eri teemojen mukaan pää-, ala- ja yläluokkiin. Alaluokista muodostettiin teoreettisia käsitteitä, jotka analysoitiin ja raportoitiin.

## 6.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan on tutkimusta tehdessään tehtävä parhaansa haittojen ja epämukavuuksien riskien minimoimiseksi. Tämä asia tutkijan tulee huomioida jo tutkimussuunnitelmaa tehdessään. Tutkijan tulee olla toiminnassaan ehdottoman rehellinen ja hänen tulee toimia ihmisarvoa kunnioittavasti, vastuullisesti sekä muiden eettisten vaatimusten mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-177.)

Tämä tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti, mikä tarkoittaa, että tutkimus tehtiin rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta noudattaen (TENK 2012). Tutkimusta varten hankittiin asianmukaiset tutkimusluvut, ja tutkimusta tehdessä noudatettiin hyvää eettistä käytäntöä niin tiedonhankinnassa, itse tutkimuksen tekemisessä kuin tulosten julkaisemisessa (TENK 2012).

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 117) mukaan itsemääräämisoikeus on eräs tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 117) toteavat, että tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidon vapaaehtoista, ja tutkittavilla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tässä tutkimuksessa tutkittaville korostettiin tutkimukseen osallistumisen perustuvan täydelliseen vapaaehtoisuuteen. Tutkittaville toimitettava kutsu tutkimukseen oli neutraali, ja tutkittaville annettiin mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan mahdollisiin lisäkysymyksiin liittyen. Osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen, mikä tarkoittaa, että tutkittavat olivat täysin tietoisia tutkimuksen luonteesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178). Tutkimukseen osallistuvat ilmaisivat suostumuksensa allekirjoittamalla suostumuslomakkeen, joka toimitettiin heille etukäteen.

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelulla. Ryhmähaastattelun haasteena voi olla se, ettei tutkittava ole halukas ilmaisemaan omaa mielipidettään toisten kuullen (Alasuutari 2014, 152). Tutkittaville korostettiin luottamuksellisuutta sekä yksityisyyttä. Haastattelutilanne pyrittiin luomaan tutkittaville mahdollisimman



miellyttäväksi. Tutkimuksen raportoinnissa käytetään neutraalia esittämismuotoa (Vilkku 2007, 164).

Anonymiteetti on yksi tärkeistä tutkimuseettisistä kysymyksistä. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle, ja tutkimusaineisto tulee säilyttää hyvin suojattuna (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Tässä opinnäytetyössä noudatettiin anonymiteetin periaatetta. Tutkija huolehti siitä, ettei tutkittavien henkilöllisyys tai yksittäisten asiakkaiden henkilöllisyydet paljastuneet ulkopuolisille missään vaiheessa tutkimusta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen mukaan (2009, 180) anonymiteetti voi ylettyä myös organisaatiotasolle. Tutkija selvitti tutkimuslupaa hakiessaan, saako tutkimuskohteena olevan organisaation nimeä mainita tutkimusraportissa, ja lupa tähän myönnettiin. Tutkimusaineisto puolestaan säilytettiin lukitussa paikassa, ja tutkimukseen liittyvät tietokonetiedostot suojattiin salasanalla, joka oli ainoastaan tutkijan tiedossa. Tutkimusvastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti, ja tutkimuksen valmistuttua ne hävitettiin asianmukaisella tavalla tutkittavien anonymiteettiä suojellen.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa raportoidaan tutkimuksen tulokset haastatteluteemoittain. Tutkimustulokset on jaoteltu pääluokkiin ja yläluokkiin. Yläluokkien jälkeen esitellään yläluokista syntyneet alaluokat, jotka koostuvat haastattelumateriaalin suorista lainauksista. Haastateltavat esitetään selkeyden vuoksi muodossa ”*Haastateltava A*”, ”*Haastateltava B*” sekä ”*Haastateltava C*”. Tutkimusaineistosta muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka olivat RAI-järjestelmä kartoitustiimin työvälineenä, RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys sekä palvelutarpeen arviointiprosessi. Pääluokka RAI-järjestelmä kartoitustiimin välineenä jakautui kahteen yläluokkaan, jotka olivat kartoitustiimin RAI-toiminta sekä RAI työn apuvälineenä. Alaluokkia muodostui yhteensä 11. RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys –pääluokasta puolestaan muodostettiin neljä eri yläluokkaa, jotka olivat asiakasmateriaali, kotona pärjäämisen haasteet, RAI toimintakyvyn arvioinnissa sekä asiakkaan osallisuus. Yläluokista muodostettiin yhteensä 17 alaluokkaa. Palvelutarpeen arviointiprosessista muodostettiin puolestaan kaksi yläluokkaa, jotka olivat RAI palvelutarpeen arvioinnissa sekä kotihoidon palvelut. Yläluokista muodostettiin yhteensä 10 alaluokkaa.

### 7.1 RAI-arviointi työvälineenä kartoitustiimin työntekijän ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia tuottamalla kuvaus RAI-arvioinnista kartoitustiimin työvälineenä. Pääluokkina olivat RAI kartoitustiimin työvälineenä sekä RAI ja asiakaslähtöisyys.

**Taulukko 4.** Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

<b>Pääloukat</b>			
<b>RAI -järjestelmä kartoitustiimin työvälineenä</b>		<b>RAI ja asiakaslähtöisyys</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
<b>Kartoitustiimin RAI-toiminta</b>	Toiminnan aloitus Toiminnan tarkoitus RAIn käyttöönotto Haasteet RAI:n käyttöönotossa RAIn hyödyllisyys Yhtenäinen työväline RAI-osaaminen HC-osittaisarviointi	<b>Asiakasmateriaali</b>	Ikääntyneet Mielenterveysasiakkaat Sosiaalipuolen asiakkaat Traumasta toipuvat asiakkaat
<b>RAI työn apuvälineenä</b>	Arvioinnin pituus Arvioinnin teon sujuvuus Arvioinnin sisältö Arviointiympäristö Kotiuttamistiimi	<b>Kotona pärjäämisen haasteet</b>	Välinetoiminnot Siivous Kaupassa käynti Lääkehoito Sosiaaliset ongelmat
		<b>RAI toimintakyvyn arvioinnissa</b>	Kaikille ei mahdollinen Pääsääntöisesti jokainen arvioidaan Nuoret mielenterveysasiakkaat Tietyt tilanteet
		<b>Asiakkaan osallisuus</b>	Arvioinnin läpikäyminen asiakkaan kanssa RAI oman työn apuväline Asiakkaan osallistuminen Omaisien osallistuminen

### 7.1.1 RAI-järjestelmä kartoitustiimin työvälineenä

RAI-arvioinnista kartoitustiimin työvälineenä muodostettiin kaksi yläluokkaa, jotka olivat kartoitustiimin RAI-toiminta sekä RAI työn apuvälineenä. Yläluokat on esitelty taulukossa 5.

**Taulukko 5.** RAI-arviointi kartoitustiimin työvälineenä yläluokat.

<b>RAI-järjestelmä kartoitustiimin työvälineenä</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
<b>Kartoitustiimin RAI-toiminta</b>	Toiminnan aloitus Toiminnan tarkoitus RAIn käyttöönotto Haasteet RAIn käyttöönotossa RAIn hyödyllisyys Yhtenäinen työväline RAI-osaaminen HC-osittaisarviointi
<b>RAI työn apuvälineenä</b>	Arvioinnin pituus Arvioinnin teon sujuvuus Arvioinnin sisältö Arviointiympäristö Kotiuttamistiimi

### Kartoitustiimin RAI-toiminta

Kartoitustiimin RAI-toiminnasta muodostettiin kahdeksan alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 6.

**Taulukko 6** Kartoitustiimin RAI-toiminnan alaluokat.

RAI-arviointi työvälineenä	
Yläluokat	Alaluokat
Kartoitustiimin RAI-toiminta	Toiminnan aloitus Toiminnan tarkoitus RAIn käyttöönotto Haasteet RAIn käyttöönotossa RAIn hyödyllisyys Yhtenäinen työväline RAI-osaaminen HC-osittaisarviointi

Kartoitustiimin toiminnan aloituksesta kerrottiin, että tiimi oli aloittanut toimintansa vuonna 2018. Kaikki haastateltavat olivat olleet mukana tiimissä sen perustamisesta lähtien, ja olleet näin ollen mukana luomassa tiimin käytäntöjä ja organisoimassa sen toimintaa. Tiimin toiminnan tarkoituksena on kartoittaa, aloitetaanko asiakkaalle kotihoidon palveluita vai ei. RAI-arviointia tiimissä oli käytetty tiimin toiminnan aloittamisesta saakka. Tuolloin käytössä oli RAI HC-osittaisarviointi. Haastateltava A kuvasi RAIn käyttöönottoa kartoitustiimissä näin:

*”Henkilökohtaisesti tykkäsin, että se oli hyvä, että meillä oli valmiina yksi arviointiväline, ja kaikki tiedettiin, että sitä käytettäisiin.”*

RAIn käyttöönotto kartoitustiimissä koettiin kuitenkin myös jonkin verran haasteelliseksi.

*Haastateltava B: ”Että olihan siitä apua silleen kun lähdettiin. Varmaan oltiin vähän epävarmoja, että miten osataan ja täytetäänkö oikein ja näin. Se mitä ehkä itse alussa mietin oli, että osataanko me vastata näihin kysymyksiin oikein.”*

Kaiken kaikkiaan RAI:n käyttöönotto koettiin kartoitustiimissä alusta lähtien positiivisena asiana. Tiimin jäsenet kokivat hyvänä asiana sen, että heillä oli käytössään yhtenäinen työväline, jonka avulla kartoittaa asiakkaan toimintakykyä ja arvioida hänen palvelutarvettaan. Jokaisella tiimin työntekijällä oli kokemusta RAI:n tekemisestä jo ennen tiimin aloitusta, tosin jokainen heistä oli täyttänyt arvioista eri osioita ja erilaisissa tilanteissa. Haastateltava B kuvasi omaa RAI-osaamistaan ennen kartoitustiimin aloitusta seuraavasti:

*”Tehtiin jonkun verran kun oltiin kotikäynnillä silloin ennen kartoitustiimiä, mutta ei siihen päästy sillä tavalla ehkä oikein kiinni. Harvoin saatiin kokoon silleen, että olisi ollut kaikki ammattiryhmät ja näin. Että kyllähän se tässä tiimissä on sitten tullut niin kuin tavallaan se ”tatsi” siihen.”*

Myös haastateltava C kertoi, että RAI oli hänelle tuttu entuudestaan, mutta RAI-arviointia hän ei kokonaisuudessaan ollut ennen tiimin toiminnan aloitusta täyttänyt. Haastateltava A puolestaan kertoi saaneensa RAIhin järjestelmän käyttöönoton yhteydessä koulutuksen, mutta ei ollut koskaan osallistunut arvioinnin tekemiseen. Voidaan siis todeta, että RAI oli tiimin jäsenille tiimin toiminnan alkaessa työvälineenä melko uusi.

Haastatteluhetkellä kartoitustiimillä oli käytössä RAI HC-osittaisarviointi, jonka he täyttivät kokonaisuudessaan BMI-mittaria lukuun ottamatta. Arviointivälineessä ei ollut tapahtunut tiimin olemassaolon aikana muutoksia.

## RAI työn apuvälineenä

RAI-arvioinnista kartoitustiimin työn apuvälineenä muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 7.

**Taulukko 7.** RAI työn apuvälineenä alaluokat.

RAI-arviointi kartoitustiimin työvälineenä	
Yläluokat	Alaluokat
RAI työn apuvälineenä	Arvioinnin pituus Arvioinnin teon sujuvuus Arvioinnin sisältö Arviointiympäristö Kotiuttamistiimi

RAI HC-osittaisarviointi koettiin tiimin toimintaan pituudeltaan sopivaksi. Haastateltava B kuvasi HC-osittaisarviointia seuraavasti:

*”Ja tuossa (HC-osittaisarvioinnissa) tulee kuitenkin aika paljon niitä tärkeitä, mitä on hyvä tietää. Se on sellainen sopiva. Se ei oo kuitenkaan liian pitkä. Ja sitten, usein nyt meillä pomppaa näitä (asiakkaita) uudestaan nyt kun ollaan jo kaks vuotta pian oltu, niin sittenhän siellä on jo täytetty, niin se on aika hyvä pohja kun sä lähdet sitten uudestaan, niin sä näet mikä täällä on muuttunut.”*

Tiimin toiminnan alussa HC-osittaisarvioinnin koettiin vievän enemmän aikaa, mutta nyt kun kysymykset ja arviointi olivat tuttuja, haastateltavat kokivat arvioinnin tekemisen sujuvaksi. Osittaisarvioinnin sisältö koettiin melko hyväksi, mutta joitain arvioinnin sisältöön liittyviä asioita kaivattiin lisää. Haastateltavat toivoivat, että HC-osittaisarvioinnissa asiakkaan diagnooseja kartoitettaisiin nykyistä laajemmin. HC-osittaisarvioinnissa kysytään, onko asiakkaalla dementia, pään vamma tai MS-tauti. Haastateltavien mukaan tämä skaala ei ole riittävän laaja. Haastateltava A kuvasi asiaa seuraavasti:

*”Ja kun niitä (diagnooseja) on muitakin. Parkinson ja sydäninfarkti, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintakykyyn, ja olisi tärkeää, että tulisivat esille.”*

Haastateltavien mielestä HC-osittaisarvioinnissa ei ollut ylimääräiseltä tai turhalta tuntuvia kysymyksiä. Heidän mukaansa jotkin kysymyksistä olivat ajankohtaisia aika harvojen asiakkaiden kohdalla, kun taas toisille asiakkaille ne sen sijaan olivat keskeisiä. Haastateltavat kokivat, että RAI-arvioinnin avulla kaikki oleelliset asiat asiakkaan toimintakykyyn liittyen tulivat läpikäydyiksi, eikä mitään oleellista unohdettu. Haastateltavat myös kertoivat käyttävänsä RAI-arvioinnin kommenttikenttää, jonka he kokivat hyvänä. Haastateltavat kokivat, että kommenttikentän täyttämistä oli asiakkaan jatkohoidon kannalta hyötyä silloin kun asiakas siirtyi kotihoidon tai omaishoidon palveluiden piiriin, jolloin muut työntekijät pääsivät katsomaan, mitä asiakkaasta oli RAI-arviointiin aiemmin täytetty. RAI-arvioinnin haastateltavat kertoivat lähes poikkeuksetta täyttävänsä asiakkaan luona. Asiakkaalle kerrottiin aina, että hänelle tehtiin RAI-arviointi, ja mistä arvioinnissa oli kyse. Haastateltava A kertoi asiasta näin:

*”Ja joskus se on näin asiakkaalle helpompi ymmärtää, että miksi me kysytään tiettyjä kysymyksiä ja miksi istutaan ja kirjoitetaan niitä ylös.”*

Haastateltavat kertoivat kartoitustiimin tekemän yhteistyötä kotihoidon kotiuttamistiimin kanssa niiden asiakkaiden kohdalla, joiden tilanteessa oli jotain epäselvää. Tilanne asiakkaan luona saattoi toisinaan erilaisista syistä olla haasteellinen, jolloin jatkohoidon suunnittelu yhden kotikäynnin perusteella oli haastavaa. Tällaisissa tilanteissa kartoitustiimi saattoi turvautua kotiuttamistiimin apuun, joka koettiin hyväksi asiaksi. Haastateltava C totesi kotiuttamistiimin kanssa tehtävästä yhteistyöstä seuraavaa:

*”Tai sitten se tilanne on semmoinen, että siitä mitenkään ei saa sitä kokonaiskuvaa muodostumaan, et se on jostain syystä niin sekava se kotikäynti. Mutta sittenhän me usein luotetaan kotiuttamistiimiin. Et jos ne voi käydä siellä muutaman päivän, oikeesti sitten näkee mitä se on.”*



### 7.1.2 RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys

RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys pääluokasta muodostettiin yläluokat asiakas-  
ateriaali, kotona pärjäämisen haasteet, RAI toimintakyvyn arvioinnissa ja asiakkaan  
osallisuus. Yläluokat on esitelty taulukossa 8.

**Taulukko 8.** RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys yläluokat.

RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys	
Yläluokat	Alaluokat
Asiakasmateriaali	Ikäntyneet Mielenterveysasiakkaat Sosiaalipuolen asiakkaat Traumasta toipuvat asiakkaat
Kotona pärjäämisen haasteet	Välinetoiminnot Siivous Kaupassa käynti Lääkehoito Sosiaaliset ongelmat
RAI toimintakyvyn arvioinnissa	Kaikille ei mahdollinen Pääsääntöisesti jokainen arvioidaan Nuoret mielenterveysasiakkaat Tietyt tilanteet
Asiakkaan osallisuus	Arvioinnin läpikäyminen asiakkaan kanssa RAI oman työn apuväline Asiakkaan osallistuminen Omaisensa osallistuminen

## Asiakasmateriaali

Asiakasmateriaalista muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 9.

**Taulukko 9.** Asiakasmateriaali alaluokat.

RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys	
Yläluokat	Alaluokat
Asiakasmateriaali	Ikääntyneet Mielenterveysasiakkaat Sosiaalipuolen asiakkaat Traumasta toipuvat asiakkaat

Haastattelussa nousi esille kartoitustiimin asiakasmateriaali. Ikääntyneet muodostivat suuren asiakasryhmän, mutta kartoitustiimin asiakkaana oli myös nuorempia asiakkaita. Esimerkkejä nuoremista asiakasryhmistä olivat esimerkiksi mielen-terveysasiakkaat, asiakkaat, joilla oli sosiaalipuolen ongelmia sekä asiakkaat, joille oli tapahtunut jokin onnettomuus, ja he tarvitsivat sen takia apua.

## Kotona pärjäämisen haasteet

Kotona pärjäämisen haasteista muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 10.

**Taulukko 10.** Kotona pärjäämisen haasteet alaluokat.

RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys	
Yläluokat	Alaluokat
Kotona pärjäämisen haasteet	Välinetoiminnot Siivous Kaupassa käynti Lääkehoito Sosiaaliset ongelmat

Kysyttäessä tarkemmin siitä, nousiko palvelutarpeen arviointipyyntöjen kohdalla esiin jokin tietty ongelma, ei osattu vastata mitään yksittäistä, selkeää haastetta. Esiin kuitenkin nousivat välinetoimintoihin, kuten siivoukseen, ruoan laittoon ja lääkitykseen liittyvät ongelmat. Haastateltava B kertoi asiasta seuraavasti:

*”Usein ne on näitä kun alkaa olla ongelmia siivouksen kanssa tai käydä kaupassa, tai lääkkeiden kanssa. Nämä on aika tavallisia.”*

Myös sosiaaliset ongelmat, kuten päihteiden väärinkäyttö olivat yleisiä. Lisäksi sosiaalipäivystykseen tulleiden ilmoitusten kautta otettiin usein yhteyttä kartoitustiimiin, jolloin tiimi meni asiakkaan luo kotikäynnille.

### **RAI toimintakyvyn arvioinnissa**

RAIn käytöstä toimintakyvyn arvioinnissa muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 11.

#### **Taulukko 11.** RAI toimintakyvyn arvioinnissa alaluokat.

<b>RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
RAI toimintakyvyn arvioinnissa	Kaikille ei mahdollinen Pääsääntöisesti jokainen arvioidaan Nuoret mielenterveysasiakkaat Tietyt tilanteet

Haastattelun aikana nousi esille, että RAI-arviointia ei pystytty aina tekemään kaikille kartoitustiimin asiakkaille. Tämä oli kuitenkin harvinaista, ja pääsääntöisesti kaikki asiakkaat tulivat arvioitua. Asiakkaat eivät käytännössä koskaan kieltäytyneet RAI-arvioinnista. Yksi haastateltavista kertoi, että tilanteita, joissa RAI-arviointia ei voitu asiakkaalle tehdä, tuli ehkä muutaman kerran vuodessa. Kysyttäessä siitä, millaisia nämä asiakkaat olivat, nousivat esille etenkin nuoret mielenterveys-häiriöistä kärsivät asiakkaat. Haastateltava B totesi asiasta näin:

*”Just tällaset nuoremmat, sanotaan tällaset kakskymppiset, kolmekymppiset.”*

Haastattelussa siis ilmeni, että nuorille mielenterveysasiakkaille ei aina pystytty tekemään RAI-arviointia. Lisäksi esiin nousivat tietyt tilanteet esimerkiksi muistisairaahan henkilön kohdalla, jolloin RAI-arviointia ei asiakkaan luona pystytty tekemään. Haastateltava A kuvaili tällaista tilannetta seuraavasti:

*”Sitten on myös tietyt tilanteet, jotka aiheuttavat sen, ettei arviointia voi ruveta täyttämään lomakkeelle, mutta se on ehkä vähän asia erikseen. Mutta henkilön käyttäytyminen ehkä, se että he eivät voi keskittyä. Mutta useimmiten se menee.”*

### **Asiakkaan osallisuus**

Asiakkaan osallisuudesta muodostettiin neljä alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 12.

**Taulukko 12.** Asiakkaan osallisuus alaluokat.

<b>RAI-arviointi ja asiakaslähtöisyys</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
Asiakkaan osallisuus	Arvioinnin läpikäyminen asiakkaan kanssa RAI oman työn apuväline Asiakkaan osallistuminen Omaisien osallistuminen

RAI-arviointia ei yleensä käyty läpi asiakkaiden kanssa sen lukitsemisen jälkeen, vaan haastateltavat kertoivat käyttävänsä RAlta enemmän oman työnsä apuvälineenä. Niissä tapauksissa, joissa asiakkaalla nousi arvioinnista jokin selkeä, yksittäinen avuntarve (esimerkiksi avun tarve suihkussa käymisessä), asiasta kerrottiin asiakkaalle.

Haastateltavat kertoivat, että asiakas osallistettiin osaksi RAI-arviointiaan. Haastateltava C vastasi kysymykseen asiakkaan osallisuudesta RAI-arviointinsa tekemiseen seuraavasti:

*”Kyllähän se asiakas on pääasia, vaikka me se täytetään, niin se asiakashan meille ne vastaukset antaa kuitenkin.”*

Joskus kartoitustiimi kävi tekemässä palvelutarpeen arviointeja myös vuodeosastoilla, jolloin tapana oli, että asiakas ei ollut koko aikaa mukana. Aluksi asioita saatiin käsitellä vain henkilökunnan kesken, jonka jälkeen asiakas liittyi hoitotiimiin. Suurimmassa osassa tapauksista asiakas oli mukana arvioinnin tekemisessä ainakin osan ajasta. Haastateltava A totesi seuraavasti:

*”Ehkä noin 99 % tapauksista asiakas on mukana.”*

Myös omaiset osallistuivat usein kotikäynneille ja näin ollen olivat mukana, kun RAI-arviointia tehtiin. Omaisten osallistuminen koettiin positiivisena etenkin silloin kun asiakkaalla oli muistisairaus tai jokin muu kognitiota heikentävä toimintakyvyn puutos. Haastateltava B kuvasi tilannetta seuraavasti:

*”No, sanotaanko, että jos on näitä muistisairaita esimerkiksi, niin on hyvä kyllä, että on omainen mukana, koska muistisairaahan mukaanhan ne pärjää tosi hyvin, ja ne osaa kaikki tehdä, eikä ole mitään ongelmia, että sitten taas tulisi ihan väärä vastaus jos vaan kuuntelis niitä muistisairaita.”*

## **7.2 RAI-arviointi osana kartoitustiimin asiakkaan palvelutarpeen arviointia**

Kolmanteen ja neljänteen tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia tuottamalla kuvaus RAI-arvioinnista osana kartoitustiimin palvelutarpeen arviointiprosessia. Pääluokaksi muodostui palvelutarpeen arviointiprosessi ja yläluokiksi RAI palvelutarpeen arvioinnissa sekä kotihoidon palvelut. Tutkimustulokset kategorioittain on esitelty taulukossa 13.

**Taulukko 13.** Kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset kategorioittain.

<b>Pääluokka</b>	
<b>Palvelutarpeen arviointiprosessi</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
<b>RAI palvelutarpeen arvioinnissa</b>	RAI-lähtöisyys MAPLe_5 –luokitus RAI-tunnusluvut RAI-herätteet Hoitosuunnitelman RAI-pohjaisuus
<b>Kotihoidon palvelut</b>	Kielteinen päätös Jatkoseuranta Palveluiden myöntäminen Aktivoiva kotihoitosuunnitelma Asiakkaan siirtyminen kotihoidon ryhmään

#### **RAI palvelutarpeen arvioinnissa**

RAI-arvioinnin merkityksestä palvelutarpeen arvioinnissa muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 14.

**Taulukko 14.** RAI palvelutarpeen arvioinnissa alaluokat.

<b>Palvelutarpeen arviointiprosessi</b>	
<b>Yläluokat</b>	<b>Alaluokat</b>
<b>RAI palvelutarpeen arvioinnissa</b>	RAI-lähtöisyys MAPLe_5 –luokitus RAI-tunnusluvut RAI-herätteet Hoitosuunnitelman RAI-pohjaisuus

Haastattelussa ilmeni, että haastateltavat kokivat asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin tapahtuvan lähes aina RAI-lähtöisesti. Haastateltavat kertoivat, että palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnettiin RAI-osittaisarvioinnista saatavaa MAPLe-5-

luokitusta. MAPLe\_5-arvon tuli olla vähintään kolme, jotta kotihoidon palvelut aloitettiin. Poikkeustapauksiakin kuitenkin oli. Esimerkiksi asiakkaat, joilla oli vähäinen pukeutumiseen tai lääkehoitoon liittyvä avuntarve, harvoin täyttivät MAPLe\_5:n asettamaa kriteeriä, mutta heille oli myönnettävä kotihoidon palvelut ainakin väliaikaisesti. Näissä tilanteissa haastateltavat tukeutuivat ammatilliseen arviointikykyynsä. Haastateltava B kuvasi asiaa seuraavasti:

*”Mutta toki sitten on näitä ykkösiä ja kakkosia (MAPLe), mun mielestä aika harvoin, mutta jos on pelkät tukisukat tai Comprilan-siteet tai silmätipat tai jotain, niin eihän se... (...) Nehän tarttee sitä apua, mutta MAPLe ei nouse kolmoseksi.”*

Haastateltavilta kysyttiin myös, kokivatko he MAPLe\_5-luokituksen käytön tukevan asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Haastateltavien mukaan luokituksesta oli apua etenkin silloin kun asiakkaalle tai omaiselle täytyi perustella, miksei kotihoidon palveluita sillä kertaa aloitettu. Haastateltava B kertoi asiasta näin:

*”Ja justiin ohjeistetaan sitten, että mikä ehkä tässä vaiheessa olis nyt se, ettei vielä niin kun kotihoitoa, mutta ei jätetäkään niitä ihan sellaseen tunteeseen, että tästä ei ollut mitään apua.”*

MAPLe\_5-luokitus oli haastateltavien mukaan hyödyllinen myös etenkin niissä tapauksissa, kun kotihoidon palveluista tehtiin virallisesti kielteinen päätös. Näitä päätöksiä yleensä tehtiin kuitenkin aika harvakseltaan, eikä kielteistä päätöstä tarvinnut tehdä läheskään joka kerta kun kotihoidon palveluita ei aloitettu. Kaiken kaikkiaan palvelutarpeen arviointi oli haastateltavien mielestä RAI:n myötä paljon selkeämpää kuin ennen kuin RAI-järjestelmä oli organisaation käytössä.

Haastateltavat kertoivat, että he eivät MAPLe\_5:n lisäksi hyödyntäneet muita RAI-mittareita tai herätteitä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Selkeää syytä tähän ei ilmennyt, mutta kiinnostusta mittareiden hyödyntämiseen löytyi, ja haastateltavat totesivat saaneensa tähän joskus koulutusta. RAI-mittareita kuitenkin

hyödynnettiin silloin, kun asiakkaalle laadittiin aktivoiva kotihoitosuunnitelma kotihoidon palveluiden aloittamisen yhteydessä. Haastateltava B totesi RAI-mittareista näin:

*”Siinäkin vois vähän kehittää itseensä, tai silleen että oppisi niitäkin käyttämään.”*

### Kotihoidon palvelut

Kotihoidon palveluista muodostettiin viisi alaluokkaa, jotka on esitelty taulukossa 15.

**Taulukko 15.** Kotihoidon palvelut alaluokat.

Pääluokka Palvelutarpeen arviointiprosessi	
Yläluokat	Alaluokat
Kotihoidon palvelut	Kielteinen päätös Jatkoseuranta Palveluiden myöntäminen Aktivoiva kotihoitosuunnitelma Asiakkaan siirtyminen kotihoidon ryhmään

Haastateltavat kertoivat, että mikäli kartoitustiimin asiakkaalle ei kotikäynnin yhteydessä aloitettu kotihoidon palveluita, kirjasi palveluohjaaja asiasta merkinnän asiakkaan potilastietoihin Pegasos-järjestelmään. Merkinnästä ilmeni, mistä kotikäynnillä oli keskusteltu ja millaiseen jatkosuunnitelmaan asiakkaan kohdalla oli päädytty. Virallista kielteistä päätöstä ei kuitenkaan tehty usein. Se, miten asiakkaan tilannetta tällaisissa tilanteissa hoidettiin, oli tapauskohtaista. Tilannetta mietittiin yhdessä ja lisäksi sovittiin mahdollisen jatkoseurannan tarpeesta. Asiakas ohjattiin mahdollisesti ostamaan palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, tai häntä neuvottiin erilaisten tukipalveluiden, kuten esimerkiksi turvapuhelimen tai ateriapalvelun hankintaan liittyvissä asioissa. Haastattelussa ilmeni, että noin puolelle kartoitustiimin asiakkaista ei aloitettu kotihoidon palveluita. Haastateltaville



oli tärkeää, ettei asiakas tai omainen kokenut jäävänsä yksin, vaikkei kotihoidon palveluita myönnettykään. Haastateltava B kuvasi asiaa seuraavasti:

*”Ehkä suuri osa, sanotaan, että 50-60 % keille ei tuu kotihoitoa. (...) Että sitten autetaan aika pitkälle, että ne pääsee eteenpäin siitä. Tai jos syö huonosti tai jotain, niin sittenhän se on joku ateriapalvelu, tai kaatumisia paljon, niin turvapuhelin. Aika paljon niitä on.”*

Mikäli asiakkaalle aloitettiin kotihoidon palvelut, lähdettiin asiakkaan hoitoa suunnittelemaan heti kartoituskäynnin yhteydessä. Ensin tarkistettiin, mahtuiko asiakas kaupungin omaan kotihoitoon, vai oliko hänelle tarvetta myöntää palveluseteli. Asiaa oli haastateltavien mukaan usein selvitetty jo ennen kotikäyntiä etenkin silloin, kun asiakkaasta saadut ennakkotiedot antoivat olettaa, että asiakas luultavasti tulisi tarvitsemaan kotihoitoa.

Kartoitustiimin sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti kirjasivat asiakkaan äidinkielellä Pegasos-potilastietojärjestelmään aktivoivan kotihoitosuunnitelman. Aktivoiva kotihoitosuunnitelma on virallinen suunnitelma, joka nimensä mukaisesti tähtää aktivoimaan asiakasta itseään niin, että toimintakyky säilyy hyvänä mahdollisimman pitkään, ja näin asiakas pystyy asumaan kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Suunnitelmassa haastateltavien mukaan ilmenevät asiakkaan taustatiedot, hoitoon tulosityy, keskeiset diagnoosit, omaiset, asumismuoto, lääkahoito, ADL-tekijät, IADL-tekijät sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Myös mahdolliset riskitekijät ja hoidon tavoitteet huomioidaan suunnitelmassa. Suunnitelmassa pyritään tuomaan esille asiakkaan omat tavoitteet, jos tällaisia vain on. Lopuksi kirjataan vielä auki itse hoidon suunnittelu, eli mitä tehdään, kuinka usein ja kuka tekee. Haastateltavien mukaan kaikille uusille kotihoidon asiakkaille tehtiin tällainen suunnitelma. He kertoivat suunnitelman olevan RAI-pohjainen, eli he hyödynsivät asiakkaan RAI-arvioinnista saamaansa tietoa suunnitelman laatimisen tukena. Suunnitelmaan ei kirjattu auki RAI-mittareita tai herätteitä. Haastateltava A totesi aktivoivan kotihoitosuunnitelman ja RAI:n välisestä yhteydestä seuraavalla tavalla:

*”Otetaan ne asiat mitä RAIssa tulee esille. Ja kirjoitetaan ne.”*

Aktivoivan kotihoitosuunnitelman laatimisen jälkeen asiakas siirtyi tilanteesta riippuen joko kaupungin kotihoidolle tai palveluseteliyrittäjälle, ja kartoitustiimin asiakassuhde asiakkaan kanssa päättyi. Aktivoiva kotihoitosuunnitelma oli kotihoidon alueen luettavissa Pegasos -potilastietojärjestelmästä, mutta haastateltavien käsityksen mukaan suunnitelman jatkohyödyntäminen oli vaihtelevaa. Haastateltavat mainitsivat, että esimerkiksi jollain alueella kotihoitosuunnitelmasta oli poimittu suoraan asioita asiakkaan omahoitajan laatiman hoitosuunnitelman pohjaksi. Haastateltavat nostivat myös esille sen, kuinka ensimmäinen RAI-kokonaisarviointi olisi hyvä tehdä asiakkaalle kotihoidon alueella mahdollisimman pian palveluiden aloittamisen jälkeen, sillä asiakkaan tilanne saattoi vaihdella nopeastikin. Haastateltava A kuvasi asiaa näin:

*”Yksi asia, joka on ollut hieman haasteellinen, on se, että kun ollaan oltu siellä (asiakkaan luona) suunnilleen tunti, ja tilanne voi muuttua yhdessä yössä, niin RAI voi olla seuraavana päivänä ihan erilainen. Että se ei sillä tavalla sitten ole paikkaansa pitävä (...) Se (RAI) olisi sitten hyvä tehdä heti uudelleen.”*

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat RAI-arvioinnista olevan hyötyä silloin kun asiakkaalle myönnettiin kotihoidon palvelut. Haastateltavien mukaan palveluiden myöntäminen RAI-välineen avulla oli yhtenäistä ja tasapuolista kaikille. Haastateltava A totesi näin:

*”Minusta on ollut hyvä, että meillä on yhtenäinen arviointiväline, joka on sama kaikille. Ja nyt kun ollaan totuttu tekemään näitä, niin arvioinnitkin ovat yhtenäisiä.”*

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä työn apuvälineenä. Tavoitteena oli kuvailla kartoitustiiimin henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän käytöstä osana kartoitustiiimin työtä, sekä selvittää, miten RAI-järjestelmä tuki kartoitustiiimin työtä uuden asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, ja toteutuiko kotihoidon uuden asiakkaan palvelutarpeen arviointi RAI-pohjaisesti. Tutkimuksen tehtävänä oli vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin: kokeeko kartoitustiiimin henkilökunta RAI-järjestelmästä olevan konkreettista apua heidän työssään? Mitä kokemuksia kartoitustiiimin työntekijöillä on RAI-järjestelmän käytöstä? Mitkä ovat sen hyödyt, haitat ja haasteet? Toteutuuko palvelutarpeen arviointiprosessi RAI-pohjaisesti ja asiakaslähtöisesti? Ja miten RAI-järjestelmä vaikuttaa kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessiin? Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia kartoitustiiimin haastattelun pohjalta edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin peilaten. Lisäksi luvussa pohditaan ehdotuksia kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessin kehittämiseksi, ja esitellään myös mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 8.1 Johtopäätökset

Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiiimi aloitti toimintansa vuonna 2018, ja tiimi oli alusta alkaen käyttänyt RAI HC-osittaisarviointia asiakkaan toimintakyvyn selvittämisen ja palvelutarpeen arvioinnin tukena. Työntekijät olivat alkuvaiheessa kokeneet epävarmuutta RAI-järjestelmän käytöstä, sillä arviointivälineenä se oli tiimin työntekijöille melko uusi. Haastatteluhetkellä haastateltavat kuitenkin kokivat tulleen varmemmiksi RAI-käyttäjiksi. RAI-arviointi koettiin hyväksi työkaluksi, josta oli konkreettista apua asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Haastateltavat myös kokivat RAI-arvioinnin olevan kaikille asiakkaille yhdenvertainen. RAI-arvioinnin kysymykset koettiin pääosin asianmukaisiksi, tosin haastattelussa

ilmeni, että osaa kysymyksistä voisi haastateltavien mielestä tarkentaa ja kysymysten asettelua kehittää.

Haastattelussa selvisi, että suurimmalle osalle kartoitustiimin asiakkaista tehtiin ensimmäisellä kotikäynnillä RAI HC-osittaisarviointi. Satunnaisesti vastaan tuli asiakkaita, joille RAI-arviointia ei voitu tehdä. Haastateltavat nostivat esille nuoret mielenterveyshäiriöistä kärsivät asiakkaat, kelle RAI ei aina soveltunut. Tällaisia tapauksia oli kuitenkin vain muutaman kerran vuodessa. RAI-arviointi tehtiin pääsääntöisesti asiakkaan luona, ja asiakkaalle kerrottiin, mikä RAI-arviointi on ja miksi se hänelle tehdään. Asiakas myös osallistettiin lähes aina osaksi arviointia. Myös omaiset osallistuivat usein RAI-arvioinnin tekoon, minkä haastateltavat kokivat hyväksi etenkin muistisairaiden asiakkaiden kohdalla. Haastateltavat kertoivat, etteivät he yleensä käyneet valmista RAI-arviointia tai sen tuloksia erikseen asiakkaan kanssa läpi.

Kartoitustiimi hyödynsi palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelupäätöksen tekemisessä MAPLe\_5 -luokitusta. Pääsääntöisesti asiakkailla, joille kotihoidon palvelut myönnettiin MAPLe\_5 oli vähintään kotihoidon kriteerien mukainen (vähintään kolme), mutta poikkeustapauksiakin oli. Lisäksi palveluita ei aina automaattisesti aloitettu, vaikka MAPLe\_5 olisi ollut vähintään vaaditulla tasolla, vaan tilannetta tarkasteltiin aina tapauskohtaisesti. Haastateltavat kokivat hyvänä sen, että heillä oli jotain konkreettista päätöksenteon turvana etenkin niissä tapauksissa, kun kotihoitoa ei myönnetty, ja kielteistä päätöstä piti perustella asiakkaalle tai omiselle. Haastateltavat kertoivat, etteivät he päätöksenteon yhteydessä MAPLe\_5:n lisäksi hyödyntäneet muita RAI-mittareita tai herätteitä.

Mikäli asiakkaalle ei aloitettu kotihoidon palveluita, teki palveluohjaaja asiasta kirjauksen potilastietoihin. Lisäksi asiakas ohjattiin mahdollisesti jonkin tukipalvelun piiriin. Virallisia kielteisiä päätöksiä tehtiin harvoin. Mikäli kotihoidon palvelut päätettiin aloittamaan, laativat kartoitustiimin sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti yhdessä asiakkaalle aktivoivan kotihoitosuunnitelman, jonka tekemisessä he hyö-

dynsivät RAI-arviointia. Asiakkaan RAI-arvioinnin sisältö kirjattiin auki suunnitelmaan. Tämän jälkeen asiakas siirtyi kotihoidon alueelle, ja asiakassuhde kartoitustiimin kanssa päättyi.

Tutkimuksessa selvisi, että kartoitustiimin työntekijät kokivat RAI-välineestä olevan merkittävää apua heidän työssään ja asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Asiakkaat osallistuivat itse arvioinnin tekoon, ja tämän myötä myös oman hoitonsa suunnitteluun. Myös omaiset olivat usein mukana RAI-arvioinnin tekemisessä. Palveluntarpeen arvioinnissa hyödynnettiin MAPLe\_5 -luokitusta, joka oli yksi keskeisimmistä palveluiden myöntämiseen vaikuttavista kriteereistä. Lisäksi kotihoidon uusille asiakkaille laadittiin RAI-arvioinnin pohjalta aktivoiva asiakassuunnitelma.

Tämän tutkimuksen pohjalta esitetään seuraavat johtopäätökset ja kehittämissuositukset, joiden avulla Vaasan kaupungin kotihoito voi kehittää uusien asiakkaiden palveluntarpeen arviointiprosessia:

1. Kokemukset RAI:n käytöstä Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimissä ovat pääosin positiivisia. RAI-arvioinnista on konkreettista apua kartoitustiimin työssä. RAI koetaan hyvänä toimintakyvyn arviointivälineenä, joka tukee asiakkaan palvelutarpeen arviointiprosessia. HC-osittaisarvioinnin kysymykset koetaan tarkoitukseen soveltuviksi, tosin haastateltavat toivoisivat lisäyksiä esimerkiksi diagnooseihin. RAI-järjestelmään on tulevaisuudessa tulossa päivitys, jossa uusi iRAI HC-väline tulee korvaamaan nykyisen HC-välineen. Uudessa välineessä arviointikysymyksiä on päivitetty, joten kehittämissuosituksena suositellaan pohtimaan välineen käyttöönottoa tulevaisuudessa. Tällöin on myös tarpeen pohtia, mitä välinetyyppiä jatkossa käytetään kotihoidon uusien asiakkaiden palveluntarpeen arvioinnissa.
2. Kotihoidon uusien asiakkaiden palveluntarpeen arviointiprosessin voidaan pääosin sanoa tapahtuvan RAI-pohjaisesti ja moniammatillisesti. Tutkimuksessa selvisi, että palveluiden myöntämistä pohdittaessa tiimi

tarkasteli hyvin pitkälti asiakkaan MAPLe-5 luokituksesta saamaa arvoa, eikä muita RAI-mittareita tai herätteitä tässä yhteydessä juurikaan tarkasteltu. Kehittämissuosituksena on muiden RAI-mittareiden (kuten ADL ja CPS) sekä CAPSien aktiivinen hyödyntäminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

3. Asiakas ja omainen osallistetaan lähes aina osaksi RAI-arviointia ja hoidon suunnittelua, mikä on hyvä asia. Lisäksi arviointityyppi on kaikille sama, ja asiakkaat saavat yhdenvertaisen arvion. Kaikille asiakkaille RAI-arviointia ei kuitenkaan pystytty tekemään. Erityisryhmänä nousivat esiin nuoret mielenterveysasiakkaat. Kehittämissuosituksena on pohtia organisaatiossa, miten tämän asiakasryhmän toimintakykyarvio pystytään toteuttamaan. Voisiko esimerkiksi RAI:n mielenterveysvälineistä olla tulevaisuudessa apua tähän?
4. Kotihoidon uusille asiakkaille laaditaan aktiivinen kotihoitosuunnitelma, joka on vahvasti RAI-pohjainen. Suunnitelma menee tiedoksi asiakkaan kotihoitoalueelle, mutta suunnitelmien jatkohyödyntäminen alueilla on tutkimustulosten mukaan vaihtelevaa. Kehittämissuosituksena kotihoidon alueille suositellaan hyödyntämään aktivoivaa kotihoitosuunnitelmaa, sekä käyttämään sitä asiakkaan hoitosuunnitelman pohjana.

## **8.2 Tulosten tarkastelu**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää RAI-järjestelmän hyötyjä ja haasteita Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimissä, sekä arvioida, onko kotihoidon uusien asiakkaiden palveluntarpeen arviointi RAIhin perustuva. Lisäksi opinnäytetyön tekijä halusi selvittää RAI-arvioinnin merkitystä myös asiakaslähtöisyyden ja asiakasosallisuuden näkökulmasta.

Tutkimusta varten haastateltiin kotihoidon kartoitustiimiä. Haastateltavilta kysyttiin kysymyksiä kartoitustiimin toimintaan, RAI-arviointiin, palvelutarpeen arviointiprosessiin ja asiakaslähtöisyyteen liittyen. Haastattelun vastausten perusteella laadittiin sisällönanalyysi, jonka pohjalta laadittiin kehittämissuosituksia liittyen siihen, miten kotihoito jatkossa voisi kehittää palvelutarpeen arviointiprosessia uusien asiakkaiden kohdalla.

RAI-arvioinnin käyttö on Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidossa aloitettu 2017, joten kyseessä on siis organisaatiolle kohtalaisen uusi arviointiväline. Kartoitustiimi puolestaan on aloittanut toimintansa vuonna 2018. Tiimin henkilökunnalla oli RAI-arvioinnista jonkin verran kokemusta ennen tiimin aloittamista, mutta lähtökohdat ja näkökulmat olivat erilaiset. Tiimi on kahden toimintavuotensa aikana hionut ja kehittänyt prosessejaan, mutta RAI-arviointi on sisällöltään pysynyt muuttumattomana. Tiimin työntekijät kokivat saaneensa paljon lisävarmuutta RAI:n tekemiseen, ja kokivat myös, että arviointi takasi kotihoidon uusille asiakkaille tasavertaisen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin. Alatalo ym. (2014, 91-92) toteavat henkilöstön riittävän ammattitaidon ja moniammatillisuuden olevan tärkeässä roolissa palvelutarpeen arvioinnissa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat näitä väitteitä, sillä riittävän kokemuksen ja RAI-osaamisen karttumisen myötä myös arviointien hyödyntäminen oli kartoitustiimin toiminnassa kehittynyt. Kartoitustiimin toiminnan todettiin myös perustuvan moniammatillisuuteen, sillä tiimissä työskenteli niin sosiaali- kuin terveysalan koulutuksen saaneita henkilöitä.

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnettiin MAPLe\_5 -luokitusta, ja uusien asiakkaiden hoitosuunnitelma laadittiin RAI-pohjaisesti. Vastaavaa tutkimusta ei ollut toteutettu aiemmin, joten tämä tutkimus antoi kuvan nykytilanteesta ja siitä, miten RAI-arviointia kartoitustiimissä käytetään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Vanhuspalvelulain raportin seurannassa vuonna 2014 kartoitettiin toimintakyvyn mittaamisen tapoja kunnissa. Raportin mukaan asiakkaiden toimintakykyä kartoitettiin systemaattisesti palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä erilaisia mittareita hyödyntäen. Raportin mukaan järjestelmällisen, eri toimintakyvyn osa-

alueita kartoittavan arvioinnin voitiin katsoa edistävän hoito- ja palvelusuunnitelmien kattavuuden saavuttamista. (Mäkelä ym. 2014, 133-138.) Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten valossa voidaan todeta kotihoidon uusien asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnin olevan systemaattista, joskin eri RAI-mittareita voisi tulevaisuudessa hyödyntää nykyistäkin tehokkaammin.

Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että asiakas osallistettiin lähes aina osaksi omaa RAI-arviointiaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kartoitti vuonna 2015 asiakkaiden kokemaa hoidon laatua niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoivassa. Tutkimustulosten mukaan 80 % kotihoidon asiakkaista kertoi osallistuvansa oman hoitonsa suunnitteluun aina tai useimmiten. (Kehusmaa ym. 2016, 1-4.) Tämän tutkimuksen tulokset osallisuudesta tukevat THL:n tutkimuksen tuloksia.

Tässä tutkimuksessa ilmenneet seikat voivat jatkossa auttaa hahmottamaan, miten palveluntarpeen arviointiprosessia kotihoidon uuden asiakkaan kohdalla voidaan kehittää.

### **8.3 Jatkotutkimusaiheet**

Väestön ikääntyessä myös kotihoidon asiakkaiden määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan (STM 2020). Tämä vaatii kotihoidolta riittävää henkilöstöresurssia sekä oikein kohdennettuja palveluita.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia kartoitustiimin asiakasmääriä, kuinka suurelle osalle asiakkaista myönnetään kotihoidon palvelut, sekä kuinka paljon MAPLe\_5 -arvo tilastollisesti tukee päätöksentekoa. Entä mitä tapahtuu asiakkaille, joille palveluita ei aloiteta? Pystytäänkö esimerkiksi tietyn tukipalvelun avulla siirtämään suurempaa palvelutarvetta tulevaan ajankohtaan? Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää, miten uusien asiakkaiden RAI-prosessi jatkuu heidän siirryttyään kotihoidon alueelle, miten RAI-arviointien teko



käytännössä toteutuu, ja millä tavalla arviointituloksia hyödynnetään.

## LÄHTEET

Alastalo, H., Vainio, S., Kehusmaa, S. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUT12017\\_18\\_Kotihoidon%20asiakasm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4t%20kasvussa%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%C3%A4ss%C3%A4\\_p%C3%A4ivitetty.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUT12017_18_Kotihoidon%20asiakasm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4t%20kasvussa%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%C3%A4ss%C3%A4_p%C3%A4ivitetty.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Alatalo, T., Ilvesluoto, V., Joonas, M., Koistinaho, A-M., Kortelainen, R., Penttilä-Sirkka, S. & Vääräniemi, I. 2014. ”Näkkeehän ne minkäläistä apua tartten” Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena. Pro gradu - tutkielma/YAMK. Oulun ammattikorkeakoulu Oy ja Lapin yliopisto Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 11.2.2021. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/79986/oto.Joonas\\_Maria.Koistinaho-Aino-Maria.Kortelainen\\_Riina.Penttila-Sirkka\\_Suvi.Vaaranieniemi\\_Irja.pdf.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/79986/oto.Joonas_Maria.Koistinaho-Aino-Maria.Kortelainen_Riina.Penttila-Sirkka_Suvi.Vaaranieniemi_Irja.pdf.pdf?sequence=1)

Alasuutari, P. 2014. Laadullinen tutkimus 2.0. Viides painos. Riika. Vastapaino.

Finne-Soveri, H. 2015. Ymmärrä RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. THL. Viitattu 19.10.2020. <https://docplayer.fi/67946227-Ymmarra-rai-arvioinnin-sisalto-ja-tarkoitus.html>

Finne-Soveri, H., Äijö, M. Tolonen, E., Rehula, P., Vähäkangas, P., Patronen, M., Autio, T., Haimi-Liikkanen, S & Havulinna, S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. Toimia-suoitus ID S028/11.6.2020. 2020. Julkari. Viitattu 15.10.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140106/TOIMIA\\_S028\\_iakkaiden\\_henkiloiden\\_toimintakyvyn\\_arviointi\\_palvelutarpeen\\_arvioinnin\\_yhteydessa%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140106/TOIMIA_S028_iakkaiden_henkiloiden_toimintakyvyn_arviointi_palvelutarpeen_arvioinnin_yhteydessa%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fries, B. E. & Havey, C. J. 2003. Introduction: Lessons learned from eight case studies. Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policy-making for Long-Term Care in Eight Countries. Milbank Memorial Fund. New York. Viitattu 12.2.2021. [https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/ResidentAssessment\\_Mech2.pdf](https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/ResidentAssessment_Mech2.pdf)

Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu: Käypä hoito -suositus 2015. Viitattu 2.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix01182>

InterRAI. 2020. Screening Algorithms. Viitattu 19.10.2020.  
<https://www.interrai.org/algorithms.html>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki. WSOYpro.

Kehusmaa, S., Vainio, S. & Alastalo, H. 2016. Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvallisesksi mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. Tutkimuksesta tiiviisti 13, heinäkuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 11.2.2021.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130822/URN\\_ISBN\\_978-952-302-688-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130822/URN_ISBN_978-952-302-688-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kotihoidon kriteerit. 2018. Vaasan kaupunki. Viitattu 17.11.2020.  
<https://www.vaasa.fi/uploads/2019/05/71126760-kotihoidon-kriteerit.pdf>

Koti- ja laitoshoidon organisaatiokaavio. 2020. Vaasan kaupunki. Viitattu 17.11.2020. <https://www.vaasa.fi/asu-ja-ela/sosiaalipalvelut-ja-arjen-tuki/arjen-tuki-ikaihmisille/kotihoito/>

Kotihoidon omavalvontasuunnitelma. 2020. Vaasa. Valvira. Viitattu 17.11.2020.  
<https://www.vaasa.fi/uploads/2020/10/966e2667-kotihoidon-omavalvontasuunnitelma.pdf>

L28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.3.2018 ja 22.3.2020.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Mäkelä, M., Alastalo, H., Noro, A. & Finne-Soveri, H. 2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi raportissa Vanhuspalvelulain 980/2012 seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL. Viitattu 10.2.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116793/URN\\_ISBN\\_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116793/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Penttinen, L., Kolehmainen, L., Alastalo, H., Havulinna, S., Valkeinen, H. 2020. Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 07/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 18.11.2020.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139880/URN\\_ISBN\\_978-952-343-500-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139880/URN_ISBN_978-952-343-500-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. E-kirja.

STM. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023. Tavoitteena ikävystävällinen Suomi. Viitattu 12.10.2020.  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM\\_2020\\_29\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

THL. 2017. RAI-vertailukehittäminen. Aiheet. Viitattu 15.3.2018.  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen>

THL. 2018. Toimintakyvyn arviointi. Aiheet. Viitattu 24.3.2018.  
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

THL. 2019. RAI-järjestelmän mittareita. Aiheet. Viitattu 19.10.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

THL. 2020 a. Tietoa RAI-järjestelmästä. Aiheet. Viitattu 22.3.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

THL. 2020 b. Kotihoito. Aiheet. Viitattu 12.10.2020  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

THL. 2020 c. RAI-vertailutietokannat. Aiheet. Viitattu 17.11.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

THL 2020 d. RAI-vertailutieto 2020\_1. THL:n palauteraportti. Viitattu 17.11.2020.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 24.3.2018.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vaasan kaupunki. 2020. Kotihoito. Sosiaalipalvelut ja arjen tuki. Arjen tuki ikäihmisille. Viitattu 17.11.2020. <https://www.vaasa.fi/asu-ja-ela/sosiaalipalvelut-ja-arjen-tuki/arjen-tuki-ikaihmisille/kotihoito/>

Kotihoidon RAI-prosessi. 2020. Vaasan kaupunki. Viitattu 17.11.2020.

Vaasan kaupungin suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi –  
Ikäystävällinen toimenpideohjelma vuosille 2020-2025. Viitattu 10.2.2021.  
<https://docplayer.fi/185776032-Vaasan-kaupungin-suunnitelma-ikaantyneen-vaeston-tukemiseksi.html>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. E-kirja.

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, N. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

## **LIITTEET**

### **LIITE 1**

#### **TEEMAHAASTATTELUN RUNKO**

##### **Kartoitustiimin toiminta**

Kauanko olette työskennelleet kartoitustiimissä, mikä on aiempi työkokemuksenne?

Kertoisitteko kartoitustiimin toiminta-ajatuksesta?

Koska tiimi on aloittanut toimintansa ja keitä ovat tiimin asiakkaat?

Miten RAlta käytettiin kun tiimi aloitti toimintansa, onko tässä tapahtunut muutoksia?

Miten RAI-arviointia hyödynnetään nyt?

##### **RAI-osaaminen**

Mikä oli RAI-osaamisesenne ennen tiimin toiminnan aloitusta?

Miten kuvailisitte RAI-osaamistanne nyt?

##### **RAI työvälineenä**

Miten hyödynnätte RAlta työssänne?

Millaisia haasteita RAI:n käyttöön liittyen on esiintynyt tiimin toiminnan aikana?

Millaisia hyötyjä RAI:n käytöstä on ollut työssänne?

Mitkä mielestänne ovat RAI-arvioinnin hyvät ja huonot puolet?

##### **RAI ja asiakasosallisuus**

Osallistuvatko asiakkaat ja omaiset RAI-arvioinnin tekoon? Millä tavalla?

Käyttekö valmiin RAI-arvioinnin läpi yhdessä asiakkaan kanssa?

##### **RAI ja palvelutarpeen arviointi**

Miten RAI-arviointia hyödynnetään asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa?

Miten RAI-mittareita ja herätteitä hyödynnetään asiakkaan hoidon suunnittelussa?

Miten RAI-arviointi vaikuttaa asiakkaan palveluiden myöntämisessä?

Mitä asioita huomioitte, mikäli asiakkaalle aloitetaan kotihoidon palvelut?

Entä jos palveluita ei aloiteta?

## LIITE 2

### SAATEKIRJE HAASTATTELUUN OSALLISTUJILLE

Hyvä kartoitustiimin työntekijä,

Olen sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamislinjan opiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta (sairaanhoitaja ylempi AMK), ja valmistun joulukuussa 2020. Teen opinnäytetyötä RAI-arvioinnista osana kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia. Työ toteutetaan yhteistyössä Vaasan kaupungin kotihoidon kartoitustiimin kanssa. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää, miten RAI-arviointi tukee kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia. Tutkimus toteutetaan laadullisen haastattelun sekä tilastollisen analyysin avulla. Kokemuksenne asiasta tuo arvokasta tietoa, jonka avulla asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia voidaan tulevaisuudessa kehittää kotihoidon piirissä.

Kyselyyn osallistuminen on Teille vapaaehtoista. Olen sitoutunut käsittelemään saamiani vastauksia luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Ainoastaan opinnäytetyön tekijä sekä opinnäytetyön ohjaaja käsittelevät haastattelumateriaali, joka tuhoetaan analysoinnin jälkeen asianmukaisella tavalla. Pyydän Teitä ystävällisesti täyttämään liitteenä olevan haastattelun suostumuslomakkeen. Itse haastattelu tapahtuu keskiviikkona 4.10.2020 klo 8.30. Opinnäytetyöni valmistuu syksyn 2020 aikana.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Vaasan ammattikorkeakoulun hoitotyön yliopettaja  
Hilkka Korpi, hilkka.korpi@edu.vamk.fi,  
Puh. xxx xxx xxx xx

Ystävällisin terveisin

Saara Rahja, e1700941@edu.vamk.fi

Puh. xxx xxx xxx xx

### LIITE 3

#### RAI HC-OSITTAISARVOINTI, TILANTEEN KARTOITUS

##### KYSYMYKSET

AA.Henkilötiedot
1.Nimi
a.Sukunimi
b.Etunimi
3.Henkilötunnus
CC.Sisäänkirjausta koskevat tiedot
A.Arviointitiedot
B.Kognitiivinen kyky
C.Kommunikaatio ja kuulo
E.Mieliala ja käyttäytyminen
H.Fyysinen toimintakyky: päivittäisten toimintojen suorituskyky
I. Pidätyskyky viimeisen 7 vuorokauden aikana
J.Diagnoosit
K.Tereydentila ja ehkäisevä terveydenhoito
L.Ravitsemuksen ja nesteytyksen tila
N.Ihon kunto
O.Ympäristön olosuhteen arviointi
P.Palvelujen käyttö
Q.Lääkitys

##### MITTARIT

MAPLe_5 (Method for Assigning Priority Levels)
MAPLe_15 (Method for Assigning Priority Levels)
CPS_6 (Cognitive Performance Scale)
ADL-H_6 (Activities of Daily Living Hierarchy)
ADL_28 (Activities of Daily Living Hierarchy)
IADL_21 (Instrumental Activities of Daily Living Capacity hierarchy scale)
CHESS_5 (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs)
REHABOT_1 (Asiakkaan kuntoutumismahdollisuus)
REHAB_HC_3
REHAB_HC_1
DRS_14 (Depression Rating Scale)
Pain_3 (MDS Pain Scale)



**CAPS/HERÄTTEET**

CAP 4 Laitoshoidon riski
CAP 9 Käyttäytyminen
CAP 10 Masennus ja ahdistuneisuus
CAP 14 Kuivuminen
CAP 18 Kipu
CAP 28 Ympäristön arviointi