



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Nina Tilander

Kotihoidon RAI osaaminen— RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman te- ossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Vanhustyön ylempi AMK

Tutkimuksellinen kehittämissyö

8.11.2020

Tekijä(t) Otsikko	Nina Tilander Kotihoidon RAI osaaminen— RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa
Sivumäärä Aika	50 sivua + 6 liitettä 8.11.2020
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyön ylempi AMK
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Kaija Matinheikki-Kokko
<p>RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on hoidon laadun ja palveluiden parantamisjärjestelmä. Kotihoidon RAI osaamista ja RAI:n hyödyntämistä hoitosuunnitelman teossa on tutkittu suhteellisen vähän. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat oman RAI-osaamisensa ja millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa. Tutkimuskysymykset olivat: Mikä on kotihoidon hoitajien kokemus omasta RAI osaamisesta? Mikä on kotihoidon hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa? Millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevansa? Kehittämistehtävänä oli: Miten hoitajien RAI-osaaminen kehittyi työpajan myötä?</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön aineisto kerättiin kyselynä ja työpajana. Alkukysely toteutettiin Vantaan kaupungin viiden kotihoidon alueen työntekijöille (n=111), jotka käyttävät työssään RAI:ta. Kyselyllä kartoitettiin työntekijöiden kokemusta omasta osaamisesta ja miten koulutus, perehdytys ja RAI:n käyttöaika vaikuttavat osaamisen kokemukseen. Samoin kartoitettiin hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia hoitosuunnitelmaa tehdessä ja miten perehdytys vaikuttaa osaamiseen. Perehdytyksellä näyttää olevan vaikutus siihen, kuinka hoitajat hyödyntävät RAI:sta saatuja tuloksia hoitosuunnitelmassa. Alkukyselyllä kartoitettiin lisäksi hoitajien koulutustarvetta. RAI:n hyödyntämiseen liittyviä koulutustoiveita ja RAI:n hyödyntämisestä saatuja tuloksia hyödynnettiin työpajan suunnittelussa.</p> <p>Kyselyn tulosten perusteella yhteen kotihoidon yksikköön järjestettiin työpaja, jossa alustuksessa käytiin lyhyesti läpi RAI-mittarit ja herätteet. Alustuksen jälkeen osallistujat pääsivät pienissä ryhmissä itse perehtymään asiakkaidensa RAI-arvioinnin mittareihin ja aktivointuneisiin CAPseihin (Client Assessment Protocols). Työpajaan osallistuneet osallistuivat myös loppukyselyyn, jossa selvitettiin hoitajien omaa näkemystä RAI osaamisestaan ja työpajan hyödyllisyydestä. Hoitajien osaamista selvitettiin samoilla väittämillä alkukyselyn kanssa, jotta osaamisen kehittymistä voisi mitata. Työpajan osallistujat kokivat työpajan hyödylliseksi ja RAI osaamista lisääväksi. Työpajaan ja loppukyselyyn osallistujien määrä jäi pieneksi, joten RAI osaamista mittaavilla kysymyksillä ei saatu luotettavaa kuvaa osaamisen kehittymisestä pienen vastaajamäärän vuoksi. Loppukyselyn tulokset osaamisen kehittymisen suhteen eivät ole hyödynnettävissä koko kotihoitoa koskeviksi. Hoitajien kokemus työpajatyypin koulutuksen hyödyllisyydestä on hyödynnettävissä koko kotihoitoon.</p>	
Avainsanat	RAI, hoitosuunnitelma, kotihoito

Author(s) Title	Nina Tilander Home Care RAI competence - Utilization of RAI Instrument in Home Care Treatment Plan Creation
Number of Pages Date	50 pages + 6 appendices 8 November 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Specialisation option	
Instructor(s)	Kaija Matinheikki-Kokko, Principal Lecturer
<p>RAI method (Resident Assessment Instrument) is intended to improve the home care quality and services. The utilization of RAI competence and RAI methods in home care treatment planning has been studied relatively little. The target of the research-based development work was to study how nurses' value their RAI competence and what kind of training they feel to need. The research questions were: How do the nurses experience their own RAI competence? What is the skill level of home care nurses to utilize the RAI method's results in home care treatment plan creation? What kind of training do the nurses feel they require? The development task was to study how the nurses' RAI competence did develop over the workshop.</p> <p>The research-based development work's material was collected with a survey and a workshop. The initial survey was implemented in the City of Vantaa, with five home care units' employees (n=111) who use RAI method in their work. The survey was used to track the employees' experience of their own competence and to study how the training, induction and RAI method practice influenced the feeling of experience. Likewise, the study mapped out the nurses' experiences to utilize their skills in the home care treatment planning and how the offered induction affected their know-how. The induction seems to have an impact on how the nurses utilize the RAI results in the home care treatment planning. The initial survey estimated also the training need for the nurses. The RAI method utilization training requests and RAI utilization results were used in the workshop design.</p> <p>On the basis of the initial survey results a workshop was organized for one of the home care units. The workshop opening part explained the RAI metrics and triggers. After the opening the participants could study in small groups their own customers' RAI evaluation metrics and the activated Client Assessment Protocols (CAPs). The participants replied also to the final survey about the nurses' own views of their RAI experience and benefits of the workshop. The nurses' skills were evaluated with the same propositions as in the initial survey in order to measure the development. The workshop participants evaluated the workshop as beneficial and improving the RAI practices. As the number of the participants and the final survey response rate were low, no reliable results of the competence development could be achieved. The final survey responses, related to the competence development, cannot be generalized to apply the entire home care area. However, the nurses' experiences of the workshop kind of training are applicable for the entire area.</p>	

Keywords	RAI, treatment plan, home care
----------	--------------------------------

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tavoite ja tutkimuskysymykset	2
3	Arvioinnin viitekehys	3
3.1	RAI-järjestelmä	3
3.1.1	RAI-arviointiväline	4
3.1.2	RAI:n hyödyntäminen	5
3.1.3	Aikaisempia tutkimuksia RAI:n hyödyntämisestä	6
3.2	Hoitosuunnitelma	7
3.3	Kotihoito	9
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus	10
4.1	Määrällinen tutkimus	11
4.2	Interventiotutkimus	11
4.3	Aineiston kerääminen ja analysointi	12
4.4	Alkukysely	12
4.5	Tutkimuksen analyysimenetelmät	13
4.6	Työpaja ja loppukysely	15
5	Tulokset	17
5.1	Kotihoidon hoitajien kokemus omasta RAI osaamisestaan	19
5.2	Kotihoidon hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa	25
5.3	Hoitajien kokema koulutustarve	30
5.4	Hoitajien osaamisen kehittyminen työpajassa	32
6	Pohdinta ja johtopäätökset	34
6.1	Pohdinta	34
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
6.3	Johtopäätökset	39
6.4	Toimenpide-ehdotukset	44
6.5	Jatkotutkimusideoita	45
	Lähteet	47
	Liitteet	
	Liite 1. Alkukyselylomake	

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

Liite 3. Saatekirje kyselyyn osallistuville hoitajille

Liite 4. Saatekirje työpajaan ja loppukyselyyn osallistuville hoitajille

Liite 5. Loppukyselylomake

Liite 6. CAP luettelo

1 Johdanto

Kehittämistyöni käsittelee RAI:n (Resident Assessment Instrument) hyödyntämistä hoitosuunnitelman teossa. RAI-järjestelmä on hoidon laadun ja palveluiden parantamisjärjestelmä. Lisäksi se on tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka auttaa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Vantaalla RAI-arvio tehdään kaikille kotihoidon asiakkaille vähintään kaksi kertaa vuodessa ja voinnin oleellisesti muuttuessa. Omassa työssäni olen huomannut, että usealle hoitajalle RAI:n teko on pakollinen tehtävä, joka on tehtävä kaksi kertaa vuodessa eikä sen tekemisen hyötyä asiakkaalle tai työyhteisölle nähdä. Toivon, että kehittämistyöni auttaa hoitajia ymmärtämään RAI:n hyödyn hoidon laadun näkökulmasta ja sitä kautta RAI:n tekeminen koettaisiin mielekkäänä. Laajassa kansainvälisessä kirjallisuuskatsauksessa (De Almeida Mello & Hermans & Van Audenhove & Macq & Declercq n.d.) tutkittiin interRAI-HC- välineen käyttöä kotihoidossa. Katsauksen mukaan RAI-HC osoittautui kattavaksi välineeksi tulosten mittaamiseen ja se on luotettava arviointiväline iäkkäillä. RAI-HC:tä (Home Care) voidaan useiden tutkimusten mukaan käyttää hoitosuunnitelman teossa. RAI-HC on luotettava ja auttaa hoidon suunnittelussa ja jatkuvuudessa.

Kehittämistyössäni selvitan, mikä on hoitajien oma kokemus RAI osaamisestaan. Lisäksi selvitan mikä on hoitajien osaamisen taso ymmärtää RAI:sta saatavia mittareita ja herätteitä. Työpajan tarkoituksena on vahvistaa hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatavia mittareita ja herätteitä hoitosuunnitelman teossa. Kotihoidossa kaikille asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen mukaan asiakas saa palvelua ja hoitoa. Tavoite on, että RAI:sta saatuja tuloksia hyödynnettäisiin hoitosuunnitelman teossa, mutta oman käsitykseni mukaan käytännössä tämä hyödyntäminen on vähäistä. Kehittämistyössäni haluan selvittää, kuinka hyvin hoitajat osaavat tulkita RAI:n mittareita ja herätteitä, kun he tekevät hoitosuunnitelmaa asiakkaalle ja millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa. Aiheesta on tehty aikaisemmin muutama kehittämistyö. Aihetta on kuitenkin tutkittu vähän, eikä RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelmien teossa ole kovin paljon aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan laatu tarkoittaa kykyä vastata asiakkaan tunnistettuun palveluntarpeeseen. Laadukkaan palvelun perustana on asiakkaan tarpeet ja laadukkaan palvelun tulisi parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää hy-

vinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla voidaan edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa hoitotyötä sekä edistää ikäihmisten kotona asumista. Hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohtana on asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset. (Päivärinta & Haverinen 2002: 5.) RAI:n avulla saadaan selville asiakkaan tarpeet ja toimintakyky ja RAI on todettu hyväksi apuvälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelman teossa.

2 Tavoite ja tutkimuskysymykset

RAI:n hyödyntämistä hoitosuunnitelman teossa käsittelevän kehittämistyöni teen Vantaan kaupungin viidelle kotihoidon alueelle, joissa käytetään RAI-HC:tä. RAI arviointi tehdään kaikille asiakkaille vähintään kaksi kertaa vuodessa. Ongelmana on että, hoitajat eivät välttämättä osaa tulkita RAI:sta saatavia tuloksia tai mittariraportteja eivätkä siksi osaa hyödyntää tuloksia hoitosuunnitelman teossa. Työssäni haluan kehittää hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia ja lisätä ymmärrystä siitä, mitä tulokset kertovat. Hoitajien oppiessa tulkitsemaan tuloksia myös arviointien luotettavuus kasvaa, kun hoitaja huomaa arviota tehdessä, jos tulos ei vastaa asiakkaan tilannetta. Hän voi tarkastella arviointia kriittisesti ja havaita jos arvion tekijä on vastannut kysymyksiin virheellisesti. Kehittämistyössäni pohjalla on oletus, että kaikki hoitajat osaavat tehdä RAI arvioin. Työpajoissa ei käsitellä arvioinnin tekoa vaan työpaja keskittyy pelkästään tulosten hyödyntämiseen. Alkukyselyllä kartoitan hoitajien toiveita ja tarpeita koulutuksesta ja tätä tietoa voi hyödyntää tulevaisuudessa koulutuksia suunniteltaessa.

Kehittämistyön tavoitteena on myös vahvistaa henkilökunnan RAI osaamista. Vantaalla oli muutama vuosi sitten työryhmä, joka teki kotihoitoon ja palvelutaloihin uusien työntekijöiden RAI perehdytysoppaan ja kriteerit osaamisen arvioimiseksi. Uusi työntekijä saa perehdytyksen RAI:n tekoon, mutta tulosten hyödyntäminen jää perehdytysoppaassa vähemmälle huomiolle. RAI:sta saatuja tuloksia ja raportteja on käsitelty kotihoidon yksiköissä eri lailla ja viime aikoina on järjestetty yhteisiä työpajoja RAI tulosten valmistuttua, jossa lisätään RAI tietoutta tulosten tulkintaan.

Työn tavoite on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat oman RAI-osaamisen ja millaista koulutusta he kokevat tarvitsevänsä tulevaisuudessa kehittyäkseen paremmiksi RAI:n hyödyntäjiksi. Alkukyselyn tulosten perusteella suunnittelen yhteen kotihoidon työyksikön työpajan, jossa perehdytään yhdessä RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelmien

teossa. Loppukyselyllä selvitän millaiseksi hoitajat kokevat oppimisensa työpaja tyyppisessä koulutuksessa ja lisääntykö heidän osaamisensa työpajan myötä.

Tutkimuskysymykset

1. Mikä on kotihoidon hoitajien kokemus omasta RAI osaamisesta?
2. Mikä on kotihoidon hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa?
3. Millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevansa?

Kehittämistehtävä: Miten hoitajien RAI-osaaminen kehittyy työpajan myötä?

3 Arvioinnin viitekehys

3.1 RAI-järjestelmä

InterRai kehitti standardoidun ja kansanvälisen RAI- arviointijärjestelmän vanhusten terveydentilan ja hoidontarpeen arvioimiseksi. Arviointijärjestelmä on suunniteltu käyttäjäystävälliseksi, luotettavaksi ja asiakaskeskeiseksi välineeksi, joka ohjaa yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa. RAI:ssa on mittareita, joita voi käyttää apuna hoidon suunnittelussa, johtamisessa ja kunnallisessa päätöksen teossa. Alun perin RAI-järjestelmä on kehitetty Yhdysvalloissa 1980- luvun puolivälissä iäkkäiden pitkäaikaishoidon laadun seurantaan, mutta nopeasti luotiin versio myös kotihoitoon. RAI-HC kehitettiin vuosina 1993-94 yhteensopivaksi pitkäaikaishoidon RAI:n kanssa. InterRAI:lla, joka on kansainvälinen voittoa tavoittelematon tutkijajärjestö, on omistusoikeus RAI-järjestelmään ja RAI:n käyttö edellyttää sopimusta interRAI:n kanssa. Suomessa RAI-arviointijärjestelmä on otettu käyttöön vuonna 2000. RAI-välineiden suomalaisia versioita valvoo terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-järjestelmä koostuu kysymyssarjasta, käsikirjasta ja hoitosuunnitelman apuvälineestä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kokonaisvaltaisuus ja asianmukaisuus ovat lisääntyneet otettaessa RAI-järjestelmä käyttöön. (Finne-Soveri 2015; Finne-Soveri & Noro & Björkgren & Vähäkangas 2007: 24, 27; Heikkilä ym. 2012: 9, 11; Ministry of Health 2016; THL 2020.)

3.1.1 RAI-arviointiväline

RAI koostuu eri arviointivälineistä. Suomessa on käytössä RAI-välineet palvelutarpeen arviointiin ja asiakasohjaukseen (interRAI-CA, interRAI-CHA ja Oulu Screener), kotihoidon (RAI-HC), pitkäaikaishoitoon (RAI-LTC), sairaalahoitoon (interRAI-AC ja InterRAI-PCA), mielenterveystyöhön (interRAI-MH, interRAI-CMH ja interRAI-ESP), lasten mielenterveys- ja kehitysvammatyöhön (interRAI-ChYMH-DD) sekä kehitysvammatyöhön (interRAI-ID). Kaikki RAI-välineet sisältävät ohjeistuksen arvioinnin tekemiseen ja työvälineet arviointitiedon hyödyntämiseen. Arviointilomakkeessa on kysymykset ja niihin vastausvaihtoehdot. RAI- arvioinnin periaatteet, ohjeistuksen arviointiin ja ohjeita arviointitiedon käyttöön löytyy RAI-käsikirjasta. Arviointituloksista muodostuu herätteitä, jotka auttavat tunnistamaan asiakkaan vahvuuksia ja ongelmia, joihin tulee puuttua. Hoidon suunnittelussa ja seurannassa käytetään arvioinnista muodostuvia RAI-mittareita. RAI-välineet ovat pääsääntöisesti yhdenmukaiset kaikissa maissa, joissa RAI on käytössä. (THL 2020.)

RAI-arvioinnissa asiakkaasta kerätään tietoa arkisuoriutumisesta, kognitiivisesta toimintakyvystä, psyykkisistä oireista, sosiaalisesta osallisuudesta, kuntoutumisen voimavaroista sekä lähipiiriltä saatavasta tuesta. RAI-välineiden arviointikysymykset sisältävät keskeisimmät osa-alueet kuten terveydentilan, toimintakyvyn, lääkityksen, ravitsemuksen, muistitoiminnot ja mielialan, kuntoutuksen ja erityishoidot, palveluiden käytön, ympäristön, osallisuuden ja aktiivisuuden ja omaisten tuen. RAI-arviointi tehdään aina yhdessä asiakkaan kanssa ja siitä saatava tieto on ajantasainen kuvaus asiakkaan voinnista ja elämäntilanteesta. (THL 2020.)

Säännöllistä kotihoidon palvelua saavalle asiakkaalle RAI-arviointi tehdään kotihoidon alkaessa ja sen jälkeen puolivuositain ja aina jos asiakkaan vointi muuttuu oleellisesti. Kokonaisarvioinnin lisäksi asiakkaalle on mahdollista tehdä osittaisarviointeja. RAI-arvioinnista saadaan tietoa asiakkaan voimavaroista ja riskitekijöistä, toimintakyvystä ja terveydentilasta sekä tietoa asiakkaan käyttämistä palveluista ja sosiaalisesta verkostosta. RAI-arvioinnista saatavat herätteet auttavat valitsemaan asiakkaalle sopivat palvelut ja asettamaan tavoitteita antamalla tietoa asiakkaan tarpeista ja voimavaroista. RAI-arvioinnista saatavat mittarit kuvaavat asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä, voimavaroja sekä hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. (THL 2020.)

3.1.2 RAI:n hyödyntäminen

RAI-arvioinnin luotettavaan tekemiseen tarvitaan osaamista sekä taitoa toteuttaa arviointi ja kirjata se ohjelmistoon. Arvioinnin tekemiseen on varattava riittävästi aikaa. Arviointiprosessissa on viisi eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tietoa kerätään haastattelun ja havainnoinnin avulla asiakkaalta, omaisilta, läheisiltä ja hoitoon osallistuvilta ammattihenkilöiltä. Seuraavassa vaiheessa kerätyt tiedot kirjataan huolellisesti ohjelmistoon vastaten arviointikysymyksiin. Kolmannessa vaiheessa ohjelmisto muodostaa automaattisesti eri osa-alueiden kysymyksiä yhdistelemällä mittareita ja herätteitä. Neljännessä vaiheessa on tarkoitus ottaa käyttöön RAI-arvioinnista saatu tieto. Arviointitiedon pohjalta laaditaan palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelma. Viimeisessä vaiheessa asiakas saa palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaista hoitoa ja arviointi tehdään uudelleen vähintään puolen vuoden kuluttua. Asiakkaan tilannetta ja suunnitelman toteutumista voidaan seurata säännöllisesti toteutettavilla RAI-arvioinneilla. (THL 2020.)

RAI:ssa on erilaisia mittareita, jotka muodostuvat RAI-arvioinnin sisältökysymyksistä. Mittarit kuvaavat laajemmin asiakkaan toimintakyvyn osa-alueita kuin yksittäisestä kysymyksestä saatu tieto. Mittarit muodostuvat useista joko samaa tai eri osa-aluetta mittaavista kysymyksistä. Yleensä RAI-mittarin tulos nolla kuvaa tilannetta, jossa asiakkaalla ei ole kyseisellä osa-alueella ongelmia, vaan hänellä on jäljellä voimavaroja. Jos asiakkaalla on jollain osa-alueella pärjäämättömyyttä tai oireita, kyseisen osa-alueen mittarin pistemäärä nousee. CPS (Cognitive Performance Scale) mittari kuvaa asiakkaan kognitiivisia toimintoja kuten lähimuistia, ymmärretyksi tulemista, päätöksentekokykyä ja kykyä syödä itse. ADL (Activities in Daily Living) mittari kuvaa arkisuoriutumista päivittäisistä toiminnoista kuten liikkumista kotona, ruokailua, wc:n käyttöä, liikkumista vuoteessa, pukeutumista ja henkilökohtaista hygieniaa. IADL (Instrumental Activities of Daily Living) mittari kuvaa arkisuoriutumista välinetoiminnoissa kuten aterioiden valmistamista, tavallisia kotitaloustöitä, raha-asioiden hoitoa, lääkityksestä suoriutumista, puhelimen käyttöä, ostoksilla käyntiä ja kulkuvälineiden käyttöä. DRS (Depression Rating Scale) mittari kuvaa mielialaa, BMI painoindeksiä ja PAIN kipua. MAPLE (Method for Assigning Priority Levels) mittari kuvaa palvelutarpeiden luonnetta, CHESS (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs) terveydentilan vakautta ja REHABPOT asiakkaan kuntoutumismahdollisuutta. (Heikkilä ym. 2012: 9; Mittarikäsikirja 2018; THL 2019.)

RAI-HC:ssä (Home Care) on CAPs-järjestelmä (Client Assessment Protocols), joka on hoitotyön apuväline. CAPs-työväline auttaa hoitajaa tunnistamaan asiakkaan voimavarat ja tarpeet. Näitä tietoja hoitaja käyttää apuna hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. CAPseja on yhteensä 30 ja ne on jaettu kuuteen kokonaisuuteen (toimintakyky, aistit, mielenterveys, terveydentila, palvelut ja pidätyskyky) (Liite 6). CAPs-järjestelmä toimii apuvälineenä yksittäisen asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnissa. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2007: 33-37.)

3.1.3 Aikaisempia tutkimuksia RAI:n hyödyntämisestä

RAI:n hyödyntämiseen liittyen on tehty muutamia opinnäytetöitä ja yksi Pro gradu työ. Maria Haavisto (2019) tutki omassa opinnäytetyössään RAI-arvioinnin hyödyntämistä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Helena Räsänen (2005) on Pro gradu työssään tutkinut henkilökunnan kokemuksia RAI:n käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Irmeli Eskolan (2015) opinnäytetyössä oli tavoitteena kehittää vammaispalveluiden hoitajien osaamista hyödyntää RAI-arvioinnista saatavaa tietoa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiessa. Pia Hakala (2010) ja Kati Leinonen (2013) ovat omissa opinnäytetöissään kehittäneet RAI:n hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Sari Ahvenjärvi ja Heli Salminen (2012) selvittivät omassa opinnäytetyössään, miten RAI:n tietoja hyödynnetään hoitotyössä.

Haavisto (2019) tutki omassa opinnäytetyössään RAI-arvioinnin hyödyntämistä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Hänen tutkimuksensa perusteella tutkimukseen osallistuneista kotihoidon työntekijöistä lähes puolet koki oman RAI osaamisensa tyydyttäväksi ja 38% koki osaamisen hyväksi. RAI:n teko koettiin kuormittavaksi, aikaa vieväksi ja kysymykset vaikeaksi ymmärtää. Vastaajista 39% koki, ettei RAI paranna hoidon laatua yksikössä. Yli puolet vastaajista olivat sitä mieltä, etteivät he käytä RAI:sta saatavaa tietoa päivittäisessä työssä ja toisaalta sama määrä vastaajia kokee, että RAI:sta saatava yhteenveto auttaa hoitotyönsuunnitelman teossa. Yli puolet vastaajista osasi lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja ja ymmärsivät RAI:n eri osa-alueiden merkityksen.

Haaviston (2019) tulokset osaamisen suhteen ovat samansuuntaiset kuin Räsänen (2005) Pro gradu tutkielman tulokset. Räsänen tutkimuksessa vastaajista 23% piti RAI osaamistaan hyvänä ja 37% tyydyttävänä ja 28% huonona. Vastaajista 65% koki, ettei heidän saama koulutus ollut riittävää. Vastaajista yli puolella oli kokemusta RAI:n käytöstä yli kolme vuotta. (Räsänen 2005: 51.)

Saman suuntaisia tuloksia Haaviston (2019) ja Räsäsen (2005) kanssa saivat Ahvenjärvi ja Salminen (2012) jotka omassa opinnäytetyössään selvittivät miten RAI:sta saatavia tietoja käytetään hyödyksi hoitotyössä. Heidän mukaansa hoitajat kokevat RAI-arvioinnin aikaa vieväksi ja kuormittavaksi. Heidän tutkimuksensa mukaan arvioinneista saatavaa tietoa ei käytetä hyödyksi hoitotyötä suunniteltaessa ja hoitajat eivät koe RAI-arviointien parantavan hoidon laatua. Hoitajat kokevat lisäksi, etteivät ole saaneet tarpeeksi koulutusta RAI:n käyttöön. Tutkimuksessa nousi esiin, että koulutuksen lisäksi tulosten hyödyntämiseen tarvitaan kokemusta. (Ahvenjärvi & Salminen 2012.)

Eskolan (2015) opinnäytetyössä oli tavoitteena kehittää vammaispalveluiden hoitajien osaamista hyödyntää RAI-arvioinnista saatavaa tietoa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiessa. Hän sai tutkimuksessa tulokseksi, että RAI:n tekeminen koetaan melko helpoksi, vaikka osa RAI:n kysymyksistä on vaikea tulkita. Kyselyyn vastanneet osaavat tehdä arvioinnin, mutta tuloksia ei olla hyödynnetty hoito- ja palvelusuunnitelman teossa.

Hakala (2010) on opinnäytetyössään kehittänyt RAI:n hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitajat kokevat RAI-arvioinnin positiivisena asiana. Se koetaan hoidon suunnittelun apuvälineenä. Kielteiseksi puoleksi vastaajat olivat nimenneet arvion tekemiseen kuluvan ajan ja arvion tekemisen pakonomaisuuden.

Leinosen (2013) selvitti opinnäytetyössään hoitajien ja esimiesten kokemuksia arviointijärjestelmän ymmärrettävyydestä ja käytöstä psykiatrisen potilaan hoidonsuunnittelussa. Vastaajista 45,5% osaa tehdä RAI-arvion hyvin. Perehdytystä RAI-vastaavalta on saanut 39% vastaajista ja kollegalta 77%. Koulutusta on saanut 67% vastaajista ja siitä huolimatta koulusta kokee tarvitsevänsä 56% vastaajista. Vastaajista 67% kirjaa RAI-arvioinnista nousseita asioita hoitosuunnitelmaan. RAI-koulutuksen sisällön toivottiin olevan helposti ymmärrettävä ja konkreettisia esimerkkejä sisältävä. Vastaajat kokivat tärkeäksi koulutuksen RAI-arvioinnin hyödynnettävyydestä potilaan hoitosuunnitelman teossa.

3.2 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelma on toinen avainkäsite työssäni. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen (1992/921) mukaan kotihoidon asiakkaalle on laadittava palvelu- ja hoi-

toisuunnitelma. Hoitosuunnitelman tarkoituksena on tukea hoitotyön käytännön toteuttamista. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan, omaisen ja kotihoidon kanssa hoitosuhteen alkaessa. Hoitosuunnitelma tulee tarkastaa palvelujen tarpeen muuttuessa. Hoitosuunnitelman tarkistuksesta ja ylläpitämisestä vastaa vastuuhoidtaja, mutta hän voi tarvittaessa konsultoida muita hoitoon osallistuvia tahoja. (Asetus sosiaali- ja terveyden huollon asiakasmaksuista 1992; Hägg & Rantio & Suikki & Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007: 25.)

Hoitosuunnitelmaa laadittaessa tulisi ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on tärkeä ottaa huomioon myös asiakkaan toimintakyky ja omat voimavarat. Hoitosuunnitelma koostuu asiakkaan palvelujen tarpeesta, tavoitteista ja keinoista, joilla tavoitteet saavutetaan. Suunnitelma päivitetään tarpeen mukaan. Päivitetty ja ajantasainen hoitosuunnitelma takaa asiakkaalle hoidon jatkuvuuden työntekijöiden vaihtuessa. (Päivärinta & Haverinen 2002: 5, 13, 18.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi laatia asiakkaan omassa ympäristössä, koska iäkkään palveluja tarvitsevan asiakkaan elämätilannetta ja toimintakykyä arvioidessa tulee huomioida hänen elinympäristönsä. Asiakasta tulee kuulla suunnitelman laatimisessa, näin taataan asiakaslähtöinen työote. Asiakkaan tahtoa ja toiveita voidaan selvittää myös omaisten avulla etenkin muistisairaiden vanhusten kohdalla. Asiakaan asioita on käsiteltävä luottamuksellisesti. Suunnitelmaa tulee päivittää tarvittaessa, sillä monesti toiveet ja odotukset hoidon suhteen tulevat esiin vasta tutustumisen ja luottamuksellisen suhteen synnyttyä. (Päivärinta & Haverinen 2002: 14, 17.)

Päivi Porre-Mutkala (2012) on pro gradu tutkielmassa selvittänyt hoidon laatua vanhainkodeissa vanhusten ja omaisten kokemana. Hänen tutkielmansa mukaan hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on osa hoidon laatua. Hänen mukaansa vanhukset hyötyvät hoitosuunnitelmasta ja sen lisäksi hoitosuunnitelman kehittämisellä on myönteisiä vaikutuksia hoitajien työhön ja yhteistyöhön omaisten kanssa. Tutkielman mukaan hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yksilöllisesti ja siinä otetaan huomioon vanhuksen omat voimavarat ja tarpeet. Hoito- ja palvelusuunnitelman on oltava asiakaslähtöinen ja tarpeiden ja voimavarojen määrittely tehdään yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa yhteisymmärryksessä. (Porre-Mutkala 2012: 60-61.)

Heikkilän ym. (2015) artikkelissa Aloittelijasta asiantuntijaksi kuvataan hoitosuunnitelma-prosessi RAI:n näkökulmasta. Hoitosuunnitelman tekeminen aloitetaan RAI-arvioinnin tulosten tarkastelulla ja siitä saadun tiedon hyödyntämisellä. Aloittelijalle on puutteita RAI-tiedon tulkitsemisessa ja soveltamisessa hoitosuunnitelmaa tehdessä. Tässä esimiehellä on iso rooli varmistaa, että aloittelija saa riittävää koulutusta ja ymmärtää RAI:n merkityksen hyvän hoidon lähtökohtana. Alkuun aloittelija tarvitsee kokeneemman työntekijän apua arviointien tekemiseen. Vähitellen aloittelijan taidot kehittyvät ja hän oppii tulkitsemaan arviointien tuloksia. Tässä vaiheessa hän tarvitsee tukea tulosten tulkintaa, hyödyntämiseen ja kehittyäkseen taitavaksi RAI:n käyttäjäksi. Taitava käyttäjä osaa analysoida kokonaisvaltaisesti RAI:n tietoja ja osaa rakentaa hoitosuunnitelman voimavara-lähtöisesti. Työyhteisössä tarvitaan RAI asiantuntijaa, joka kehittää hoitokäytäntöjä ja kouluttaa muita työntekijöitä RAI:n käytössä esimiehen tukena. (Heikkilä & Hammar & Sohlman & Andreasen & Finne-Soveri 2015: 56.)

3.3 Kotihoito

Kotihoito on työni kolmas avainkäsite sekä toimintaympäristö, jossa hoitajien RAI osaamista arvioidaan. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kotihoito koostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelua annetaan sairauden, vamman tai muun toimintakykyä alentavan syyn perusteella. Kotipalveluasiakkaan on mahdollista saada tukipalveluna ateria-, vaatehuolto ja siivouspalvelua.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä asukkaille kotisairaanhoidon palveluita. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista moniammatillisesti toteutettua sairaanhoidollista palvelua, jota toteutetaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa. Kotisairaanhoidossa hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Kotihoidon tavoitteena on, että asiakas saa tukea, jotta voi asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidon avulla tuetaan iäkkäiden, pitkäaikaissairaiden ja vammautuneiden asiakkaiden kotona selviytymistä ja helpotetaan sairaalasta kotiutumista. Kotihoidon palvelut kuuluvat kunnan lakisääteisiin palveluihin, mutta kunta voi päättää tuottako se

palvelut itse vai hankkiiko se palvelun yksityiseltä tai kolmannen sektorin toimijalta ostopalveluna vai myöntääkö se kuntalaisille palvelusetelin palveluiden hankkimiseksi. Kotihoito kohdentuu kunnissa yleensä paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville asiakkaille. Asiakkaat, jotka eivät saa kunnan myöntämää palvelua, voivat hankkia kotihoitoa yksityisiltä toimijoilta omakustanteisesti. (Ikonen 2015: 18-21; Salunen 2019: 40.)

Kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huolenpitoon kuuluu psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten toimintaedellytysten turvaamisen ja kuntouttavan työotteen huomioiminen. Kokonaisvaltainen hoito koostuu perushoivasta, henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokahuollosta, lääkehuollosta ja sairaanhoidollisista tehtävistä huolehtimisesta, kuten näytteiden ottaminen, lääkärin määräämät mittaukset ja haavanhoidot. Kotihoitoon kuuluu lisäksi turvapalvelut, vaatehuolto, siistiminen asiointi apu, seuranta, saattohoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus. (Ikonen 2015: 23; Salunen 2019: 40.)

Kotihoidossa työskentelee pääsääntöisesti kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Tämän lisäksi kotihoidossa voi työskennellä sosio-
nomeja, fysioterapeutteja tai geronomeja. Työ kotihoidossa on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tämä edellyttää työntekijöiltä monenlaista osaamista. Kotihoidon-
työssä tarvitaan itsensä ja hoitotyön kehittämisen taitoja, vuorovaikutus- ja viestintä taitoja sekä ammattieettisiä taitoja. Lisäksi kotihoidon hoitajan tulee hallita hoitotyön tietoperusta, työprosessit, hoitotyön työtehtävät ja työturvallisuus. (Ikonen 2015: 172-174.)

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus

Tutkimuksellinen kehittämistyö koostuu kolmesta vaiheesta. Hoitajien osaamisen ja koulutustarpeen kartoittaminen toteutettiin määrällisenä tutkimuksena viidelle kotihoidon alueelle suunnatulla kyselyllä. Kyselyn tulosten pohjalta yhdelle kotihoidon alueelle toteutettiin työpaja, jossa hoitajat itse pääsivät pienissä ryhmissä perehtymään RAI:n mittareihin ja herätteisiin ja tekemään niiden pohjalta valitsemalleen asiakkaalle hoitosuunnitelman. Työpajan jälkeen toteutettiin loppukysely, jolla selvitettiin, lisääntyikö hoitajien osaaminen työpajassa ja miten he kokivat oppimisen kannalta työpaja tyyppisen koulutuksen.

4.1 Määrällinen tutkimus

Tässä kehittämistyössä tutkittavana ilmiönä on hoitajien RAI osaaminen. Kehittämistyö toteutetaan määrällisenä tutkimuksena, koska tarkoitus on selvittää viiden kotihoidon alueen (Myyrmäki, Martinlaakso, Koivukylä, Korso ja Hakunila) hoitajien (n=111) osaamisen taso. Kyselyllä selvitetään, mikä on hoitajien osaamisen taso ja millaista koulutusta he kokevat tarvitsevat. Lomakkeessa hoitajien osaamista mittaavat kysymykset ovat määrällisiä ja kysymyksiin on valmiit vastaus vaihtoehdot.

Määrällistä tutkimusta käytetään silloin, kun halutaan saada isolta määrältä ihmisiä vastauksia rajattuun tutkimusongelmaan. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija käsittelee lukuja. Suurelle joukolle toteutettu kysely on kustannustehokas ja nopea tapa kerätä määrällistä aineistoa. Kyselyllä kerätään vastauksia ennalta asetettuihin kysymyksiin, joten kyselyä käytettäessä pitää olla selvillä mitä kysytään. Määrällistä tutkimusta ei voi käyttää silloin, jos tutkittavaa ilmiötä ei tunneta tarpeeksi hyvin. Kehittämistutkimuksessa kyselyllä voidaan selvittää kehitystyöhön liittyviä asioita ja arviointi vaiheessa voidaan selvittää kehitystyön vaikuttavuutta. (Kananen 2015: 95; Kananen 2017: 21.) Kehittämistyöhöni liittyvissä aikaisemmissa tutkimuskissa on todettu, että koulutuksella, perehdytyksellä ja työkokemuksella näyttäisi olevan vaikutusta RAI osaamiseen.

4.2 Interventiotutkimus

Kehittämistyöni työpajan avulla selvitän, lisääntykö hoitajien RAI osaaminen hyödyntää hoitosuunnitelmassa RAI:sta saatavaa tietoa. Hoitajien osaamisen muutosta mitataan vertaamalla alku- ja loppukyselyn tuloksia RAI osaamisesta. Interventiotutkimus pyrkii muutokseen eli siihen, että asiat tehdään toisin tai keksitään parempi ratkaisu. Interventiotutkimuksen muotoja ovat toimintatutkimus, kehittämistutkimus ja konstruktiiivinen tutkimus. (Kananen 2017: 10.) Interventiotutkimuksen muutos voidaan todentaa ennen ja jälkeen -mittauksella. Tutkimuksen aikana tehdään muutoksen aikaan saavat toimenpiteet. Muutosta voidaan mitata mittaamalla lähtötilanne ja lopputilanne. Muutoksen arvioimiseksi tarvitaan aina lähtötasotutkimus. Interventioin jälkeen tehdään uusintamittaus, jolla voidaan todeta muutoksen onnistuminen. Kehittämistyö on turhaa, jos muutosta ei voida todentaa. (Kananen 2017: 64.)

4.3 Aineiston kerääminen ja analysointi

Kehittämistyöhön haettiin tutkimuslupa Vantaan kaupungilta ja kyselyt lähetettiin hoitajille tutkimusluvan tultua. Alkukysely (liite 1) kotihoidon hoitajille toteutettiin touko-kesäkuun 2020 välisenä aikana. Vastausaika kyselyyn oli kuukausi. Tiedote tutkimuksesta (liite 2) lähetettiin etukäteen kotihoidon alueiden esimiehille ja hän lähetti tiedotteen sähköpostilla kaikille tutkimukseen osallistuville hoitajille. Alkukyselyn ja saatekirjeen (liite 3) tutkija vei kotihoidon esimiehille ja nämä jakoivat kyselyn hoitajille. Tiedotteessa ja saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

4.4 Alkukysely

Tässä kysely koostui tutkimusilmiötä koskevista kysymyksistä, joka on yleisin aineiston keräysmenetelmä määrällisessä tutkimuksessa. Määrällinen tutkimus perustuu RAI:sta saatavaan tietoon, jonka pohjalta kysymykset laadittu. Kysely toteutettiin henkilökohtaisena postikyselynä niille hoitajille, jotka ovat käyttäneet työssään RAI-ohjelmaa. Kyselestä rajattiin ulkopuolelle ne työntekijät, joilla ei ole tunnuksia RAI-ohjelmaan eivätkä he ole ohjelmaa käyttäneet.

Aineistonkeruumenetelmänä käytetty kyselylomake jaettiin kotihoidon henkilökunnalle ja se palautui tutkijalle postitse. Kyseessä oli mukailtu postikysely, jossa kyselylomakkeiden postituksen sijaista lomakkeet jaettiin kotihoidon esimiehille ja he jakoivat ne työntekijöille. Hoitajat palauttivat kyselyt palautuskuorissa yksikön esimiehellä olevaan kuoreen ja esimies postitti kyselyt tutkijalle. Palautuneet vastauslomakkeet numeroitiin juoksevasti ja tämä numero tallennettiin tietokantaan lomakkeiden tallennuksen yhteydessä. (Kananen 2015: 98.)

Määrällisessä tutkimuksessa kysely kohdistetaan niille, joita se koskee ja se voidaan tehdä kokonaistutkimuksena, jos kohderyhmä on rajattu ja helposti tavoitettavissa (Kananen 2015: 99). Tässä kehittämistyössä käytettiin kokonaistutkimusta eli kyselylomakkeet lähetettiin kaikille kohderyhmään kuuluville hoitajille. Kohderyhmä on rajattu viiteen kotihoidon alueeseen ja hoitajien määrä näissä yksiköissä oli yhteensä 111 henkilöä.

Kyselylomakkeet syötettiin tilastointiohjelmaan, jonka avulla tutkimusaineisto tiivistettiin taulukoiksi ja tunnusluvuiksi. Kehittämistyön raporttiin taulukot ja tilastot kirjoitettiin auki

sanalliseen muotoon. Raporttiin pyritään kirjoittamaan tutkimuskysymysten kannalta oleellisista asioista. (Kananen 2015: 100, 103.)

Alkukyselyssä kartoitettiin vastaajan taustatietoina työskentelypistettä, aikaa, jonka hän on ollut työssä kyseisessä yksikössä sekä sitä, kuinka kauan hän on käyttänyt RAI-ohjelmaa. Kyselyssä selvitettiin vastaajan saamaa RAI perehdytystä ja koulutusta ja oliko hän kokenut nämä hyödylliseksi. Avoimissa kysymyksissä selvitettiin vastaajien saamaa koulutusta ja millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa. Lisäksi selvitettiin mikä on vastaajan oma näkemys RAI osaamisestaan. Tässä osiossa avoimella kysymyksellä selvitettiin millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevansa hoitosuunnitelman hyödyntämiseen. Viimeisessä osiossa selvitettiin vastaajien RAI osaamista erilaisilla väittämillä, joihin voi vastata oikein/ väärin. Kysymykset pohjautuivat RAI:n mittarikäsikirjaan (2018) ja Finne-Soverin (2015) diaesitykseen ymmärtää RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus.

4.5 Tutkimuksen analyysimenetelmät

Tämän kehittämistyön analysoitiin hoitajien omaa kokemus osaamisesta, mikä on heidän osaamisensa hyödyntää RAI:ta hoitosuunnitelmassa ja millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevansa. Työpajan ja loppukyselyn analysoinnissa pääpaino oli selvittää, lisääntykö hoitajien osaaminen hyödyntää RAI:ta hoitosuunnitelman teossa työpajan myötä. Alkukyselyn tuloksista ei tehdä syvällisiä analyyseja vaan keskitytään lähinnä prosentiosuuksiin ja ristiintaulukointiin, koska alkukyselyn tulosten pääasiallinen tavoite oli toimia apuna työpajan suunnittelussa. Työpajan osallistujamäärä jäi pieneksi, joten tuloksista ei voi tehdä syvällisiä analyyseja ja pienen osallistujamäärän vuoksi vertailu alkukyselyyn ei ole luotettava. Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Paggage for Social Science) -ohjelmalla, joka on tarkoitettu määrällisen aineiston analysointiin (Metsämuuronen 2000: 3) sekä Excel-ohjelmalla.

Määrällisen tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida eri tavoin. Menetelmä valitaan sen mukaan mikä antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysitavan valintaa vaikuttaa se tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan vaikutusta toisiinsa. (Vilka 2007: 119.) Asioiden välistä suhdetta voidaan selvittää ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnissa tarkastellaan samanaikaisesti kahta muuttujaa ja selvitetään niiden välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukoinnissa ongelmia aiheuttaa se vallitseeko muuttujien välillä syy-seuraussuhde, vaikka muuttujien välillä todetaan riippuvuus. Tu-

loksia esitettäessä aineistosta voi laskea suoria jakaumia eli frekvenssijakaumaa. Frekvenssijakauma kertoo, kuinka monta kappaletta muuttujan arvoa aineistossa esiintyy. (Kananen 2008: 41, 44, 51.)

Tässä työssä palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin ja tarkastettiin. SPSS-ohjelmaan luotiin havaintomatriisi pohja, johon vastaukset syötettiin käsin. Johonkin tai joihinkin kysymykseen vastaamatta jättäneitä vastaajia oli paljon, joten kyselylomakkeen vastausvaihtoehtojen lisäksi kaikkiin kysymyksiin lisättiin vastausvaihtoehto puuttuva vastaus. Jos nämä puutteellisesti vastatut lomakkeet olisi poistettu, olisi vastaaja määrä jäänyt liian pieneksi. Eniten vastaamatta jätettiin hoitajien osaamista mittaviin kysymyksiin. Yhtään tyhjää kyselylomaketta ei ollut, joten niitä ei tarvinnut poistaa. Havaintomatriisin luomisessa, tulosten syöttämisessä ja analysoinnissa apuna käytettiin SPSS-kirjallisuutta. (Heikkilä, 2014; Holopainen & Tenhunen & Vuorinen 2004; Jauhiainen n.d; Kainulainen 2008; KvantiMOTV-SPSS-oppimisympäristö; Metsämuuronen 2000.)

Aineiston tallennuksen jälkeen aineisto tarkistettiin silmämääräisesti, ettei aineiston syöttö vaiheessa ole tullut näppäilyvirheitä. Tämän jälkeen aineisto tarkistettiin vielä SPSS-ohjelman Descriptives -komennolla. Havaitut näppäilyvirheet korjattiin tässä vaiheessa. Aineisto analysoitiin hyödyntäen ohjelman Analyze valikkoa ja aineistosta tehtiin erilaisia graaffisia kuvia.

Avoimet kysymykset analysoitiin pienimuotoisella sisällönanalyysillä, joka on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa on rajattava tutkittava aihe. Seuraavassa vaiheessa aineisto koodataan. Viimeisessä vaiheessa aineisto luokitellaan ja lasketaan kuinka monta kertaa luokat esiintyvät aineistossa. Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt eivät ole etukäteen tiedossa. Sisällönanalyysissä pyritään saamana tutkittava asia esiin tiivistetyssä muodossa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet. Pelkistämässä eli redusoinnissa aineistosta karsitaan pois kaikki epäolennainen. Ryhmitelyssä eli klusteroinnissa alkuperäisilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet yhdistetään luokiksi. Käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kanalta oleellinen tieto ja muodostetaan oleellisesta tiedosta teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 91-93, 103, 108-111.)

Avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Kanasen (2011) mukaan avoimet kysymykset voidaan käsitellä tekstinkäsittelyohjelmalla. Tämän jälkeen vastauksia ei voida siirtää enää takaisin tilasto-ohjelmaan, jolloin niille ei voida suorittaa ristiintaulukointia. (Kananen 2011: 101.) Avointen kysymyksiä vastaukset kirjoitettiin Wordiin sanasta sanaan ja tämä jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin pääluokkia. Pääluokkiin on laskettu ilmauksien määrät.

4.6 Työpaja ja loppukysely

Alkukyselyiden tulosten analysoinnin jälkeen yhteen kotihoidon yksikköön järjestettiin työpaja. Kyselyn tulosten perusteella hoitajilla oli toive, että koulutus olisi pienryhmissä ja yhdessä tehden. Työpajan tarkoituksena oli, että hoitajat oppivat ymmärtämään mitä RAI:n mittarit ja herätteet tarkoittavat ja miten niitä voi hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Työpajan ajankohta sovittiin yksikön esimiehen kanssa. Yksikön esimies lähetti sähköpostilla työpajaan osallistuville hoitajille saatekirjeen (liite 4), jossa kerrottiin työpajan tarkoitus ja tavoite. Samalla esimies informoi työntekijöitä, että nämä ottavat työpajaan mukaan yhden oman asiakkaan RAI mittariraportin, jota he ovat poistaneet kaikki asiakkaan tunnistetiedot. Työpajaan osallistuminen oli hoitajille vapaaehtoista. Yksikössä työskentelee 25 työntekijää ja yksikön esimies mahdollisti työvuorosuunnittelulla 18 hoitajan osallistumisen työpajaan.

Kehittämistyön työpaja oli tarkoitus toteuttaa Learning Cafe menetelmällä. Learning cafe menetelmässä työpajaan osallistuvat jaetaan esimerkiksi viiden hengen ryhmiin. Jokainen ryhmä valitsee puheenjohtajan, joka pitää yllä keskustelua ja tarvittaessa kirjaa ajatuksia ylös. Ryhmä keskustelelee määrätystä aiheesta 20 minuuttia ja tämän jälkeen vaihdetaan ryhmää. Ryhmän puheenjohtaja jää ryhmään ja tekee yhteenvedon uudelle ryhmälle aikaisemmasta keskustelusta ja uusi ryhmä jatkaa keskustelua siitä. Lopuksi ryhmien puheenjohtajat tekevät yhteenvedon keskusteluista ja esittelevät tulokset muille. (Järvensivu & Nykänen & Rajala 2010: 68.)

Työpajaa pääsi osallistumaan yksikön työtilanteen takia vain 11 hoitajaa. Työpaja kesto oli 2,5 tuntia. Työpaja aloitettiin pienellä 45 minuutin alustuksella. Alustuksessa käytiin läpi, miten RAI:ta voi hyödyntää hoitosuunnitelmassa, RAI:n mittareiden pisteiden tulkin-
taa, mitä RAI mittarit (CPS, ADL, IADL, DRS, BMI ja PAIN) tarkoittavat ja miten niiden

tulokset voi merkitä hoitosuunnitelmaan. Lopuksi käytiin läpi mitä RAI:ssa olevat CAPsit tarkoittavat ja miten niitä voi hyödyntää asiakkaan hoidossa.

Pienen osallistujamäärän vuoksi työpajaa oli haastava toteuttaa Learning Cafe menetelmällä. Työpaja toteutettiin mukailulla Learning Cafe menetelmällä, jossa ryhmälle ei valittu puheenjohtajaa vaan koko ryhmä käsitteli yhtä materiaalia 20 minuuttia ja tämän jälkeen koko ryhmä siirtyi käsittelemään seuraavaa materiaalia. Työpajaan osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään (3-4 osallistujaa/ryhmä) ja jokainen ryhmä valitsi yhden asiakkaan, jonka RAI tuloksiin he tutustuivat. Työpajan vetäjä oli etukäteen tulostanut RAI ohjelmasta Mittarikäsikirjan ja CAP-käsikirjan. Jokainen ryhmä tutustui vuorotellen mittarikäsikirjaan ja sen avulla ryhmässä yhdessä pohtien miettivät asiakkaan hoitosuunnitelmaa. CAP-käsikirjan kuusi kokonaisuutta jaettiin kahteen osaan ja jokainen ryhmä vuorollaan tutustuivat näihin CAP osa-alueisiin ja valitsivat asiakkaalta ne CAP osa-alueet, joihin perehtyivät tarkemmin käsikirjan avulla. Ryhmillä oli 20 minuuttia aikaa jokaisen kolmen osa-alueen tutkimiseen ja pohtimiseen.

Ryhmillä oli tehtävänä pohtia ja kirjata ylös löytykö RAI:sta tarpeita, jotka tulisi lisätä asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Nouseeko tuloksista asioita, joista olisi hyvä konsultoida lääkäriä tai terapeutteja. Aktivoituuko RAI:ssa CAPseja tai mittareita, joista olisi hyvä keskustella omaisen kanssa tai tiimissä. Viimeisenä tehtävänä oli pohtia, nouseeko RAI:ta asioita, jotka on arvioitu väärin ja eivät vastaa asiakkaan todellista tilannetta. Lopuksi ryhmät kokoontuivat yhteen ja käytiin läpi ryhmien havaintoja ja pohdintoja. Työpajan tuotoksena syntynyt materiaali jäi vain työpajaan osallistuneiden hoitajien käyttöön ja he voivat hyödyntää materiaalia asiakastyössä.

Työpajan lopuksi osallistujille (n=11) jaettiin loppukyselylomake (liite 5). Lomakkeen sai täyttää heti työpajan jälkeen tai sen sai palauttaa yksikön esimiehelle, jolta tutkija kävi hakemassa täytetyt kyselyt. Valtaosa osallistujista halusi täyttää lomakkeen myöhemmin ja tämä vaikutti heikentävästi vastausprosenttiin.

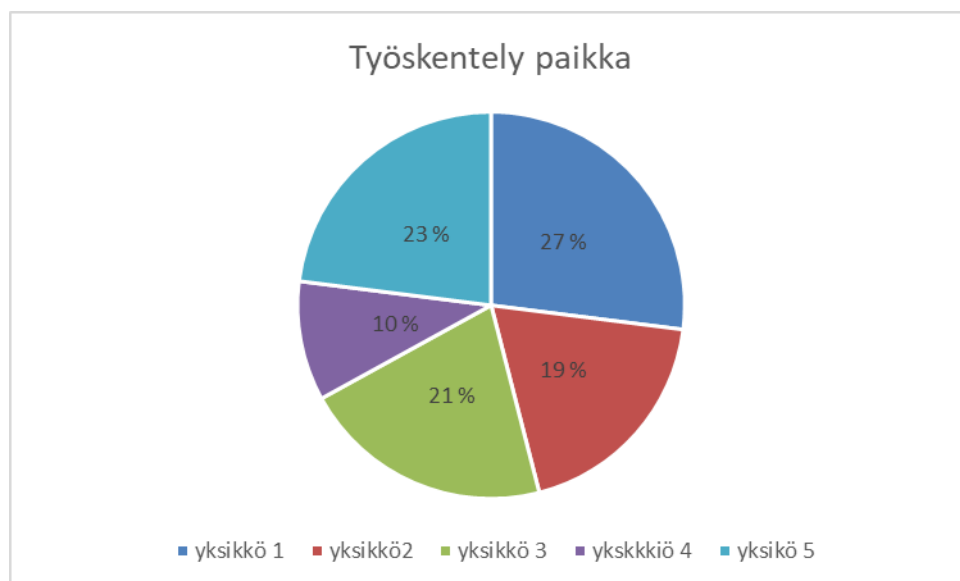
Loppukyselyllä selvitettiin osittain samoja asioita kuin alkukyselyllä mm. hoitajien osaamista mittaavat kysymykset olivat samoja kuin alkukyselyssä. Samoin RAI arvion tekemistä ja hyödyntämistä koskevat kysymykset olivat samoja. Näiden lisäksi vastaajilta kysyttiin työpajan hyödyllisyyttä, mitä työpajassa oli hyvää ja mitä pitäisi jatkossa kehittää ja millaista koulusta hoitajat kokevat tarvitsevänsä. Loppukyselyn avulla selvitetään,

onko työpajalla ollut vaikutusta hoitajien osaamiseen. Lisäksi selvitetään, kokivatko hoitajat työpaja työskentelyn mielekkäänä tapana oppia hyödyntämään RAI:ta.

5 Tulokset

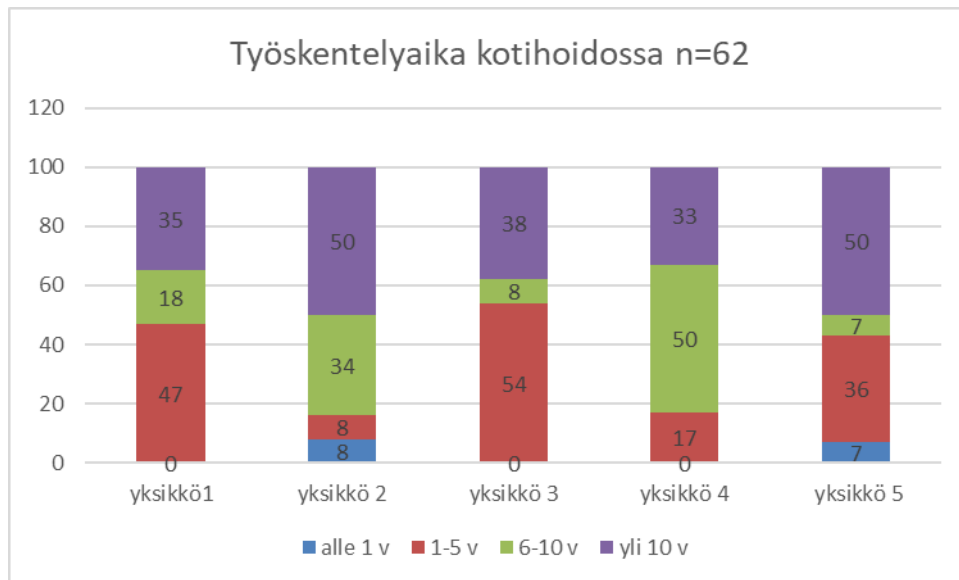
Alkukyselyyn vastasi vastausaikana yhteensä 62 hoitajaa. Alkukysely lähetettiin 111 hoitajalle. Vastausprosentti kyselyyn oli siten 56%. Vastausprosentit eri yksiköiden välillä vaihtelivat suuresti. Pienin vastausprosentti (26%) on yksikössä 4 ja suurin (92%) yksikössä 3. Muissa yksikössä vastausprosentit jakautuivat tasaisemmin. Yksikössä 1 vastausprosentti oli 58, yksikössä 2 vastausprosentti oli 48 ja yksikössä 5 vastausprosentti oli 63. Täysin tyhjiä kyselylomakkeita ei palautunut. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, joten kaikki hoitajat eivät vastanneet kyselyyn. Raportissa käydään ensimmäisenä läpi mikä on hoitajien oma kokemus RAI osaamisestaan. Seuraavaksi tarkastellaan mikä on hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa ja lopuksi käydään läpi millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevänsä. Raportissa tuloksia havainnollistetaan kuvioilla.

Alkukyselyyn vastanneista 27% työskentelee yksikössä 1, vastanneista 19% työskentelee yksikössä 2, vastanneista 21% työskentelee yksikössä 3, vastanneista 10% työskentelee yksikössä 4 ja vastanneista 23% työskentelee yksikössä 5. Kuviossa 1 vastaajien jakautuminen eri työyksiköiden mukaan.



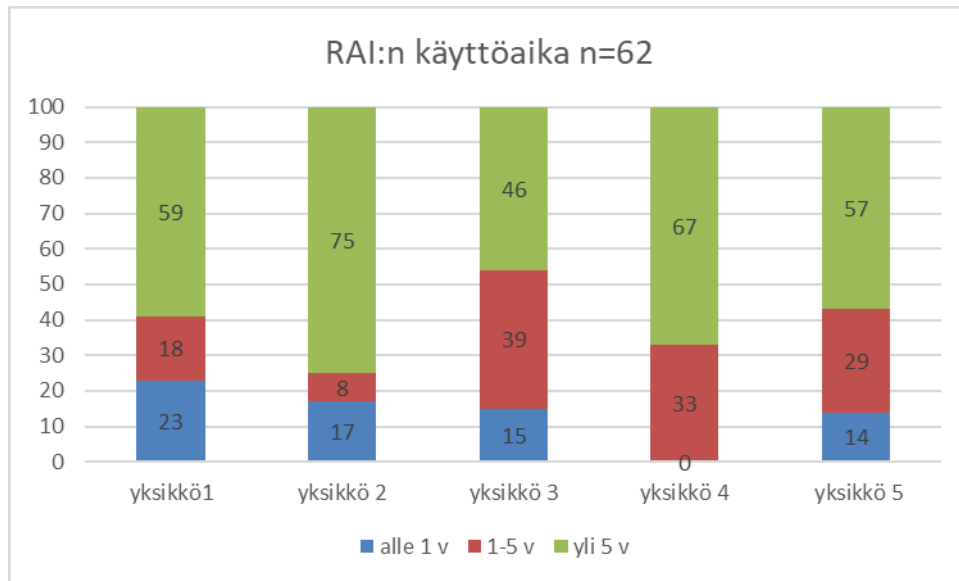
Kuvio 1. Vastaajien (n=62) jakautuminen heidän työyksiköiden mukaan.

Vastaajista lähes puolet (42%) oli työskennellyt kotihoidossa yli 10 vuotta. 6-10 vuotta kotihoidossa työssä olleita oli 19% ja 1-5 vuotta olleita 36%. Alle vuoden työssä olleista kyselyyn vastasi vain 2 henkilöä (3%). Kyselyn tulosten mukaan kotihoidossa työskentelee kokeneita hoitajia. Yksiköiden välillä on jonkin verran vaihtelua työskentelyajan mukaan (kuvio 2). Yksiköissä 1 ja 3 on eniten alle viisi vuotta kotihoidossa työskennelleitä ja yksiköissä 2 ja 5 puolet työntekijöistä on työskennellyt kotihoidossa yli 10 vuotta.



Kuvio 2. Työntekijöiden (n=62) työskentelyaika kotihoidossa

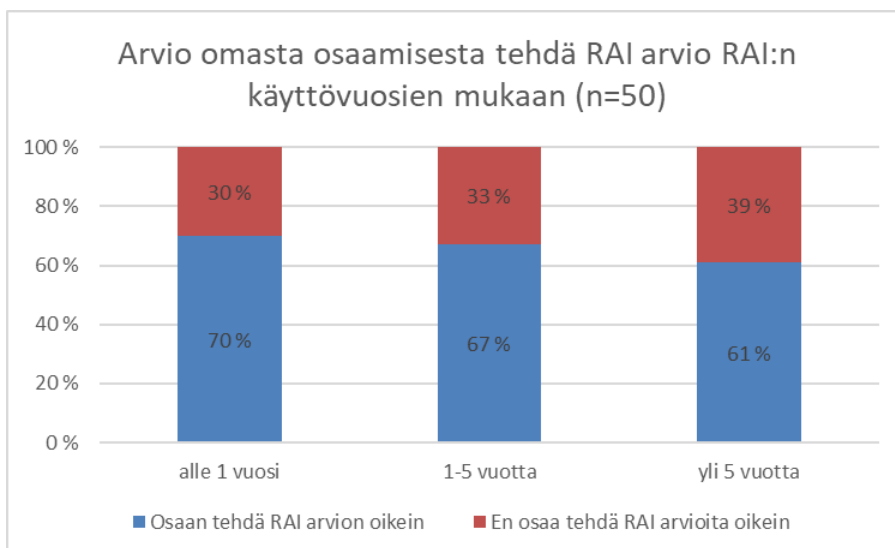
RAI:ta vastaajista yli puolet (60%) on käyttänyt yli viisi vuotta. Vastaajista 10 (16%) on käyttänyt RAI:ta alle vuoden eli ovat vasta-alkajia RAI:n käytössä. 1-5 vuotta RAI:ta käyttäneitä vastaajissa oli 24% (kuvio 3). Valtaosa vastaajista on kokeneita RAI:n käyttäjiä. Vasta-alkajien osuus vastaajista on vähäinen. Tulosta selittää se, että esimiehiä ohjeistettiin jakamaan kysely työntekijöille, joilla on RAI tunnukset ja jotka ovat käyttäneet RAI:ta. Tämä selittää myös sen, miksi alle vuoden kotihoidossa työskennelleitä on vähän vastaajien joukossa. Yksiköiden välillä on eroja RAI:n käyttöajan mukaan (kuvio 3). Yksikössä 4 kaikki työntekijät ovat käyttäneet RAI:ta yli vuoden. Yksikössä 1 puolestaan on eniten RAI:n käytön vasta-alkajia.



Kuvio 3. Työntekijöiden (n=62) RAI:n käyttöaika

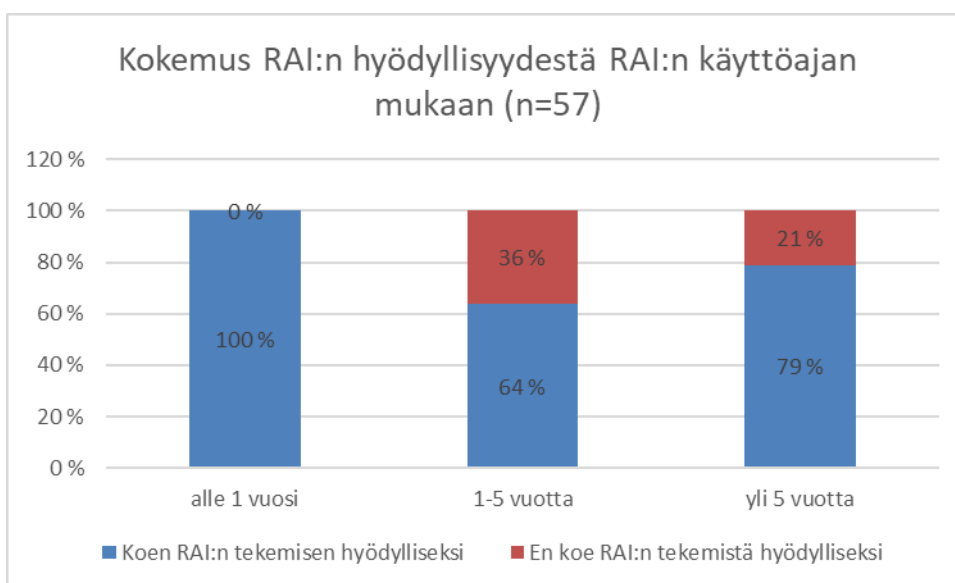
5.1 Kotihoidon hoitajien kokemus omasta RAI osaamisestaan

Kysymykseen osaatko tehdä RAI arvioinnin oikein, vastanneista (n=50) 64 % kokee osaavansa tehdä arvioinnin oikein ja 36% kokee ettei osaa tehdä RAI:ta oikein. Tuloksista ilmenee, ettei pelkkä kokemus RAI:n käytöstä lisää osaamisen tunnetta vaan tämän lisäksi tarvitaan perehdytystä ja koulusta ohjelman käyttöön. Yli 5 vuotta RAI:ta käyttäneissä osaamisen kokemus oli pienin (61%). Alle vuoden RAI:ta käyttäneistä vastaavasti 70% kokivat osaavansa tehdä RAI arvioinnin oikein (kuvio 4). Niistä vastaajista, jotka olivat saaneet koulutusta, 80% koki osaavansa tehdä RAI arvion oikein. Perehdytyksellä näyttää olevan vielä suurempi merkitys kokemukseen RAI osaamisesta kuin saadulla koulutuksella. Niistä, jotka olivat saaneet perehdytystä, 94% koki osaavansa tehdä RAI arvion oikein. Tulosten mukaan esimieheltä saatu perehdytys ei lisää hoitajien kokemuksesta omasta RAI osaamisesta. RAI vastaavalta ja erityisesti kollegalta saatu perehdytys lisää hoitajien osaamisen kokemusta merkittävästi.



Kuvio 4. Arvio omasta RAI arvioin tekemisestä RAI:n käyttövuosien mukaan (n=50)

Kotihoidon työntekijöistä melkein kolme neljästä (73%) kokee RAI:n tekemisen hyödylliseksi. RAI:n tekemisen kokee hyödyttömäksi viidesosa (19%). Vastaaajista 8% ei osaa sanoa onko RAI:n tekeminen hyödyllistä vai ei. Alle vuoden RAI:ta käyttäneistä kaikki kokevat RAI:n tekemisen hyödylliseksi, kun taas 1-5 vuotta RAI:ta käyttäneistä vain 64% kokee RAI:n tekemisen hyödyllisenä (kuviot 5). Yksikössä 2 vain puolet työntekijöistä kokee RAI:n teon hyödyllisenä. Muissa yksiköissä työntekijöistä yli 80% kokee RAI:n tekemisen hyödyllisenä.



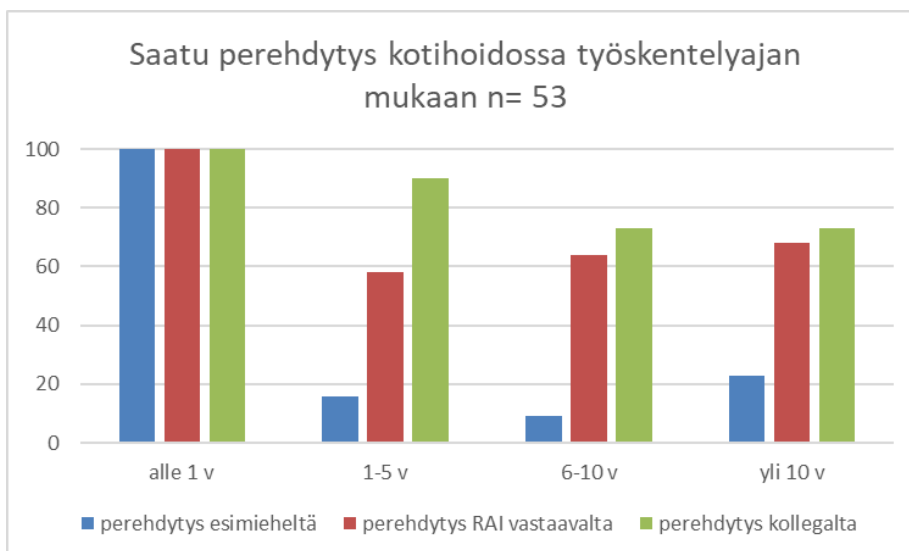
Kuvio 5. Kokemus RAI:n hyödyllisyydestä RAI:n käyttöajan mukaan (n=57)

Hoitajien kokemukseen siitä, osaavatko he tehdä RAI arvion oikein näyttää vaikuttavan hoitajien saama koulutus, perehdytys ja RAI:n käyttöaika. Hoitajien saaman perehdytyksen määrään ja riittävyyteen näyttää vaikuttavan työskentely aika ja yksikkö. Koulutuksen saaneissa on nähtävissä myös työskentelyajan vaikutus. Samoin kokemukseen RAI:n hyödyllisyydestä näyttää vaikuttavan RAI:n käyttöaika. Valtaosa (84%) kyselyyn vastaajista on saanut perehdytystä RAI:n käyttöön. Yksiköiden välillä on merkittäviä eroja perehdytystä saaneissa. Yksikössä 4 kaikki työntekijät ovat saaneet perehdytystä, tosin tulokseen voi vaikuttaa se, että yksikössä oli muita pienempi vastausprosentti. Yksikössä 1 vain 69% työntekijöistä on saanut perehdytystä. Perehdytystä saaneista työntekijöistä 79% on saanut perehdytystä kollegalta, 64% on saanut perehdytystä yksikön RAI vastaavalta ja 19% on saanut perehdytystä esimieheltä. Yksiköiden välillä ei ole merkittäviä eroja kollegalta saadun perehdytyksen välillä. RAI vastaavalta ja esimieheltä saadun perehdytyksen määrässä on näkyvissä selkeitä eroja yksiköiden välillä. Yksikössä 5 valtaosa (92%) perehdytystä saaneista on saanut perehdytystä RAI vastaavalta ja esimieheltä perehdytystä on saanut lähes puolet (46%). Vastaavasti yksikössä 3 RAI vastaavalta perehdytystä on saanut vain kolmas osa (33%) ja esimieheltä perehdytystä on saanut vain 8% perehdytystä saaneista vastaajista (kuvio 6). Yksikössä 3 oli selkeästi suurempi vastausprosentti verrattuna muihin yksiköihin. Perehdytystä saaneet vastaajat (n=53) saivat valita keiltä kaikilta ovat perehdytystä saaneet. Osa vastaajista on saanut perehdytystä kollegalta, RAI vastaavalta ja esimieheltä ja osa vain yhdeltä näistä.



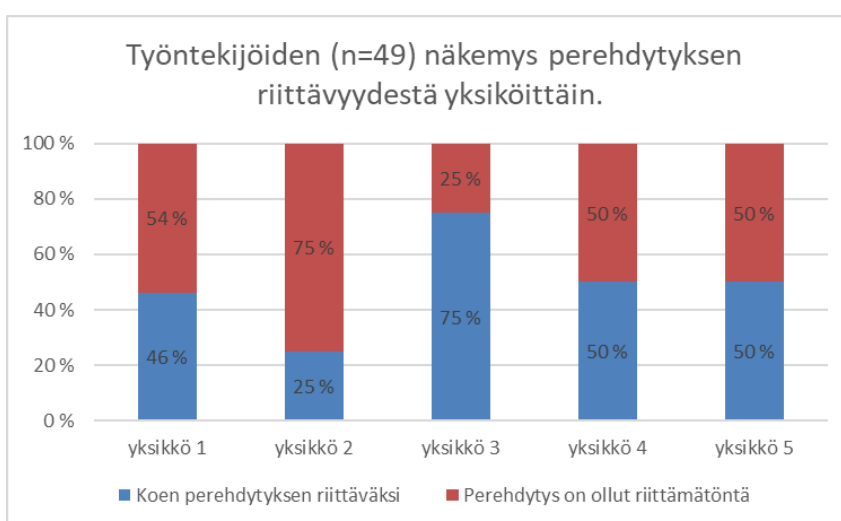
Kuvio 6. Työntekijöiden (n= 61) saama perehdytys RAI:hin yksiköittäin

Työskentely ajalla kotihoidossa on merkitystä siihen, keneltä työntekijä on perehdytystä saanut. Alle vuoden kotihoidossa työskennelleistä vain yksi vastasi tähän kysymykseen, joten tulos poikkeaa merkittävästi muista eikä ole vertailukelpoinen muiden ryhmien kanssa. Esimieheltä perehdytystä ovat saaneet eniten yli 10 vuotta työskennelleet. RAI vastaavalta saadussa perehdytyksessä ei ole merkittävää eroa työskentely ajan mukaan. Eniten perehdytystä ovat saaneet kollegalta 1-5 vuotta kotihoidossa työskennelleet (Kuvio 7).



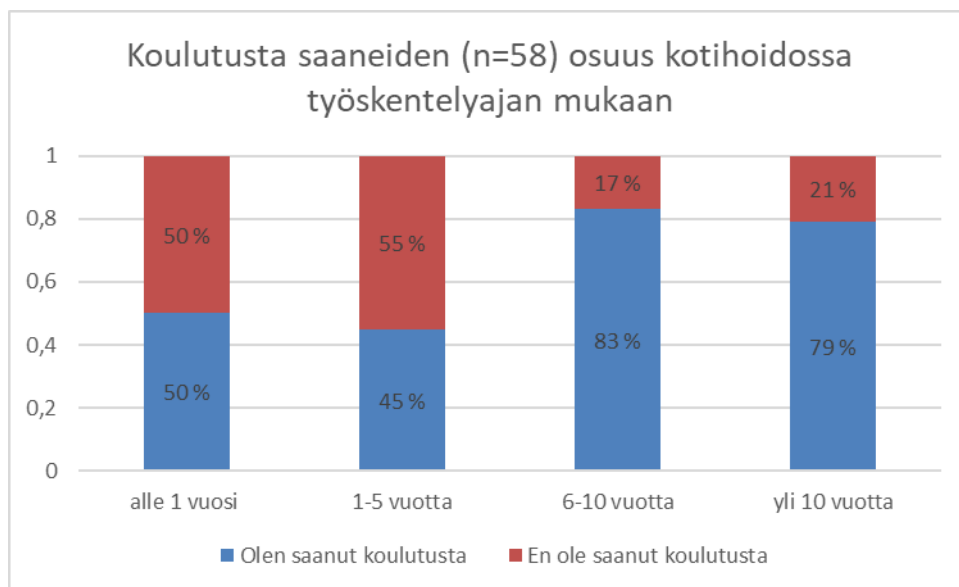
Kuvio 7. Saatu perehdytys kotihoidossa työskentelyajan mukaan.

Perehdytyksen koki riittäväksi 40% vastaajista ja 39% koki saamansa perehdytyksen riittämättömänä. 13 vastaajaa (21%) ei osannut sanoa oliko perehdytys riittävää vai riittämätöntä. Kotihoidossa työskentely aika vaikuttaa perehdytyksen riittävyyteen. 1-5 vuotta ja yli 10 vuotta kotihoidossa työskennelleistä 42% koki perehdytyksen riittäväksi. 6-10 vuotta kotihoidossa olleista 80% koki perehdytyksen riittävänä. Yksiköiden välillä oli merkittäviä eroja perehdytyksen riittävyyden suhteen. Yksikössä 3 kolme neljästä (75%) koki perehdytyksen riittäväksi, kun yksikössä 2 riittävää perehdytystä koki saaneensa vain yksi neljästä (25%). Muissa yksikössä mielipiteet perehdytyksen riittävyydestä jakautuivat tasaisesti (kuvio 8).



Kuvio 8. Työntekijöiden (n=49) näkemys perehdytyksen riittävyydestä yksiköittäin.

Koulutusta RAI:n käyttöön on saanut 63% kyselyyn vastanneista, 31% ei ole saanut koulutusta ja 6% ei osannut vastata onko saanut koulutusta. Yli kuusi vuotta kotihoidossa työskennelleistä valtaosa on saanut koulutusta RAI:n käyttöön. 6-10 vuotta työskennelleistä 83% on saanut koulutusta ja yli kymmenen vuotta kotihoidossa työskennelleistä koulutusta on saanut 79%. Alle viisi vuotta työskennelleistä noin puolet on saanut koulutusta RAI:n käyttöön (kuvio 9). Koulutusta saaneista (n=39) koulutuksen koki hyödylliseksi 89%.



Kuvio 9. Koulutusta saaneiden osuus kotihoidossa työskentelyajan mukaan

Koulutuskysymykseen vastanneista (n=58) koulutusta on saanut 39 vastaajaa. Koulutusta saaneita pyydettiin kertomaan millaista koulutusta he ovat saaneet. Vastauksia kysymykseen tuli 35. RAI-peruskoulutusta on saanut 21 vastaajaa. Peruskoulutusta saaneista valtaosa (13 vastaajaa) on työskennellyt kotihoidossa yli 10 vuotta. 6-10 vuotta kotihoidossa työskennelleistä RAI-peruskoulutusta on saanut 6 vastaajaa ja 1-5 vuotta työskennelleistä 2 vastaajaa. THL:n RAI verkkokurssin koulutukseksi mainitsee viisi vastaajaa. Näistä yksi on työskennellyt kotihoidossa alle vuoden ja neljä 1-5 vuotta. Viisi vastaajista on saanut koulutusta RAI:hin ainoastaan kollegalta. Neljä vastaajista on osallistunut RAI-seminaariin tai ovat RAI-vastaavia ja sitä kautta osallistuneet RAI-vastaaville järjestettyyn koulutukseen ja seminaareihin. Lisäksi yhdessä yksikössä RAI asioita käsitellään säännöllisesti työyksikön kokouksissa ja tämä koettiin koulutuksena.

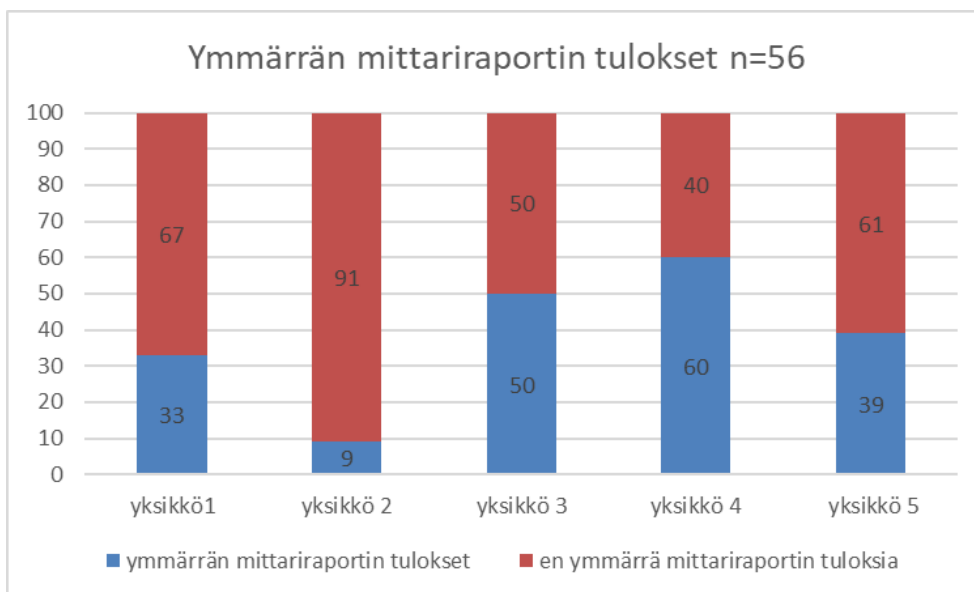
RAI:n peruskoulutus RAI:n tullessa Vantaalle. Lyhyitä koulutuksia muutama vuosien aikana. (kotihoidossa yli 10v)

Suoritin verkkokoulutuksen THL sivuilla. (kotihoiossa alle 1v)

Perehdytykseen ja koulutukseen liittyen THL on tehnyt RAI:sta verkkokurssin. Kurssiin kuuluu verkossa itsenäisesti luettava materiaali ja lopuksi tehtävä tentti. Kyselyyn vastanneista 45 (76%) on suorittanut verkkokurssin, 14 vastaajaa ei ole suorittanut verkkokurssia ja 3 jätti kysymykseen vastaamatta. Verkkokurssin suorittaneista suurin osa (91%) on lukenut materiaalin ja tehnyt tentin. Vastaajista 9% teki vain tentin. Kaikista verkkokurssin suorittaneista 66% koki kurssin hyödylliseksi. Niistä vastaajista jotka, lukivat materiaalin ja tekivät tentin, 68% koki verkkokurssin hyödylliseksi. Verkkokurssi koettiin hyödyllisempänä niiden keskuudessa, jotka lukivat materiaalin kuin niiden, jotka eivät materiaalia lukeneet. Pelkän tentin tehneistä kuitenkin puolet koki verkkokurssin hyödylliseksi.

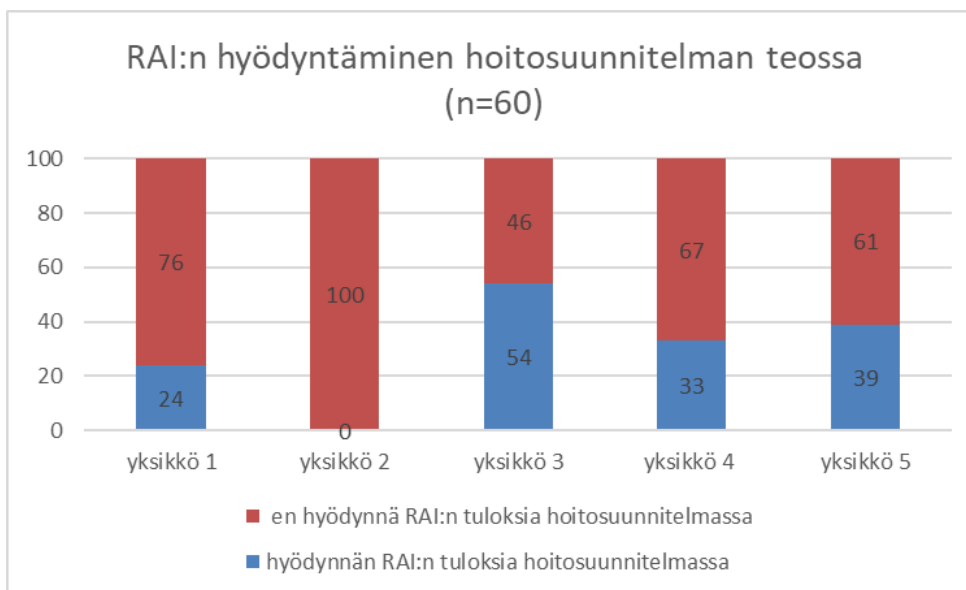
5.2 Kotihoidon hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa

RAI-ohjelman avulla muodostetaan tehdyn RAI-arvioinnin jälkeen jokaiselle asiakkaalle mittariraportti. Vastaajia pyydettiin arvioimaan ymmärtävätkö he mitä mittariraportin tulokset tarkoittavat. Kysymykseen vastasi 56 vastaajaa. Heistä 36% ymmärtää mittariraportin tulokset. Parhaiten mittariraportin tuloksia kokevat ymmärtävänsä alle vuoden RAI:ta käyttäneet. Heistä lähes puolet (44%) kokee ymmärtävänsä mitä mittariraportin tulokset tarkoittavat. Huonoiten tuloksia kokevat ymmärtävänsä 1-5 vuotta RAI:ta käyttäneet. Heistä vain 31% kokee ymmärtävänsä raportin tulokset. Yli viisi vuotta RAI:ta käyttäneistä reilu kolmannes (35%) kertoo ymmärtävänsä mittariraportin tuloksia. Niistä, jotka ovat saaneet perehdytystä RAI:hin 40% ymmärtää mittariraportin tulokset ja koulusta saaneista 43%. Yksiköiden välillä on selkeitä eroja, miten työntekijät ymmärtävät mittareiden tuloksia (kuvio 10). Parhaiten tuloksia osataan tulkita yksikössä 4 ja huonoiten yksikössä 2.



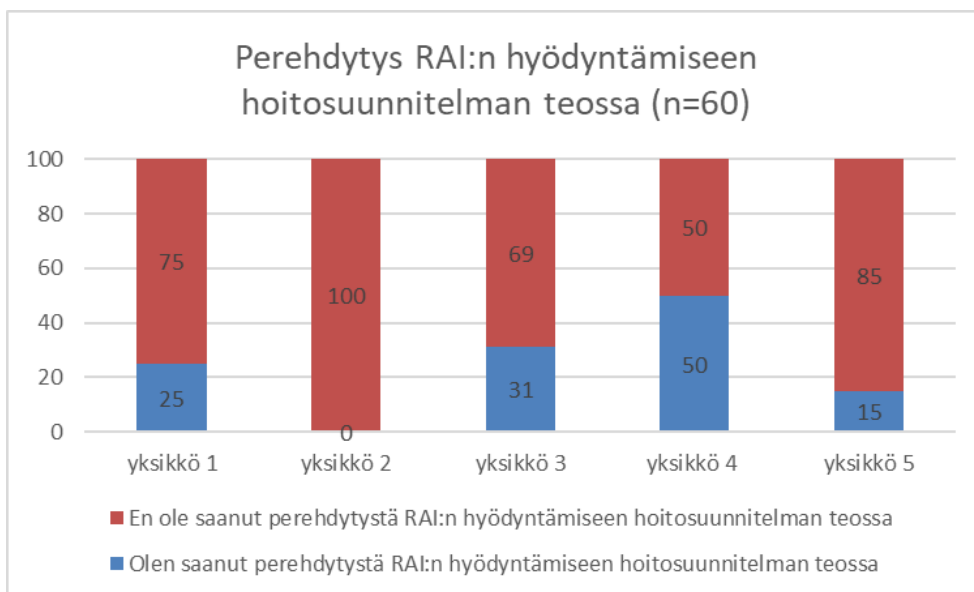
Kuvio 10. Ymmärrän mitä mittariraportin tulokset tarkoittavat (n=56)

RAI:sta saatavia mittareita ja herätteitä kertoo hyödyntävänsä hoitosuunnitelman teossa kysymykseen vastanneista kolmasosa (30%). RAI:n tulosten hyödyntämisessä ei ole merkittäviä eroja sen mukaan, kuinka kauan työntekijä on RAI-ohjelmaa käyttänyt, vaihtelu väli 27-33%. Yksiköiden väliset erot RAI:n hyödyntämisessä hoitosuunnitelman teossa ovat merkittävät. Yksikössä 2 kukaan vastaajista ei kerro hyödyntävänsä RAI:sta saatuja tuloksia hoitosuunnitelmaa tehdessä. Yksikössä 3 yli puolet (54%) kysymykseen vastanneista hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelmassa. Muissa yksiköissä 24-39% työntekijöistä hyödyntää hoitosuunnitelmaa tehdessä RAI:n tuloksia (kuvio 11). Niistä vastaajista, jotka olivat saaneet perehdytystä RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelman teossa, hyödynsi RAI:ta hoitosuunnitelmassa 69%. Perehdytystä saaneista merkittävästi suurempi osa hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia hoitosuunnitelmaa tehdessä kuin ne, jotka eivät perehdytystä ole saaneet.



Kuvio 11. RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa (n=60)

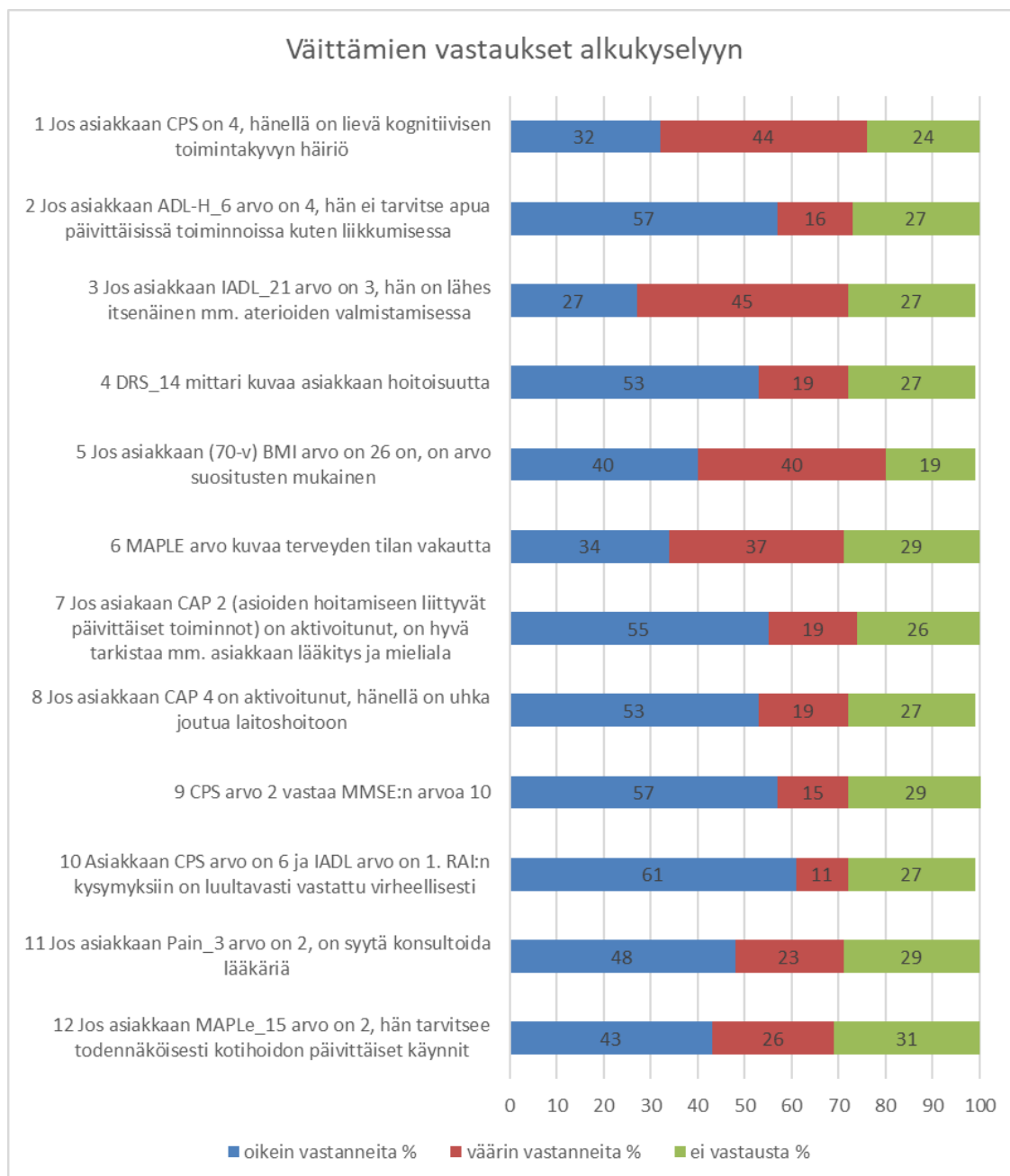
RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelman teossa on saanut perehdytystä viidesosa (21%) vastaajista. Yksiköiden välillä on suuria eroja, miten hoitajat ovat saaneet perehdytystä. Yksikössä 2 kukaan työntekijöistä ei koe saaneensa perehdytystä RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa. Yksikössä 4 puolet (50%) työntekijästä on saanut perehdytystä. Yksikössä 1 neljäsosa (25%), yksikössä 3 kolmasosa (31%) ja yksikössä 5 viidesosa (22%) työntekijöistä on saanut perehdytystä (kuvio 12). Sillä kuinka kauan työntekijä on työskennellyt kotihoidossa näyttää olevan merkitystä perehdytyksen saamiselle. Alle vuoden työskennelleistä puolet on saanut perehdytystä, tosin tässä vastaaja ryhmässä oli vain kaksi vastaajaa. Vähiten perehdytystä kokivat saaneensa 1-5 vuotta kotihoidossa työskennelleet. Heistä vain 14% koki saaneensa perehdytystä. Yli kuusi vuotta kotihoidossa työskennelleistä neljäsosa (25%) koki saaneensa perehdytystä.



Kuvio 12. Saatu perehdytys RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelman teossa (n=60)

Hoitajien osaamisen tasoa ymmärtää RAI:sta saatuja mittareita ja herätteitä mitattiin erillisillä väittämillä. Vastaajia pyydettiin vastaamaan kahteentoista RAI:n tulokseen liittyvään väittämään valitsemalla, onko väittämä oikein vai väärin. Kysymyksiin jätti kokonaan vastaamatta 12 vastaajaa. Lähes puolet (48%) vastaajista vastasi oikein 6-9 kysymykseen.

Parhaiten työntekijät osasivat vastata väittämään, jossa kysyttiin, onko RAI arvioon vastattu virheellisesti, jos asiakkaan CPS arvo on 6 ja IADL arvo on 1. Väittämään vastasi oikein 61% vastaajista. Yli puolet vastaajista vastasi oikein väittämiin 2, 4, 7 ja 8. Vähiten oikeita vastauksia (27%) tuli väittämään 3. Väittämiin 6, 9, 11 ja 12 jätettiin eniten vastaamatta (kuvio 13). RAI:n käyttökokemus vaikutti oikeiden vastausten määrään suhteellisen vähän. Yli viisi vuotta RAI:ta käyttäneet osasivat vastata kysymyksiin hiukan paremmin kuin alle vuoden käyttäneet, mutta ero ei ollut merkittävä. Yksiköiden välillä osaamisessa on merkittäviä eroja. Parhaiten väittämiin osattiin vastata yksikössä 5 ja yksikössä 2 osaaminen oli selkeästi heikompaa kuin muissa yksiköissä. Väittämissä olevat lyhenteet on käyty läpi arvioinnin viitekehyksessä (s. 5) ja CAPsien merkitys on kerrottu erillisessä liitteessä (liite 6).



Kuvio 13. Väittämiä vastaukset alkukyselyyn n=62

Viimeisenä osaamista mittaavana kysymyksenä oli avoin kysymys, jossa kysyttiin mistä työntekijä etsii tietoa, jos huomaa RAI:n tehtyä, että jotkin CAPsit ovat aktivoituneet. Avoimeen kysymykseen vastasi 32 vastaajaa. Eniten tietoa etsitään RAI käsikirjasta tai RAI-ohjelmasta. Näin toimii 11 vastaajaa. Tietoa kysytään usein myös kollegoilta ja RAI-vastaavalta, 7 vastaajaa. THL:n sivuilta tai netistä tietoa etsisi neljä vastaajaa. Apotista

tietoa etsisi kaksi vastaajaa. Vastaajista viisi ei tiedä mistä etsiä tietoa. Kolme vastaajaa ei etsi tietoa ollenkaan.

RAI käsikirjasta löytyy hyvin tietoa sekä suoraan asiakkaan arvioinnista pääsee tarkastelemaan mittareita ja niiden selityksiä.

En huomaa, teen Rai:n kun niitä tehdään, mutta en edes katso niitä.

Ei ehditä kotihoidossa/osaaminen ei riitä arvioimaan tilannetta Capsien ja muiden arvojen kanssa. Juttelemme asiasta aina palveluohjaajan kanssa. Ei XX yksikössä ainakaan osata/ehditä perehtyä niin pitkälle. Keskitytään RAI:n tekemiseen kunnonlla/oikein.

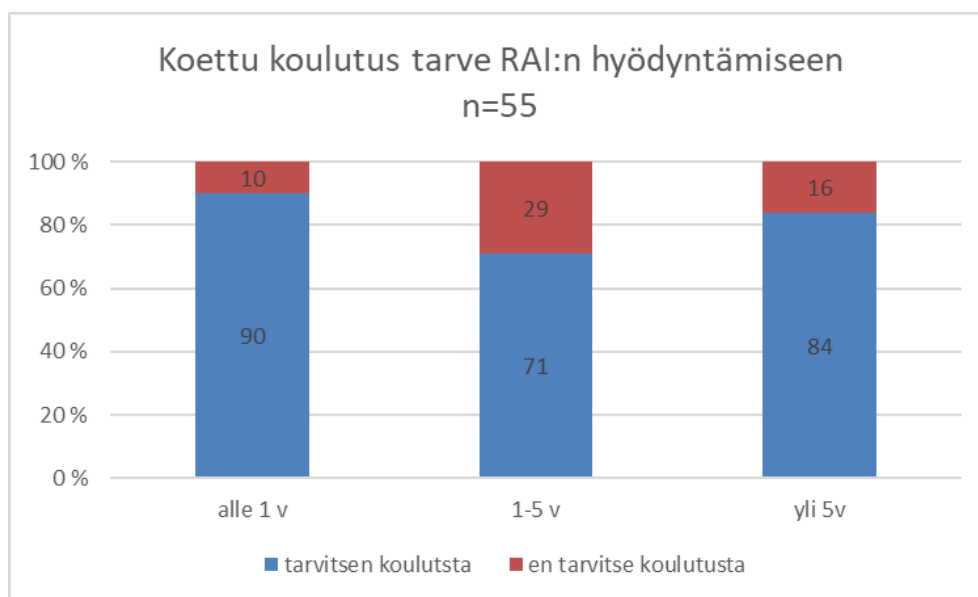
5.3 Hoitajien kokema koulutustarve

Kysyttäessä RAI koulutuksen tarvetta kysymykseen vastanneista yli puolet (63%) koki tarvitsevansa koulutusta RAI-arvioinnin tekemiseen. Alle vuoden RAI:ta käyttäneistä hie-man yli puolet (56%) koki tarvitsevansa koulutusta. 1-5 vuotta RAI:ta käyttäneistä koulu-tusta koki tarvitsevansa 64% ja yli viisi vuotta RAI:ta käyttäneistä 66% koki tarvitsevansa koulutusta. Niiden (n33), jotka kokivat tarvitsevansa koulutusta RAI-arvion tekoon, pyy-dettiin kertomaan millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa. Vastaajista 11 toivoivat koulutusta, jossa käydään läpi, miten RAI:n kysymyksiin vastataan. Vastaajat kokivat, että RAI:n kysymyksiä on vaikea tulkita ja he eivät tiedä miten niihin tulisi vastata. Vas-taajien mielestä kysymyksiä voi tulkita monin tavoin ja aina käsikirjasta ei löydy vastausta vaihtoehdon valintaan. Kolme vastaajista toivoi koulusta, miten arvio tehdään, kun asi-akkaalle haetaan esim. hoivapaikkaa ja mitkä pistemäärät vaikuttavat eniten paikan saa-miseen. Vastaajista kolme toivoisi kokonaisvaltaista peruskoulusta. Neljä vastaajista toi-voi käytännön läheistä koulutusta, jossa käytäisiin opettajan johdolla läpi oikeita tilanteita ja pääsisi samalla itse tekemään koneella. Verkkokoulutuksesta todettiin, ettei siellä voi kysyä mitään. Mittareiden hyödyntämis- ja tulkitsemiskoulusta ja sitä miten niitä hyödyn-netään hoitosuunnitelmassa, toivoo neljä vastaajaa.

Kysymykset voi ymmärtää monella tavalla. Haluaisin selvitystä kysymyksistä, mitä missäkin kohdassa oikeasti haetaan. En myöskään ymmärrä CAPseja ym.

Koulusta liian vähän, säännölliset koulutukset kaikille hyvät. RAI kun ei ole kovin yksinkertainen ja kysymykset voi ymmärtää monin eri tavoin. Myös tulokset haas-tavia joskus tulkita.

Koulusta tai perehdytystä RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa kokee tarvitsevansa kysymykseen vastanneista valtaosa (82%). Yksiköiden välillä on eroja koulutuksen tarpeessa. Yksikössä 2 kaikki kysymykseen vastanneet kokevat tarvitsevansa koulutusta tai perehdytystä. Vähiten (60%) koulutuksen tarvetta koetaan yksikössä 4. Muissa yksiköissä koulutuksen tarve vaihtelee 75-85% välillä. RAI:n käyttöaika vaikuttaa koettuun koulutus tarpeeseen. Alle vuoden RAI:ta käyttäneistä valtaosa (90%) kokee tarvitsevansa koulusta tai perehdytystä RAI:n hyödyntämiseen. Vähiten koulutusta kokevat tarvitsevansa 1-5 vuotta RAI:ta käyttäneet (Kuvio 14).



Kuvio 14. Työntekijöiden (n= 55) kokemus koulutustarpeesta hyödyntää RAI:ta RAI:n käyttäjän mukaan

Koulutusta tai perehdytystä tarvitsevia (n45) pyydettiin kertomaan millaista koulutusta tai perehdytystä he kokevat tarvitsevansa. Vastaajista 24 toivoi kokonaisvaltaista peruskoulutusta: miten tuloksia tulkitaan, mitä CAPsit tarkoittavat, mitä johtopäätöksiä tuloksista tulisi tehdä, miten voi hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Vastaajista kolme toivoi, että koulutus olisi pienryhmässä ja yhdessä kouluttajan kanssa käytäisiin esimerkkitapauksia läpi. Yksi vastaajista toivoi ohjeistusta, miten asioita poimitaan hoitosuunnitelmaan. Vastaajista yksi toivoi aikaa RAI:n ja hoitosuunnitelman tekoon.

Miten tuloksia voisi fiksusti hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Toisaalta RAI tehdään usein niin jälkijunassa, että hoitosuunnitelmat on tehty. Hyvä olisi, jos edes jonkinlaisen "peruskurssin" kaikki tekisivät/saisivat, jossa käytäisiin suullisesti läpi kysymyksiä ja mitä oleellista niissä on. Verkkokurssilla ei voi kysyä mitään.

Jos sinulla olisi aikaa tehdä RAI, hoitosuunnitelma jne. muutkin kirjalliset rauhassa. Miettiä oikeasti niiden asioita syvällisesti. Kyllä meillä aika kuluu vain asiakastyöhön ja pakollisiin kirjallisiin kiireellä. Niillä mennään niin kauan kuin henkilökuntaa (osaavaa) riittävästi.

5.4 Hoitajien osaamisen kehittyminen työpajassa

Työpajaa osallistui 11 työntekijä. Työpajassa alustuksen jälkeen työntekijät jaettiin ryhmiin ja ryhmät tutustuivat RAI materiaalin avulla yhden asiakkaan RAI tuloksiin ja pohtivat annettuja kysymyksiä. Materiaali ja ryhmien tuotokset jäivät yksikön käyttöön. Osallistujat antoivat työpajan aikana tutkijalle palautetta työpajasta. Palautetta tuli siitä, että työpajan aika oli liian lyhyt ja lisäksi iltapäivä aika työpajalle koettiin haastavana. Osallistujista osa koki, että hektisen työpäivän jälkeen on vaikea keskittyä työpajaan. Työpajaan osallistujat toivoivat, että jatkossa työpajat voitaisiin järjestää aamupäivällä. Työpajaan osallistuva työntekijä toivoi, että tutkijalla olisi ollut esimerkkitapaus, jonka avulla olisi yhdessä koko ryhmänä mietitty mittareita ja CAPseja. Työpajassa työntekijät toivat esiin, että arjessa ei ole aikaa perehtyä RAI:hin ja sen tuloksiin.

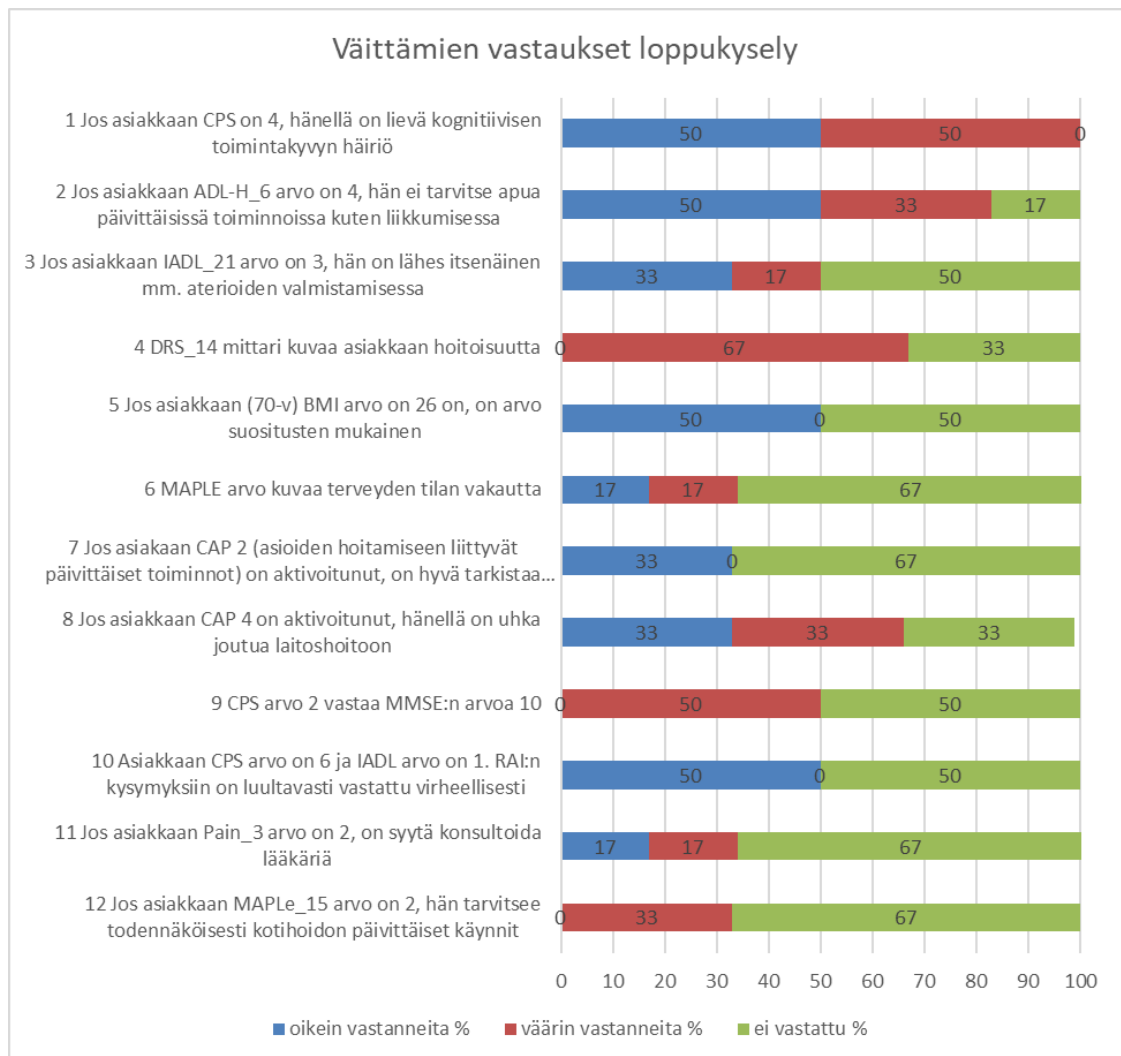
Loppukyselyyn vastasi 6 työntekijää, joten vastausprosentti oli 55%. Kyselyyn vastanneista kolme oli vastannut myös alkukyselyyn. RAI arvioinnin tekemisen kokee hyödylliseksi viisi vastaajaa. Vastaajista kaksi kokee osaavansa tehdä arvioinnin oikein. Ainoastaan yksi vastaaja kokee ymmärtävänsä, mitä RAI:n mittariraportit tarkoittavat. Samoin yksi vastaaja osaa hyödyntää RAI:ta hoitosuunnitelman teossa. Kaikki vastaajat kokivat, että työpaja lisäsi heidän RAI-osaamistaan ja he kokivat työpajan hyödyllisenä.

Avoimella kysymyksellä kysyttiin mikä työpajassa oli hyvää ja mitä pitäisi kehittää. Työntekijät kokivat, että materiaali oli hyvä. Esitys oli selkeä ja etenemisnopeus sopiva. Työpajan jälkeen työntekijät kokivat ymmärtävänsä paremmin CAPseja. Jatkossa työpajaa tulisi kehittää niin, että ryhmät olisivat pienemmät. Työpajan alkuun toivottiin esimerkkitapausta mieluiten työntekijöille tuttu asiakas, jolle tehtäisiin yhdessä hoitosuunnitelma ja sen jälkeen vasta ryhmässä itsenäisesti. Työpaja koettiin hyvänä vaihtoehtona järjestää koulutuksia.

Työpajaan osallistujat saivat kertoa millaista koulutusta tai perehdytystä he kokevat tarvitsevansa jatkossa. Vastaajat kokivat RAI koulutuksen tärkeänä. Työntekijät toivoivat työpajan kaltaista koulutusta. Lisäksi toivottiin, että työpajassa opittuja asioita kerrattaisiin.

Just tällaista.

Hoitajien osaamista mittaavat kysymykset olivat samat kuin alkukyselyssä. Loppukyselyssä puolet vastaajista osasi vastata oikein väittämiin (kuvio 15) 1, 2, 5 ja 10. Toisaalta kukaan vastaajista ei osannut vastata oikein väittämiin 4, 9 ja 12. Väittämiin, jotka liittyivät MAPLe arvoon, kipuun ja CAP 2 eli asioiden hoitamiseen, jätettiin eniten (66.7%) vastaamatta. Saman yksikön alkukyselyn tuloksiin verrattuna tulokset olivat heikkommat. Vain kahdessa kysymyksessä CPS:ään (väittäjä 1) liittyvän väittämän ja IADL_21 arvoon (väittäjä 3) liittyvän väittämän tulokset olivat parantuneet. Tulokset eivät ole vertailukelpoisia yksikön alkukyselyn tuloksiin, koska vain kolme vastaajista oli osallistunut myös alkukyselyyn.



Kuvio 15. Väittämien vastaukset loppukysely n=6

Viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys, jossa kysyttiin mistä työntekijä etsii tietoa, jos huomaa RAI:n tehtyä, että jotkin CAPsit ovat aktivoituneet. Kysymykseen vastasi kolme vastaajaa ja he kaikki etsisivät tietoa RAI-käsikirjasta. Tämä oli selkeä ero alkukyselyyn nähden.

6 Pohdinta ja johtopäätökset

6.1 Pohdinta

Kehittämistyöni perusteella kotihoidon hoitajista yli puolet kokee osaavansa tehdä RAI-arvion oikein. Tämä eroaa Haaviston (2019) opinnäytetyössä saadusta tuloksesta. Haaviston tutkimuksessa selvästi alle puolet vastaajista koki oman RAI osaamisensa hyväksi ja lähes puolet koki osaamisensa tyydyttäväksi. Haaviston tulokset osaamisen suhteen ovat samansuuntaiset kuin Räsäsen (2005) Pro gradu tutkielman tulokset. Räsäsen tutkimuksessa vastaajista viidesosa piti RAI osaamistaan hyvänä ja yli puolet koki osaamisensa tyydyttäväksi tai huonoksi. Leinosen (2013) tutkimuksen mukaan hoitajista puolet osaa tehdä RAI-arvion hyvin. Oman työni tulosten mukaan hoitajat kokevat osaamisensa paremmaksi kuin mitä aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut tulokseksi. Räsäsen (2005) tutkimukseen osallistuneilla yli puolella oli kokemusta RAI:n käytöstä yli kolme vuotta. Samoin omassa tutkimuksessani vastaajista yli puolella oli kokemusta RAI:n käytöstä yli viisi vuotta. Vaikka tutkimusten mukaan Vantaalla RAI:n käyttö osataan paremmin kuin yleensä, on se, että vain reilu puolet hoitajista kokee osaavansa tehdä RAI:n oikein, mielestäni vähän. Jotta RAI arvioin tulokset olisivat luotettavat, pitäisi kaikkien RAI-arvioita tekevien kokea osaavansa tehdä arvio oikein.

Kehittämistyöni kyselyn perusteella valtaosa hoitajista oli saanut perehdytystä RAI:n käyttöön. Yleisimmin perehdytystä on saatu kollegalta ja RAI vastaavalta. Esimieheltä perehdytystä on pieni osa hoitajista. Leinosen (2013) tutkimuksen mukaan perehdytystä RAI-vastaavalta on saanut 39% vastaajista ja kollegalta 77%. Vantaalla RAI-vastaavilta saatu perehdytys on yleisempää kuin Leinosen tutkimuksessa. Kollegalta saatu perehdytys on kummassakin tutkimuksessa yleisintä. Tutkimuksen mukaan Vantaalla RAI vastaavalta saatu perehdytys on yleisempää kuin aikaisempien tutkimusten mukaan, mutta siitä huolimatta alle puolet työntekijöistä on saanut perehdytystä RAI vastaavalta, vaikka hänellä pitäisi olla yksikön paras osaaminen RAI:sta. Koulutusta kyselyyn osallistujista on saanut 63%, joka on saman suuntainen tulos kuin Leinosen (2013) tutkimuksessa, jossa vastaajista 67% on saanut koulusta RAI:n käyttöön. Räsäsen (2005) tutkimuksen

mukaan reilusti yli puolet vastaajista koki, etteivät he olleet saaneet riittävästi koulutusta RAI-arviointien tekoon. Saman suuntaisia tuloksia saivat Ahvenjärvi ja Salminen (2012) omassa tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksensa mukaan hoitajat kokevat, etteivät ole saaneet tarpeeksi koulutusta RAI:n käyttöön. Omassa kehittämistyössä en selvittänyt kuinka moni on kokenut saaneensa riittävästi koulutusta, mutta valtaosa alkukyselyyn vastanneista on kokenut saamansa koulutuksen hyödyllisenä.

Omassa työssäni 63% hoitajista kokee tarvitsevansa koulutusta RAI-arvion tekemiseen ja 82% hoitajista kokee tarvitsevansa perehdytystä tai koulutusta RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelman teossa. Leinosen (2013) mukaan koulutusta kokee tarvitsevansa puolet hoitajista. Vantaalla koettu koulutustarve on suurempaa kuin mitä aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi. Voiko tämä johtua siitä, että Vantaalla koulusta järjestetään harvoin. Aikaisempien tutkimusten mukaan RAI-koulutuksen sisällöksi toivottiin helposti ymmärrettävä ja konkreettisia esimerkkejä sisältävä. Tärkeänä koulutus aiheena koettiin RAI-arvioinnin hyödynnettävyys potilaan hoitosuunnitelman teossa. Tulos on saman suuntainen omien tulosteni kanssa. Omassa työssäni hoitajat toivovat käytännön läheistä ja tapaus esimerkkejä sisältävää koulutusta eli tulos oli samansuuntainen Leinosen (2013) saamien tulosten kanssa.

Tulosteni mukaan hoitajat kokevat kysymykset vaikeiksi ymmärtää ja hoitajat toivoivat tähän liittyvää koulutusta. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat kokevat, ettei heillä ole aikaa tehdä RAI:ta. Haaviston (2019) tutkimuksen mukaan RAI:n teko koettiin kuormittavaksi, aikaa vieväksi ja kysymykset vaikeaksi ymmärtää. Saman suuntaisia tuloksia Haaviston kanssa saivat Ahvenjärvi ja Salminen (2012). Heidän tutkimuksensa mukaansa hoitajat kokevat RAI-arvioinnin aikaa vieväksi ja kuormittavaksi. Toisaalta Eskola (2015) sai työssään osittain päinvastaisia tuloksia. Hän sai tutkimuksessa tulokseksi, että RAI:n tekeminen koetaan melko helpoksi, vaikka osa RAI:n kysymyksistä on vaikea tulkita.

Oman kehittämistyöni mukaan hoitajista vain 36% kokee ymmärtävänsä mittariraportin tuloksia. Tämä tulos eroaa selkeästi Haaviston (2019) saamasta tuloksesta, sillä hänen tutkimuksensa mukaan yli puolet vastaajista osasi lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja ja ymmärtävät RAI:n eri osa-alueiden merkityksen. Osaltaan tämä, etteivät hoitajat osaa tulkita RAI:n mittareita, voi selittää sen, miksei RAI:ta hyödynnetä hoitosuunnitelmissa. Haaviston saamien tulosten mukaan yli puolet vastaajista olivat sitä mieltä, että he eivät käytä RAI:sta saatava tietoa päivittäisessä työssä. Oman työni tulosten mu-

kaan hoitajista vain kolmasosa käyttää RAI:sta saatavaa tietoa hyödyksi hoitosuunnitelman teossa. Eskola (2015) sai tutkimuksessaan saman suuntaisia tuloksia. Hänen tutkimukseensa vastanneet osaavat tehdä arvioinnin, mutta tuloksia ei olla hyödynnetty hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Toisaalta Leinonen (2013) tutkimuksen mukaan vastaajista 67% kirjaa RAI-arvioinnista nousseita asioita hoitosuunnitelmaan. Leinosen tutkimus on toteutettu psykiatrisella osastolla, joten tämä voi vaikuttaa eroon. Oman tutkimukseni mukaan kolme neljästä hoitajasta kokee RAI:n tekemisen hyödyllisenä, mutta siitä huolimatta siitä saatavia tuloksia ei hyödynnetä. Hakalan (2010) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat RAI-arvioinnin positiivisena asiana. RAI koetaan hoidon suunnittelun apuvälineenä. Vaikka hoitajat kokevat RAI:n hyödylliseksi ja positiiviseksi asiaksi, sitä ei hyödynnetä tai osata hyödyntää asiakastyön apuvälineenä.

Haaviston (2019) tutkimuksen mukaan vastaajista 39% koki, ettei RAI paranna hoidon laatua yksikössä. Saman suuntaisia tuloksia saivat Ahvenjärvi ja Salminen (2012). Heidän tutkimuksensa mukaan arvioinneista saatavaa tietoa ei käytetä hyödyksi hoitotyötä suunniteltaessa ja hoitajat eivät koe RAI-arviointien parantavan hoidon laatua. Lisäksi heidän tutkimuksessansa nousi esiin, että koulutuksen lisäksi tulosten hyödyntämiseen tarvitaan kokemusta. Omassa työssäni RAI:n käyttö ajalla ei ollut merkitystä siihen, miten hoitajat hyödynsivät RAI:ta hoitosuunnitelmassa. Oman työni mukaan koulutus ja perehdytys näyttävät lisäävät eniten hoitajien osaamista. Oman työni tulokset ovat ristiriidassa Ahvenjärven ja Salmisen tulosten kanssa, koska omassa työssäni pisimpään RAI:ta käyttäneet kokivat oman osaamisensa huonommaksi kuin vähemmän aikaa RAI:ta käyttäneet kollegat. Tämä, ettei RAI:n tuloksia hyödynnetä hoidon suunnittelussa, näyttää olevan laajempi ongelma eikä pelkästään Vantaan ongelma.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyydessä tulee huomioida itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkittavalle tulee antaa mahdollisuus valita, haluaako hän osallistua tutkimukseen. Tämän päätöksen tueksi hänen tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistujalle on kerrottava perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista, se mihin tutkittavilta kerättyä materiaalia käytetään ja mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa. Eettisyyteen liittyy lisäksi yksityisyyden kunnioittaminen. Tähän liittyy se, että tutkittavalla on oikeus määrittää mitä tietoja he tutkimuskäyttöön antavat. Lisäksi tutkimuksen tulokset on kirjoitettava niin, ettei yksittäinen tutkittava ole niistä tunnistettavissa. (Kuula 2011: 61-64.)

Kvantitatiivisessa lomakeaineistossa tulee kiinnittää huomiota, että taustamuuttujien mukaan ei voida tunnistaa vastaajaa. Yksittäisestä taustamuuttujasta voi tunnistaa henkilön, jos hän on esimerkiksi ainut ammattia harjoittava. (Kuula 2011: 210.) Tästä syystä tämän kehittämistyön kyselylomakkeessa ei kysytä vastaajan ammattia. Työn tulosten kannalta ei ole merkitystä onko vastaaja sairaanhoitaja ja vai lähihoitaja.

Tämä kehittämistyö toteutettiin nimettömänä ja niin, ettei yksittäistä vastaajaa ole tunnistettavissa vastauksista. Kyselylomakkeet jaettiin kotihoidon esimiehen toimesta ja kyselylomakkeiden mukana työntekijä saa kirjekuoren. Suljetut kirjekuoret työntekijät palauttivat työyksikössä olevaan palautuskuoreen, josta yksikön esimies keskitetysti toimitti vastaukset tutkijalle, jotta työntekijöiden anonyymisyys säilyy. Kyselytutkimukseen ja työpajoihin osallistuminen oli työntekijöille vapaaehtoista ja tämä tuotiin työntekijöille tiedoksi kyselyn ja työpajan saatekirjeessä.

Kehittämistyön kyselytutkimus toteutettiin viidellä kotihoidon alueella, joissa on yhteensä 111 työntekijää. Tämä takaa sen, että kehittämistyöhön osallistuvien joukko on tarpeeksi suuri, jotta yksittäisen työntekijän vastaus ei ole tunnistettavissa. Luotettavuuden kannalta oli toivottavaa, että mahdollisimman moni osallistui alkukyselyyn. Työpajaan ja loppukyselyyn osallistuivat yhden alueen työntekijät. Työpajaan osallistuvien määrä oli pieni ja tästä syystä on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että heidän vastauksiaan ei ole tunnistettavissa lopullisesta työstä. Loppukyselyssä ei tästä syystä kysytty lainkaan taustakysymyksiä, jotta henkilöitä ei ole tunnistettavissa taustatietojen perusteella.

Tutkimusaineistoa kerätessä on tärkeää informoida vastaajia. Informointi tulisi antaa kirjallisesti. Informoinnissa kerrotaan ketkä ovat tutkimuksesta vastuussa ja keneen voi olla yhteydessä lisätietojen saamisesta. Tutkittaville on lisäksi kerrottava, kuka tutkimuksen rahoittaa. Tutkittaville tulee kertoa tutkimuksen tavoite eli millaista uutta tietoa tutkimuksen avulla pyritään saamaan ja miten tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää. Tutkittaville tulee kertoa aineistonkeruu tapa ja osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavan on tiedettävä, miten aineistoa kerätään ja kuinka paljon siihen kuluu tutkittavan aikaa. Informoinnissa on tärkeä tuoda esille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa mistä syystä tahansa. Informoinnissa tulee korostaa tutkimuksen luotettavuutta eli, että yksittäiset tutkittavat eivät ole tunnistettavissa. Tutkittaville tulee kertoa, että tutkimusaineisto on tarkoitettu vain tutkijan käyttöön eikä sitä luovuteta kolmannelle osapuolelle. (Kuula 2011: 104-115.)

Tässä kehittämistyössä osallistujille lähetettiin sähköpostiin tiedote tutkimuksesta etukäteen ja alkukyselyn mukana jaettiin saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja se, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Työpajan ja loppukyselyn saatekirje lähetettiin kyseisen yksikön esimiehelle, joka jakoi saatekirjeen sähköpostilla ennen työpajaa työntekijöille, jotka olivat osallistumassa työpajaan. Saatekirjeessä kerrottiin työpajan tarkoitus ja kulku sekä se, että työpajaan osallistuminen on vapaaehtoista.

Kehittämistutkimuksen luotettavuuden arviointi on haasteellista ja luotettavuutta arvioidaan niiden menetelmien avulla, joita on käytetty. Jos kehittämistutkimuksessa on käytetty määrällistä tutkimusta, arvioidaan luotettavuutta määrällisen tutkimuksen kriteeristön mukaan. Kehittämistutkimuksessa pyritään muutokseen ja jo suunnitteluvaiheessa on pyrittävä siihen, että muutosprosessi onnistuu. Luotettavuuden kannalta tulosten täytyy olla pysyviä eli ne eivät johdu sattumasta ja tutkimuksessa pitää tutkia oikeita asioita. (Kananen 2015: 111-112.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yleistettävyydellä. Ulkoinen validiteetti määrällisessä tutkimuksessa tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli kuinka hyvin saadut tutkimustulokset toistuvat vastaavissa ilmiöissä. Jos tutkimuksen otos on valittu oikein kohderyhmästä, ovat tutkimustulokset yleistettävissä kohderyhmässä. (Kananen 2015: 116.) Tässä kehittämistyössä kohderyhmänä oli viiden alueen kotihoidon työntekijät. Eri yksiköiden tulosten välillä oli merkittäviäkin eroja, mutta kokonaistulos on yleistettävissä koko Vantaan kotihoitoon. Eri yksiköiden välistä ero voi selittää osittain erot vastausprosentteissa. Työn luotettavuutta ja yleistettävyyttä voi heikentää se, että yksikössä 4 vastausprosentti jäi kovin pieneksi (26%). Toisaalta alle vuoden kotihoitossa työskennelleiden osuus vastaajista oli pieni ja tämä voi osaltaan vääristää tuloksia ja heikentää luotettavuutta. Työpajaan ja loppukyselyyn osallistuneiden määrä oli pieni, joten työpajan tuloksia ei voi yleistää koko kotihoitoon. Alku- ja loppukyselyssä varsinkin hoitajien osaamista mittaviin kysymyksiin jätettiin paljon vastaamatta. Tämä heikentää työn luotettavuutta, toisaalta tuloksissa on kerrottu lukijalle, kuinka monta prosentti vastaajista jätti kysymyksen vastaamatta.

Sisältövaliditeetti ilmaisee mittarin oikeellisuutta. Määrällinen tutkimus perustuu aikaisempaan teoriaan. Ennen mittarin luomista on määriteltävä käsitteet, joita mitataan. Sisältö-validiteetin onnistuminen riippuu käsitteiden määrittelyn onnistumisesta. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että jos tutkimus uusitaan, saadaan samat tulokset. Paras keino

reliabiliteetin varmistamiseksi olisi uusintamittaus, mutta käytännössä tämän toteuttaminen on hankalaa ja kallista. Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti ei välttämättä takaa tutkimuksen validiteettia, jos mittari on virheellinen. (Kananen 2015: 118-120.) Tässä kehittämistyössä mittarin oikeellisuutta tulee miettiä, koska usea vastaaja jätti osaan kysymyksistä vastaamatta.

Tämän kehittämistyön toteuttamista varten on haettu tutkimuslupa Vantaan kaupungilta. Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu aikaisempaan teorian tietoon pohjautuen. Kysymykset ja vastaukset on pyritty muotoilemaan yksiselitteisiksi. Kyselylomake esitettiin ennen kyselyn toteuttamista hoitajille, jotta saatiin selville kysymysten ja vastausten ymmärrettävyys. Tästä huolimatta osa vastaajista jätti joihinkin kysymyksiin vastaamatta. Työpajan lopullinen sisältö muotoutui alkukyselyn tulosten perusteella. Työpajan osallistujia määrä jäi yksikön haasteellisen työtilanteen vuoksi pieneksi ja tämä heikentää tulosten luotettavuutta.

6.3 Johtopäätökset

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä kehittämistyössäni oli selvittää kotihoidon hoitajien kokemus omasta RAI osaamisesta. Hoitajat kokevat oman RAI osaamisen hyväksi. Yli puolet vastaajista kokee osaavansa tehdä RAI-arvioin oikein. Yllättäen yli viisi vuotta RAI:ta käyttäneet arvioivat oman osaamisensa kaikkien heikoimmaksi. Heillä on kokemusta RAI-arvioin tekemisestä eniten, joten tulos oli hyvin yllättävä, varsinkin kun parhaiten RAI-arvioin kokivat osaavansa tehdä alle vuoden RAI:ta käyttäneet. Osittain tulosta voi selittää se, että vastaajista 60% on käyttänyt RAI:ta yli viisi vuotta ja alle vuoden RAI:ta käyttäneitä vastaajista oli vain 16%, mutta tämä ei selitä tulosta kokonaan. Onko niin, että kauemmin RAI:ta käyttäneet suhtautuvat kriittisemmin omaan osaamiseensa. He ovat tehneet paljon RAI arvioita ja heillä on voinut selvitä miten monella eri tavalla kysymyksiin voi vastata. Koulutusta kaivattiin kysymysten tulkintaan erityisesti kauemmin RAI:ta käyttäneiden keskuudessa. Yhtenä selityksenä yllättävään tulokseen voi, olla se, etteivät alle vuoden RAI:ta käyttäneet ole vielä saaneet kokonaiskuvaa siitä, kuinka monisyinen ja moniselitteinen arviointijärjestelmä RAI on.

Perehdytyksellä on suuri merkitys siihen, miten hoitajat kokevat osaavansa tehdä RAI-arvioin. Suurin osa hoitajista, jotka ovat saaneet perehdytystä kokivat osaavansa tehdä arvioin oikein. Tutkimukseen vastanneista valtaosa on saanut perehdytystä RAI:n käyttöön. Siihen onko hoitaja saanut perehdytystä RAI:n käyttöön, näyttää vaikuttavan paljon

se, missä yksikössä hoitaja työskentelee. Yksikössä 4 kaikki vastaajat ovat saaneet perehdytystä. Tuloksessa on otettava huomioon, että yksikössä 4 vastausprosentti oli vain 26%, joten tämä voi osaltaan vääristää tulosta. Yksikössä 4 ei muista yksiköistä poiketen ollut yhtään vastaajaa, joka olisi käyttänyt RAI:ta alle vuoden. Yksikössä 1 vain 69% hoitajista on saanut perehdytystä. Avoimissa vastauksissa yksikön 1 hoitajat toivat voimakkaasti esiin sitä, ettei heillä ole RAI osaamista eikä aikaa perehtyä RAI:hin. Kyseisessä yksikössä on selkeästi eniten alle vuoden RAI:ta käyttäneitä hoitajia ja 1-5 vuotta kotihoidossa työskennelleitä. Ilmeisesti yksikössä on paljon uusia työntekijöitä ja tämä voi osaltaan selittää, miksi kyseisessä yksikössä koetaan, ettei heillä ole aikaa perehtyä RAI:hin. Yksikössä 1 hoitajat saavat eniten perehdytystä kollegalta ja selkeästi vähemmän perehdytystä RAI vastaavalta ja esimieheltä kuin muissa yksiköissä. Yksikössä 5 vastaavasti valtaosa hoitajista on saanut perehdytystä RAI vastaajalta ja esimieheltäkin on saatu muihin yksiköihin verrattuna eniten perehdytystä. Ilmeisesti tässä yksikössä on aktiivinen RAI vastaava, joka huolehtii uusien työntekijöiden RAI perehdytyksestä. Ilmeisesti tämän takia kollegan antama perehdytys on pienintä tässä yksikössä. Yllättäen yksikössä 3 koetaan perehdytyksen riittävyys muita yksiköitä selkeästi paremmaksi siitä huolimatta, että yksikössä RAI vastaavalta saatu perehdytys on vähäisintä. Toisaalta yksikössä vastausprosentti oli selkeästi suurempi kuin muissa yksiköissä, joten tällä voi olla vaikutusta tuloksiin. Yksiköissä tulisi jatkossa kiinnittää huomiota perehdytykseen ja kaikille uusille RAI:n käyttäjille tulisi antaa perehdytystä.

RAI:hin saatu koulutus näyttää perehdytyksen lisäksi lisäävät hoitajien kokemusta omasta osaamisesta. Siihen onko hoitaja saanut koulusta RAI:n käyttöön näyttää vaikuttavan eniten työntekijän työskentely aika kotihoidossa. Yli kuusi vuotta kotihoidossa työskennelleet ovat saaneet eniten koulutusta. Kysyttäessä millaista koulutusta koulutusta saaneet hoitajat olivat saaneet, tässä oli selkeästi nähtävissä se, että hoitajia on koulutettu laajasti RAI:n tullessa kotihoitoon. RAI:n peruskoulutusta saaneista valtaosa on työskennellyt kotihoidossa yli kuusi vuotta, alle kuusi vuotta työskennelleistä vain kaksi ilmoitti saaneensa RAI:n peruskoulutusta. Tästä voisi vetää johtopäätöksen, että kotihoidossa RAI koulusta on järjestetty laajamittaisesti RAI:n tullessa kotihoitoon, mutta tämän jälkeen koulutuksia on järjestetty satunnaisesti. Alle viisi vuotta kotihoidossa työskennelleistä suurimmalla osalla THL:n verkkokurssi on ollut heidän saama ainoa koulutus RAI:hin. THL:n verkkokurssin on suorittanut 45 hoitajaa, mutta vain viisi heistä kokee sen olleen RAI koulusta.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa. RAI:n hyödyntämisen osaamisen taso on selkeästi heikompi kuin kokemus RAI-arvioin teosta. 56 hoitajasta vain 36% kertoi ymmärtävänsä mitä RAI:sta saatavan mittariraportin tulokset tarkoittavat. Tässäkin yllättäen parhaiten mittariraportteja kokivat ymmärtävänsä alle vuoden RAI:ta käyttäneet. Itse mietin, että selittääkö parempaa osaamista se, että he ovat juuri saaneet perehdytystä ja ovat innokkaita oppimaan RAI:sta lisää. Tässä ryhmässä kaikki kokivat THL:n RAI verkkokurssin hyödyllisenä. Yksiköiden välillä on mittareiden ymmärtämisen osaamisessa eroja. Yksikössä 2 raportteja osataan lukea muita huonommin ja siellä on myös perehdytyksen riittävyys koettu muita heikommaksi samoin kuin koulutusta saaneiden osuus. Tässäkin tuli esille koulutuksen ja perehdytyksen tärkeys. RAI:hin saatu perehdytys ja koulutus lisäsi hoitajien ymmärrystä tulkita mittariraportteja.

RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa kertoo hyödyntävänsä vain kolmasosa kysymykseen vastanneista. Mielestäni tämä on todella vähän. RAI mittaa monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä ja mittariraporteista saa arvokasta tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja sen muutoksista. Asiakkaan kannalta olisi tärkeää, että hänen toimintakykyään kuvaavia luotettavia tuloksia hyödynnettäisiin hoitosuunnitelmassa. RAI:n tuloksien hyödyntämisessä on eroja yksiköiden välillä. Yksikössä 2 kukaan vastaajista ei kerro hyödyntävänsä hoitosuunnitelmaa tehdessä RAI:n tuloksia. Toisaalta kyseisessä yksikössä hoitajat eivät ole saaneet lainkaan perehdytystä, kuinka RAI:ta voi hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Kyseisessä yksikössä RAI:n teko koetaan muita yksiköitä useammin hyödyttömäksi. Ilmeisesti hoitajat eivät koe RAI:n tekoa hyödyllisenä, koska he eivät osaa hyödyntää siitä saatavia tuloksia hoitosuunnitelman teossa. RAI:n tulokset jäävät helposti irrallisiksi, jos niitä ei hyödynnetä ja hoitajat voivat kokea, että RAI:n tekoa on turhaa, kun sen hyötyjä ei osata nähdä. Vastaavasti yksikössä 3 yli puolet kertoo hyödyntävänsä RAI:n tuloksia. Jäin miettimään onko tässä yksikössä panostettu RAI:n hyödyntämiseen, vaikka yksikössä vain kolmannes kokee saaneensa perehdytystä RAI:n hyödyntämiseen. Kyseisessä yksikössä vastausprosentti oli korkein, joten koetaanko tässä yksikössä RAI tärkeänä. RAI:n hyödyntämisessä on myös nähtävissä perehdytyksen tärkeys. Perehdytystä saaneista selkeästi suurempi osa hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelmassa kuin niistä, jotka eivät ole perehdytystä saaneet.

Hoitajien osaamisen tasoa ymmärtää RAI:n tuloksia tutkimuksessa mitattiin erilaisilla RAI:n mittareihin ja herätteisiin liittyvillä väittämillä. Moni vastaaja jätti väittämiin vastaa-

matta kirjoittaen, ettei tiedä vastauksia tai muista niitä ulkoa. Tämä kertoo hoitajien osaamisesta yhdessä sen kanssa, että he eivät ymmärrä mittariraportin tuloksia. Ilmeistä hoitajille on vieraita RAI:sta saatavat tulokset ja niitä ei aktiivisesti katsota, kun RAI arvio on tehty. Vastauksista päätellen on yleistä, että RAI arvio tehdään, mutta arvion lukitsemisen jälkeen tuloksia ei katsota. Tämä selittää osittain väittämiin vastaamisen vaikeuden.

Yksikössä 2 osaamisen taso oli selkeästi heikointa, mutta kyseisessä yksikössä yksikään hoitaja ei ollut saanut perehdytystä RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelmaa tehdessä. Tuloksista voi päätellä, että RAI-arvion teon perehdytyksessä ja koulutuksessa ei käydä läpi mittareita ja herätteitä vaan näitä käydään läpi, kun hoitaja perehdytetään RAI:n hyödyntämiseen. Yksikössä 5 väittämiin on osattu vastata parhaiten ja siellä RAI vastaavan ja esimiehen rooli perehdytyksessä on muita yksiköitä suurempi. Yksikkö 5 oli ainoa yksikkö, jossa avoimeen koulutusta koskevaan kysymykseen vastattiin, että työpaikan kokouksissa käydään säännöllisesti läpi RAI asioita. Jäin miettimään mikä merkitys osaamiseen on sillä, että RAI asioita käydään yhdessä läpi kokouksissa. Aina-kin yksikössä 5 kokoukset koettiin tärkeänä oppimisen kannalta.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli selvittää hoitajien kokema koulutustarve. Yli puolet kotihoidon hoitajista kokee tarvitsevansa RAI koulutusta. Yllättäen yli viisi vuotta RAI:ta käyttäneillä koulutus tarve oli suurin. Sama ilmiö näkyi siinä, että he kokivat RAI osaamisensaakin heikoimmaksi. Tässäkin mietin, että selittääkö se, että heillä on kokemusta RAI:n teosta pitkältä ajalta sitä, että he ymmärtävät mitä eivät osaa. Toisaalta selityksenä voi olla, että heidän saamasta koulutuksesta on aikaa ja he kokevat tarvitsevansa kertausta. Osa vastaajista kertoi, että on saanut kauan sitten koulusta, mutta RAI ohjelma on sen jälkeen muuttunut. Eniten koulusta kaivattiin siihen, miten kysymyksiin vastataan oikein. Monet kokivat kysymykset vaikeiksi tulkita. Tämä sama tuli esiin aikaisemmisakin RAI:n hyödyntämiseen liittyvissä tutkimuksissa. Auttaisiko kysymysten vaikeaan tulkintaa se, että RAI:ta käydään yhdessä läpi kokouksissa kuten yksikössä 5 on tapana. Jos kysymykset ovat vaikeita tulkita, voisiko siihen koulusta paremmin auttaa se, että kysymyksiä mietitään yhdessä. Tämä tosin vaatii, että yksikössä on aktiivinen RAI vastaava tai esimies, joka pystyy olemaan työntekijöiden tukena.

Hoitajat toivovat lähikoulutusta, koska verkkokoulutuksesta puuttuu mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada kollegoilta uusia ajatuksia. Tulos on yllättävä siihen verrattuna, että THL:n verkkokurssin koki hyödyllisenä yli puolet vastaajista. Hiukan yllättäen koulutusta tarvetta koettiin tarvittavan siihen, miten RAI-arvio tulee tehdä, jos asiakkaalle haetaan

hoivapaikkaa. Tämä sama asia nousi esiin työpajassa. Tutkijalle jäi kyselyiden ja työpajan pohjalta vaikutelma, että useasti RAI-arvio tehdään vain, kun se on pakko tehdä tai asiakkaalle haetaan hoivapaikkaa. Kuitenkin kolme neljästä vastaajasta koki RAI-arvioinnin teon hyödylliseksi.

Hoitajat kokivat, että RAI koulusta on liian vähän tarjolla. RAI:n hyödyntämiseen liittyvää koulusta kokee tarvitsevansa 82% hoitajista. Tuloksista voi päätellä, että RAI:n hyödyntämiseen liittyvää koulusta on ollut vähän tarjolla, koska valtaosa hoitajista kokee tarvitsevansa koulusta. Varsinkin alle vuoden RAI:ta käyttäneet kokevat tarvitsevansa koulusta RAI:n hyödynnyttämiseen, vaikka he kokivat oman osaamisensa pidempää RAI:ta käyttäneitä paremmaksi. Koulutuksen toivottiin olevan pienissä ryhmissä ja tapaus esimerkkeihin perustuvaa. Hoitajien toiveena oli lisäksi ohjeistus siitä, miten hoitosuunnitelmaa voi tehdä RAI:ta hyödyntäen. Koulutus toiveita kysyttäessä samoin kuin työpajassa nousi esiin kotihoidon kiire ja se ettei RAI:hin ole aikaa perehtyä tarpeeksi. Tämä, ettei arjessa ole aikaa perehtyä RAI:hin eikä siitä saataviin tuloksiin on huolestuttavaa. Hoitajat kokevat RAI:n teon tärkeänä, mutta heillä ei arjessa ole aikaa perehtyä RAI:n tuloksiin. Jos RAI osaamista halutaan kehittää, on hoitajille annettava aikaa perehtyä RAI:hin ja arvioinnin tekemiseen. Hoitajat tarvitsevat lisäksi aikaa, jotta he voivat hyödyntää tuloksia hoitosuunnitelmaa tehdessä.

Kehittämistehtävä työssäni oli se, miten hoitajien RAI-osaaminen kehittyi työpajan myötä. Vanhustyössä on valtakunnallisesti kova pula hoitajista. Ilmiö oli nähtävissä myös työpajassa. Työpajaan pääsi osallistumaan vaikean henkilöstö tilanteen vuoksi vain 11 hoitajaa yksiön 25 hoitajasta. Työpajaan osallistuneiden ja loppukyselyyn osallistuneiden hoitajien määrä jäi pieneksi, eivätkä työpajan tulokset ole yleistettävissä koko kotihoitoon. Työpaja koettiin hyödylliseksi ja RAI osaamista lisääväksi. Mitattujen tulosten mukaan työpaja ei lisännyt osaamista, mutta hoitajat itse kokivat, että he ymmärtävät paremmin CAPseja työpajan jälkeen. Työpajassa hoitajat kiinnittivät huomiota siihen, että osaan arvioinnin kysymyksiin on vastattu väärin ja tämä aktivoi väärää CAPseja. Tämä, että hoitajat osaavat tulkita tuloksia, lisää arviointien luotettavuutta, kun hoitajat huomaa, että ovat vastanneet kysymyksiin virheellisesti. Tätä kautta he oppivat jatkossa ymmärtämään paremmin, miten kysymyksiin tulisi vastata ja arviointien laatu ja luotettavuus paranee.

Työpaja koettiin hyvänä koulutus muotona. Hoitajat toivoivat jatkossa, että työpajan aluksi voitaisiin käsitellä aihetta tutun esimerkki asiakkaan kautta. Tässä työpajassa tietoturva syistä ei voitu tehdä oikean asiakkaan hoitosuunnitelmaa RAI:n pohjalta. Jatkossa, jos kouluttaja on yksikön työntekijä, voidaan työpajassa käsitellä yhdessä oikeaa asiakasta ja silloin hoitajien on helpompi ymmärtää miten mittareita ja herätteitä voi käyttää hyödyksi. Työpajaan varattua aikaa jouduttiin huonon henkilöstö tilanteen vuoksi hiukan lyhentämään ja työpajan lyhyt kesto koettiin haasteena. On tärkeä jatkossa huomioida, jos työpaja tyyppistä koulusta järjestetään, että työpajaan varattava aika oltava riittävä. Riittävä aika mahdollistaa keskustelun ja ajatusten vaihdon, jonka vastaajat koki tärkeäksi koulutuksessa.

6.4 Toimenpide-ehdotukset

Kun hoitajien RAI osaamista halutaan vahvistaa, keinona tähän on koulutuksen ja perehdytyksen vahvistaminen ja yhdenmukaistaminen. Kotihoidossa tavoitteena on, että RAI:sta saatuja tuloksia hyödynnetään hoitosuunnitelmassa. Jotta tähän päästään on hoitajien koulutusta ja perehdytystä kehitettävä sekä luotava ohjeet, kuinka RAI:ta hyödynnetään hoitosuunnitelmassa.

Yhtenä tärkeänä kehitysideana tuloksista nousee koulutuksen järjestäminen. Eniten koulusta ovat saaneet yli kuusi vuotta kotihoidossa työskennelleet ja RAI:n peruskoulutusta ovat saaneet lähinnä yli kymmenen vuotta kotihoidossa työskennelleet. Alle viisi vuotta kotihoidossa työskennelleistä vain harvat ovat saaneet RAI:n peruskoulutusta. Tulosten mukaan koulutus lisää hoitajien RAI -osaamista perehdytyksen ohella. RAI-koulusta koki tarvitsevansa yli puolet työntekijöistä. Työntekijät tarvitsevat koulusta, jossa käydään läpi, miten RAI:n kysymyksiin vastataan. Tämä sama aihe nousi esiin työpajassa. Työntekijät kokivat, että he eivät osaa vastata oikein RAI:n kysymyksiin. Lisäksi koulusta tarvitaan RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa. Tähän työpaja tyyppinen koulutus sopii hyvin. Koulusta tulisi järjestää säännöllisesti, jotta uudet työntekijät pääsevät mahdollisimman nopeasti koulutukseen. Lisäksi tulisi järjestää säännöllistä kertauskoulutusta vanhoille työntekijöille.

Toisena kehitysideana tuloksista nousee esiin perehdytyksen yhdenmukaistaminen. Eri yksiköiden välillä on suuria eroja perehdytyksessä. Joissakin yksiköissä lähes kaikki tai kaikki työntekijät ovat saaneet perehdytystä, ja osassa vain hiukan yli puolet on saanut perehdytystä. Perehdytykseen pitäisi panostaa, koska se tutkimuksen mukaan lisää

osaamista yhdessä koulutuksen kanssa. Perehdytyksen yhdenmukaistamisessa RAI vastaavilla on iso rooli. Osassa yksiköitä RAI-vastaavalta saa perehdytystä vain kolmasosa työntekijöistä ja osassa yksioissa valtaosan perehdyttää RAI-vastaava. Tällä hetkellä suurin osa työntekijöistä saa perehdytystä kollegalta, mutta tavoite pitäisi olla, että RAI-vastaava hoitaa perehdytyksen, jotta perehdytys olisi kaikille työntekijöille tasalaatuisuista yksiköstä riippumatta. Tällä hetkellä yksiköiden välillä on eroja osaamisessa ja osittain tämän selittää saatu perehdytys. Uusien RAI vastaavien koulukseen ja perehdytykseen tulee panostaa, jotta he osaavat ohjata omassa yksikössään uusia työntekijöitä.

Yhtenä vaihtoehtona uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja koulutuksessa voisi olla kaupungin oma RAI kouluttaja. RAI kouluttaja voisi perehdyttää kaikki uudet työntekijät, jolloin perehdytys olisi tasalaatuisuista. RAI kouluttaja voisi myös järjestää säännöllisesti RAI koulutusta eri aiheista. Tällä hetkellä reilu puolet työntekijöistä kokee osaavansa tehdä RAI arvioin oikein. Jos RAI:ta halutaan hyödyntää hoidon suunnittelussa ja johtamisen apuvälineenä, on RAI arvioiden luotettavuuteen kiinnitettävä huomiota. Jos työntekijät eivät osaa tehdä arvioita oikein, eivät myöskään siitä saatavat mittarit ja herätteet ole luotettavia eivätkä ne kuvaa kotihoidon asiakkaiden todellista toimintakykyä. Vain reilu kolmasosa vastaajista ymmärtää mitä RAI:n mittarit tarkoittavat. Tämä tulos kertoo, että valtaosa hoitajista ei ymmärrä mitä mittariraportit kertovat eivätkä he välttämättä huomaa, jos ovat vastanneet kysymyksiin väärin.

Kolmantena kehitysideana tutkimuksesta nousee ohjeistus. Kotihoidossa on tarkoitus, että RAI:sta saatavia tuloksia hyödynnetään hoitosuunnitelmaa tehdessä. Hoitajat toivovat selkeää ohjeistusta, kuinka RAI:sta poimitaan asioita hoitosuunnitelmaan. RAI ohjelmasta löytyy mittarikäsikirja ja CAP-käsikirja, joista on ohjeet, kuinka tuloksia tulkitaan. Työpajassa hoitajat toivat esiin, että heillä ei ole arjessa aikaa perehtyä käsikirjoihin vaan he toivovat selkeää ohjetta, miten RAI:n tulokset viedään hoitosuunnitelmaan. Jos RAI:n hyödyntämistä hoitosuunnitelmien teossa halutaan kehittää, tarvitaan koulusta, hoitajien perehdytyksen yhdenmukaistamista ja selkeä ohjeistus.

6.5 Jatkotutkimusideoita

Yksiköiden väliset erot osaamisessa olivat suuret. Jatkossa voisi olla hyvä selvittää mistä yksiköiden väliset erot johtuvat. Mikä merkitys esimiehen tai RAI vastaavan toiminnalla on. Onko osaamisessa ero sen mukaan, jos yksikössä on innostunut ja perehdytys

myönteinen RAI vastaava siihen, jos RAI vastaava ei ole innostunut ja hänet on määrätty tehtävään. Mikä on esimiehen merkitys osaamisen kannalta. Onko yksikössä eroja sen mukaan osaako esimies itse käyttää RAI-ohjelmaa ja neuvoa ja perehdyttää työntekijöitä siihen, jos yksikön esimies itse ei ole käyttänyt RAI-ohjelmaa.

Jatkossa voisi tutkia miten RAI osaaminen arvion teossa ja hyödyntämisessä hoitosuunnitelman teossa ovat kehittyneet, jos koulutus ja perehdytys olisivat systemaattista ja tasalaatuista kaikissa yksikössä. Tasaantuvatko yksöiden väliset osaamisero, jos kaikki työntekijät saavat samanlaista perehdytystä ja koulusta. Samoin olisi mielenkiintoista tietää miten nyt alle vuoden RAI:ta käyttäneiden ja alle vuoden kotihoidossa työskennelleiden hoitajien kokemus omasta RAI osaamisesta muuttuu vuosien myötä.

Lähteet

Ahvenjärvi, Sari & Salminen, Heli 2012. RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys hoitajan näkökulmasta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavana osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49210/Ahvenjarvi_Sari_Salminen_Heli.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Luettu 22.9.2020.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.1992/912. Annettu 9.10.1992. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>>. Luettu 1.3.2020.

De Almeida Mello, J & Hermans, K & Van Audenhove, C & Macq, J & Declercq, A. n.d. Evaluations of Home Care interventions for frail older persons using the interRAI Home Care instrument: A systematic review of the literature. Saatavana osoitteessa: <<https://core.ac.uk/download/pdf/34617649.pdf>>. Luettu 21.9.2020.

Eskola, Irmeli 2015. Vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntäen. Laurea ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Lohja: Laurea ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86541/Eskola_Irmeli.pdf;jsessionid=1E76F027929DB6CC054C11CFA736B51C?sequence=1>. Luettu 30.9.2020.

Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja & Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia 2007. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet & Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia & Noro, Anja (toim.): Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Stakes.

Finne-Soveri, Harriet & Vähäkangas, Pia 2007. Hoitajan apuväline, Client Assessment Protocols. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet & Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia & Noro, Anja (toim.): Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Stakes.

Finne-Soveri, Harriet. 2015. Ymmärrä RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Saatavana osoitteessa: <https://thl.fi/documents/920256/1449649/6_Finne-Soveri_YMM%C3%84RR%C3%84.pdf/>. Luettu 1.3.2020.

Haavisto, Maria 2019. RAI-arvioinnin hyödyntäminen sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Saatavana osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160163/haavisto_maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 25.2.2020.

Hakala, Pia 2010. Rai- järjestelmä osana potilaan hoidon suunnittelua. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Kokkola: Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16363/hakala_pia.pdf;jsessionid=186124276244B1343F416F61D9E71E98?sequence=1>. Luettu 29.9.2020.

Heikkilä, Rauha & Gerasin, Aleksandr & Sakki, Joonas & Nieminen, Jutta & Björkgren, Magnus & Noro, Anja & Mäkelä, Matti % Finne-Soveri, Harriet 2012. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103034/URN_ISBN_978-952-245-730-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 23.8.2020.

Heikkilä, Rauha & Hammar, Teija & Sohlman, Brita & Andreasen, Paula & Finne-Soveri, Harriet 2015. Aloittelijasta asiantuntijaksi- RAI-arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua. Teoksessa: Heikkilä, Rauha & Mäkelä, Matti (toim.): Onnistuminen-RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 9/2015. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 11.10.2019.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita.

Holopainen, Martti & Tenhunen, Lauri & Vuorinen, Pentti 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma.

Hägg, Tina & Rantio, Merja & Suikki, Päivi & Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi. 2007. Hoitotyö kotona. WSOY oppimateriaalit.

Ikonen, Eija-Riitta. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Edita.

Jauhiainen Jukka. n.d. SPSS pikaohje. OAMK/ Tekniikan yksikkö. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oamk.fi/~jjauhiain/opetus/spss-pikaohje.pdf>>. Luettu 20.6.2020.

Järvensivu, Timo & Nykänen, Katri & Rajala, Riikka. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyöhön osaamiseen – hankkeen julkaisu. Saatavana osoitteessa: <<https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>>. Luettu 18.4.2020.

Kainulainen, Petri 2008. SPSS_OPAS Opinnäytetyön ja harjoitustöiden tekijöille. Savonia ammattikorkeakoulu. Iisalmi. Saatavana osoitteessa: <<https://docplayer.fi/54986158-Opinnaytetyon-ja-harjoitustoiden-tekijoille.html>>. Luettu 26.6.2020.

Kananen, Jorma 2008. Kvantti- Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2011. Kvantti- Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2015: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona- opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 232.

Kuula Arja 2011. Tutkimusetiikka, Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

KvanttiMOTV- SPSS-oppimisympäristö. Saatavana osoitteessa: <<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/SPSS/havaintoaineisto.html>>. Luettu 20.6.2020.

Leinonen, Kati 2013. Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI- järjestelmän avulla. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63866/Leinonen_Kati.pdf;jsessionid=51AF31AC32D3C2CC8FD63BCD4B768709?sequence=1>. Luettu 20.9.2020.

Metsämuuronen, Jari. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Metodologia-sarja 5. Helsinki: Methelp.

Ministry of Health. 2016. RAI-HC Clinical Standards and “Best Practice” Guidelines. Saatavana osoitteessa: < https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health-safety/home-community-care/accountability/pdf/final_rai-hc_guidelines_-_2016.pdf>. Luettu 20.9.2020.

Mittarikäsikirja 2018. Kotihoidon RAI, RAI-HC. Saatavana osoitteessa:< <https://apotti.rai-soft.net/index.php?case=26948&details=86669> >. Vaatii kirjautumisen. Luettu 2.3.2020.

Porre-Mutkala, Päivi 2012. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Tampereen yliopisto, sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Saatavana osoitteessa: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83142/gradu05556.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 16.10.2020.

Päivärinta, Eeva & Haverinen Riitta. 2002. Ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelma - opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 2.3 2020.

Räsänen, Helena. 2005. Henkilökunnan kokemuksia hoidon seurantajärjestelmän (RAI) käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden pro gradu -tutkielma.

Salunen, Eetu. 2019. Raihainen Suomi. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf>. Luettu 18.9.2020.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu 31.12.2014. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>>. Luettu 10.8.2020.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Annettu 20.12.2010. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>>. Luettu 10.8.2020.

THL 2019. RAI-järjestelmän mittareita. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>>. Luettu 5.8.2020.

THL. 2020. Tietoa RAI-järjestelmästä. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>>. Luettu 26.2.2020.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liite 1. Alkukyselylomake

Hyvä vastaanottaja,

Kyselyn tarkoituksena selvittää millainen on kotihoidon hoitajien osaaminen ymmärtää RAI:sta saatuja tuloksia ja osaavatko he hyödyntää tuloksia hoitosuunnitelmaan teossa. Vastausten perusteella suunnittelen työpajan, kuinka RAI:ta voi hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Pyydän sinua kyselyn alussa arvioimaan omaa RAI-osaamistasi ja koulutustarpeita. Kyselyn lopussa olevat kysymykset selvittävät osaamistasi RAI:sta ja sen antamista tuloksista. Kyselyyn vastataan laittamalla raksi oikean vastausvaihtoehdon edessä olevaan laatikkoon.

1. Työskentelen

- Myyrmäessä Martinlaaksossa Korsossa
 Koivukylässä Hakunilassa

2. Olen työskennellyt kotihoidossa

- alle 1v 1-5 v 6-10 v yli 10 v

3. Olen käyttänyt RAI-ohjelmaa

- alle 1v 1-5 v yli 5 v

4. Olen saanut perehdytystä RAI:n käyttöön jos vastasit ei, siirry kysymykseen 7

- kyllä en

5. Olen saanut perehdytystä RAI:hin (voit valita useamman vaihtoehdon)

- esimieheltä RAI vastaavalta kollegalta

6. Koin perehdytyksen riittäväksi

- kyllä en

7. Olen saanut koulutusta RAI:n käyttöön jos vastasit ei, siirry kysymykseen 10

- kyllä en

8. Millaista koulutusta olet saanut

9. Koin koulutuksen hyödylliseksi kyllä en

10. Olen tehnyt THL:n RAI verkkokurssin
jos vastasit ei, siirry kysymykseen 14 kyllä en

11. Luin materiaalin ja tein tentin kyllä ei

12. Tein vain tentin kyllä ei

13. Koin verkkokurssin hyödyllisenä kyllä en

14. Koen RAI:n tekemisen hyödylliseksi kyllä en

15. Osaan tehdä RAI arvioinnin oikein kyllä en

16. Koen tarvitsevani koulutusta RAI-arvioinnin tekemiseen
jos vastasit kyllä, millaista koulutusta koet tarvitsevasi kyllä en

17. Olen saanut perehdytystä RAI:n hyödyntämisestä
hoitosuunnitelman teossa kyllä en

18. Ymmärrän mitä RAI:n mittariraportin tulokset tarkoittavat kyllä en

19. Hyödynnän RAI:n tuloksia hoitosuunnitelmaa tehdessäsi kyllä en

20. Koen tarvitsevani koulutusta/ perehdytystä RAI:n

hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa kyllä en

jos vastasit kyllä, millaista koulutusta/ perehdytystä koet tarvitsevasi

Tässä osiossa selvitetään mikä on osaamisesi taso ymmärtää RAI:sta saatuja mittareita ja herätteitä. Saatuja tuloksia käytän työpajan suunnittelussa. Pyydän sinua arvioimaan ovatko seuraavat väittämät oikein vai väärin tämänhetkisen tietämyksesi perusteella.

21. Jos asiakkaan CPS on 4, hänellä on lievä kognitiivisen toimintakyvyn häiriö oikein väärin

22. Jos asiakkaan ADL-H_6 arvo on 4, hän ei tarvitse apua päivittäisissä toiminnoissa kuten liikkumisessa oikein väärin

23. Jos asiakkaan IADL_21 arvo on 3, hän on lähes itsenäinen mm. aterioiden valmistamisessa oikein väärin

24. DRS_14 mittari kuvaa asiakkaan hoitoisuutta oikein väärin

25. Jos asiakkaan (70-v) BMI arvo on 26 on, arvo on suositusten mukainen oikein väärin

26. MAPLE arvo kuvaa terveyden tilan vakautta oikein väärin

27. Jos asiakkaan CAP 2 (asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot) on aktivoitunut, on hyvä tarkistaa mm. asiakkaan lääkitys ja mieliala
 oikein väärin
28. Jos asiakkaan CAP 4 on aktivoitunut, hänellä on uhka joutua laitoshoidon
 oikein väärin
29. CPS arvo 2 vastaa MMSE:n arvoa 10 oikein väärin
30. Asiakkaan CPS arvo on 6 ja IADL arvo on 1. RAI:n kysymyksiin on luultavasti vastattu virheellisesti oikein väärin
31. Jos asiakkaan Pain_3 arvo on 2, on syytä konsultoida lääkäriä
 oikein väärin
32. Jos asiakkaan MAPLe_15 arvo on 2, hän tarvitsee todennäköisesti kotihoidon päivittäiset käynnit oikein väärin
33. Mistä etsit tietoa, jos huomaat RAI:n tehtyäsi, että jotkin CAPsit ovat aktivoituneet:

Kiitos vastauksesta.

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

Tutkittavaa tulee informoida tutkimuksen tarkoituksesta, toteuttajasta, vapaaehtoisuudesta, tutkimusmenetelmistä, hyödyistä, tutkimustulosten julkaisemisesta ja tutkimuksen päättämisestä.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan kotihoidon hoitajien osaamista hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa ja lisääntykö osaaminen työpajan myötä. Olen arvioinut, että sovellet tutkimukseen, koska työskentelet Vantaan kotihoidossa hoitajana. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun osuuttasi siinä. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen sinulle järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen sinua pyydetään osallistumaan alkukyselyyn.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta työskentelyysi kotihoidossa.

Voit myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta ilmoittamalla siitä tutkijalle. Mikäli keskeytät tutkimuksen, sinulta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mikä on hoitajien osaamisen taso hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia hoitosuunnitelma teossa. Kehittämistyössäni on tarkoitus kehittää hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia ja lisätä ymmärrystä siitä, mitä tulokset kertovat. Lisäksi haluan selvittää hoitajien näkemyksen millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa tulevaisuudessa.

Tutkimuksen toteuttajat

Tutkija opiskelee Metropolian ammattikorkeakoulussa Vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja työskentelee Vantaan kaupungilla Tikkurilan kotihoidossa.

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkittava osallistuu touko-kesäkuussa alkukyselyyn, joka toteutetaan kyselylomakkeella. Lomakkeen vastaamiseen menee aikaa n. 15-20 min. Lisäksi yhden kotihoidon yksikön tutkittavat osallistuvat elo-syyskuussa järjestettävään työpajaan ja loppukyselyyn. Työpaja kestää n. 2,5-3 tuntia.

Tutkimus toteutetaan siten, että kaikille tutkittaville annetaan kyselylomake, johon vastataan nimettömästi. Kyselylomakkeet analysoidaan SPSS-ohjelmalla ja tulosten pohjalta suunnitellaan työpaja, johon osallistuu yhden kotihoidon yksikön hoitajat. Työpajaan osallistuneille annetaan täytettäväksi loppukyselylomake.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

Kehittämistyön tuloksena on tarkoitus selvittää, lisääntykö hoitajien RAI osaaminen työpajojen myötä ja onko tämä hyvä keino lisätä hoitajien osaamista hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelmien teossa. Lisäksi kehittämistyön avulla saadaan tietoa hoitajien tämänhetkisestä osaamisesta ja tulevaisuudessa voidaan suunnitella koulutukset heidän tarpeitaan vastaaviksi.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus tullaan julkaisemaan Theseus-palvelussa, jossa se on kaikkien luettavissa. Lisäksi opinnäytetyö tullaan esittelemään kotihoidon RAI-iltapäivässä.

Tutkimuksen päättyminen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen esimerkiksi opiskelujen keskeytyessä. Tutkimustuloksia tullaan käsittelemään Vantaa kotihoidossa.

Lisätiedot

Pyydän sinua tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä
Nimi: Nina Tilander
Puh. xxx
Sähköposti: etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja
Titteli: Yliopettaja
Nimi: Kaija Matinheikki-Kokko
Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy / Hanketoiminta ja opetus
Puh.
Sähköposti: etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään sinua koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoja, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. Metropolia Ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on:

Metropolia Ammattikorkeakoulu	<input type="checkbox"/>	
Toimeksiantaja	<input type="checkbox"/>	Toimeksiantajan nimi:
Muu yhteistyötaho	<input type="checkbox"/>	Yhteistyötahon nimi:
Opinnäytetyöntekijä	<input checked="" type="checkbox"/>	

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Tutkittavasta kerätään tietoa siitä missä kotihoidon yksikössä hän työskentelee ja kuinka kauan hän on työskennellyt kotihoidossa.

Sinulla ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Kyselylomakkeet kerätään nimettöminä ja ne syötetään käsin SPSS-ohjelmaan. Tutkija säilyttää kyselylomakkeita kotonaan lukitussa kaapissa. Kyselylomakkeet hävitetään heti työn valmistuttua 31.12.2020 tietoturvasääntöjen mukaisesti (silppuri).

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on lisätä hoitajien osaamista hyödyntää RAI:n tuloksia hoitosuunnitelman teossa.

Henkilötietojenne käsittelyperuste on suostumus.**Tutkimuksen kesto aika 15.5-31.12.2020****Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?**

Henkilötiedot hävitetään tutkimuksen jälkeen.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Tietoja ei siirretä eikä luovuteta tutkimusrekisteristä.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietojanne ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon**Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa**

Sinusta kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lain-säädännön edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa.

Tutkimusaineistoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään tutkimuksen valmistumiseen asti, jonka jälkeen ne hävitetään.

Liite 3. Saatekirje kyselyyn osallistuville hoitajille

Hyvä kotihoidon hoitaja,

Opiskelen vanhustyön ylempää amk-tutkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Osana opintojani teen kehittämistutkimuksen RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa. Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on kehittää hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia ja lisätä ymmärrystä siitä, mitä tulokset kertovat. Kehittämistyö koostuu alkukyselystä, jolla on tarkoitus selvittää mikä on hoitajien tämänhetkinen osaamisen taso ja millaiseksi he itse kokevat oman osaamisen RAI tulosten tulkinnassa. Lisäksi haluan selvittää hoitajien näkemyksen millaista koulutusta he kokevat tarvitsevana tulevaisuudessa. Lisäksi kehittämistyöhön liittyy työpaja, jossa pienissä ryhmissä harjoitellaan RAI:n hyödyntämistä hoitosuunnitelman teossa. Työpajaan osallistuu vain osa kyselyyn vastanneista ja siihen tulee erillinen kutsu osallistujille.

Vastaamiseen menee noin 15 minuuttia. Tarkempi ohjeistus kyselyyn vastaamisesta on kyselylomakkeella. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksessa saatuja tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti ja kyselytutkimuslomakkeet hävitetään kehittämistutkimuksen valmistumisen jälkeen. Kyselylomakkeet kerätään nimettöminä eikä valmiissa työssä yksittäiset vastaajat ole tunnistettavissa.

Kyselyn vastausaika on 26.7-22.6.2020. Kyselylomakkeen mukana on palautuskuori, johon kyselylomake laitetaan ja palautetaan esimiehen nimeämään paikkaan.

Kehittämistyön on tarkoitus valmistua tammikuussa 2021, jonka jälkeen se löytyy Theseuksesta ja on kaikkien luettavissa.

Halutessanne voitte kysyä lisätietoja kehittämistutkimukseen liittyen:
Nina Tilander
sairaanhoitaja YAMK-opiskelija
puh. xxx xx
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Liite 4. Saatekirje työpajaan ja loppukyselyyn osallistuville hoitajille

Hyvä kotihoidon hoitaja,

Opiskelen vanhustyön ylempää amk-tutkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Osana opintojani teen kehittämistutkimuksen RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa. Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on kehittää hoitajien osaamista hyödyntää RAI:sta saatuja tuloksia ja lisätä ymmärrystä siitä, mitä tulokset kertovat. Kehittämistyö koostuu alkukyselystä, joka toteutettiin keväällä. Kehittämistyöhön liittyy lisäksi työpaja, johon sinun työyksikkösi on valittu osallistumaan. Työpaja toteutetaan Learning cafe menetelmällä. Työpajan päätteeksi osallistujille jaetaan loppukyselylomake, jolla selvitetään työpajan hyödyllisyyttä.

Työpaja kestää 2,5 tuntia. Työpajaan ja loppukyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksessa saatuja tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti ja kyselytutkimuslomakkeet hävitetään kehittämistutkimuksen valmistumisen jälkeen. Kyselylomakkeet kerätään nimettöminä eikä valmiissa työssä yksittäiset vastaajat ole tunnistettavissa. Tästä syystä valmiissa työssä ei mainita, missä työyksikössä työpaja toteutettiin.

Kehittämistyön on tarkoitus valmistua tammikuussa 2021, jonka jälkeen se löytyy Theseuksesta ja on kaikkien luettavissa.

Halutessanne voitte kysyä lisätietoja kehittämistutkimukseen liittyen:

Nina Tilander
sairaanhoitaja YAMK-opiskelija
puh. xxx xx
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Liite 5. Loppukyselylomake

Hyvä vastaanottaja,

Kyselyn tarkoituksena on selvittää työpajan hyödyllisyyttä oppimisessa. Pyydän vastaamaan alla oleviin kysymyksiin, jossa selvitetään kokemuksia työpajasta ja miten koit sen oppimisen kannalta. Lopuksi selvitän, onko RAI osaaminen lisääntynyt työpajan aikana verrattuna alkukyselyyn. Osaamista mittaavat kysymykset ovat samat kuin alkukyselyssä.

1. Osallistuin keväällä alkukyselyyn kyllä en
2. Koen RAI:n tekemisen hyödylliseksi kyllä en
3. Osaan tehdä RAI arvioinnin oikein kyllä en
4. Ymmärrän mitä RAI:n mittariraportit tarkoittavat kyllä en
5. Osaan hyödyntää RAI:ta hoitosuunnitelman teossa kyllä en
6. Työpaja lisäsi RAI osaamistani kyllä ei
7. Koin työpajan hyödyllisenä kyllä en
8. Mikä työpajassa oli hyvää ja mitä pitäisi kehittää jatkossa

9. Millaista koulutusta/ perehdytystä koet tarvitsevasi jatkossa

Seuraavien kysymysten kohdalla pyydän sinua arvioimaan tämänhetkisen osaamisen perusteella ovatko seuraavat väittämät oikein vai väärin.

10. Jos asiakkaan CPS on 4, hänellä on lievä kognitiivisen toimintakyvyn häiriö

oikein väärin

11. Jos asiakkaan ADL-H_6 arvo on 4, hän ei tarvitse apua päivittäisissä

toiminnoissa kuten liikkumisessa oikein väärin

12. Jos asiakkaan IADL_21 arvo on 3, hän on lähes itsenäinen mm. aterioiden valmistamisessa

oikein väärin

13. DRS_14 mittari kuvaa asiakkaan hoitoisuutta oikein väärin

14. Jos asiakkaan (70-v) BMI arvo on 26 on, arvo on suositusten mukainen

oikein väärin

15. MAPLE arvo kuvaa terveyden tilan vakautta oikein väärin

16. Jos asiakkaan CAP 2 (asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot) on aktivoitunut, on hyvä tarkistaa mm. asiakkaan lääkitys ja mieliala

oikein väärin

17. Jos asiakkaan CAP 4 on aktivoitunut, hänellä on uhka joutua laitoshoitoon
 oikein väärin
18. CPS arvo 2 vastaa MMSE:n arvoa 10 oikein väärin
19. Asiakkaan CPS arvo on 6 ja IADL arvo on 1. RAI:n kysymyksiin on luultavasti vastattu virheellisesti oikein väärin
20. Jos asiakkaan Pain_3 arvo on 2, on syytä konsultoida lääkäriä
 oikein väärin
21. Jos asiakkaan MAPLe_15 arvo on 2, hän tarvitsee todennäköisesti kotihoidon päivittäiset käynnit oikein väärin
22. Mistä etsit tietoa, jos huomaat RAI:n tehtyäsi, että jotkin CAPsit ovat aktivoituneet:

Kiitos vastauksesta.

Liite 6. CAP luettelo

1. Toimintakyky	CAP 1	Päivittäiset toiminnot (ADL) ja kuntoutumisen voimavarat
	CAP 2a	Välinetoiminnot (IADL) ja kuntoutumisen voimavarat
	CAP 2b	Välinetoiminnot (IADL) ja todennäköinen lisäävun tarve
	CAP 3	elämäntapoihin liittyvä uhkatekijä
	CAP 4	Laitoshiitoon joutumisen uhka
2. Aistit	CAP 5	kommunikaatio
	CAP 6	Näkö
3. Mielenterveys	CAP 7	Alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat
	CAP 8	Kognitio (älyllinen toimintakyky)
	CAP 9	Käytösoireet
	CAP 10	Mieliala ja ahdistuneisuus
	CAP 11	Kaltoinkohtelu
	CAP 12	Sosiaalisten aktiviteettien uhkatekijä
4. Terveystila	CAP 13	Sydän ja hengitys
	CAP 14	Kuivuminen
	CAP 15	Kaatuminen
	CAP 16	Ravitsemus
	CAP 17	Suun kuivuminen
	CAP 18	Kipu
	CAP 19	Painehaavat
	CAP 20	Iho ja jalkojen kunto
5. Palvelut	CAP 21	Hoitoon sitoutuminen
	CAP 22	Tukiverkoston hauraus
	CAP23	Lääkehoito
	CAP 24	Palliatiivinen hoito
	CAP 25	Preventio
	CAP 26	Psyykelääkkeet
	CAP 27	Uloskirjauksen tai palvelujen vähentämisen mahdollisuudet
	CAP 28	Toimintaympäristön uhkatekijät
6. Pidätyskyky	CAP 29	Suolen toiminta
	CAP30	Virtsan pidätyskyvyttömyys ja katetrit

(Finne-Soveri 2015.)