



Leena Jaatinen

RAI-arviointimittarin CAP 4-herätteen käyttö Järvenpään kotihoivossa.

Henkilökunnan osaamisen kokemus ja osaamisen kehittäminen.

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto

Vanhustyö YAMK

Tutkimuksellinen kehittämistyö

18.12.2021

Tekijä	Leena Jaatinen
Otsikko	RAI-arviointimittarin CAP 4-herätteen käyttö Järvenpään kotihoitossa. Henkilökunnan osaamisen kokemus ja osaamisen kehittäminen.
Sivumäärä	64 sivua + 4 liitettä
Aika	18.12.2021
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyö ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ohjaajat	Lehtori Eveliina Holmgren
<p>75 ikävuoden jälkeen tarve ympärivuorokautiselle hoivalle kasvaa ja noin joka viides yli 85-vuotiaista on tehostetussa asumispalvelussa. Suurin osa ikäihmisistä asuu ja haluaakin asua kotona. Pyrkimys on, että ikäihminen voi asua omassa kodissaan, vaikka avuntarve lisääntyy, niin kauan kuin se on turvallista ja vastaa avuntarvetta. Jotta ikäihmisten asumista omassa kodissa voidaan tukea ja ehkäistä ympärivuorokautisen hoivan tarvetta, tarvitaan keinoja arvioida heidän toimintakykyään ja voimavarojaan ja puuttua havaittuihin uhuihin. RAI-mittari on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, jolla saadaan laaja-alaista tietoa mm. asiakkaan voimavaroista ja vaikeuksista. RAI-arviointityökalu tuottaa mittareita ja herätteitä (CAPs) valmiin arvioinnin perusteella. CAP 4-heräte on nimeltään laitoshoitoon joutumisen uhka.</p> <p>Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitteena oli selvittää, millainen osaamisen kokemus Järvenpään kotihoiton henkilökunnalla on RAI-mittarin herätteistä ja erityisesti CAP 4-herätteestä. Haluttiin myös tietää, miten herätteen tuomaa tietoa hyödynnetään, kun on tarkoitus edistää kotihoiton asiakkaiden kotona pärjäämistä ja ehkäistä ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tietoisuutta CAP 4-herätteestä ja sen tulkinnasta ja yhteiskehittelymenetelmin suunnitella heidän kanssaan toimintatapoja, jolla herätteen antaman tiedon hyödyntämistä voidaan tehostaa.</p> <p>Tämä tutkimuksellisen kehittämistyö noudattaa laadullisen tutkimuksen periaatteita. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeella, työpajatyöskentelyllä ja haastattelulla. Alkukyselyyn osallistui kahdeksan työntekijää, työpajoihin osallistui yksitoista työntekijää ja seurantakyselyyn osallistui viisi työntekijää. Lisäksi seurantakyselyä täydennettiin kuudella haastattelulla. Seuranatakyselyyn vastanneista neljä, oli osallistunut työpajaan keväällä. Kyselylomakkeella kysyttiin henkilökunnalta avoimilla kysymyksillä herätteitä ja CAP 4-herätettä koskevasta osaamisesta. Työpajatyöskentelyllä, tavoiteltiin henkilökunnan osaamisen ja innostumisen lisääntymistä herätteistä sekä oivaltamisen tunnetta. Aineisto analysoitiin osin sisällön erittelyn, mutta pääasiassa sisällön analyysin keinoin. Kyselyihin osallistujien määrä jäi vähäiseksi ja yleistettäviä johtopäätöksiä ei kerättyllä aineistolla ollut mahdollista tehdä. Työpajaan osallistumista rajasi korona-ajan kokoontumisrajoitukset.</p> <p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena saatiin tietoa henkilökunnan kokemasta osaamisesta RAI-herätteistä ja CAP 4-herätteestä. Lisäksi saatiin tietoa kuinka työpajamuotoinen toiminta lisää osaamisen tunnetta herätteiden ja CAP 4-herätteen hyödyntämisessä. Henkilökunta koki yleisesti herätteet tutummiksi ja osaamisen vahvemmaksi kuin kysymyksen kohdistuessa yhteen herätteen kanssa. Työpajaan osallistumisella näytti olevan monia positiivisia vaikutuksia osaamisen kokemukseen herätteistä. Työpajaan osallistuminen ei kuitenkaan vaikuttanut lisäävän osaamisen kokemusta yksittäisestä herätteestä. Lisäksi havaittiin, että Järvenpään kotihoitossa vaikuttaisi olevan intoa ja halua käyttää sekä yleisesti herätteiden, että CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa hyväksi. Työpajoihin osallistuneet jalkauttavat osaamistaan ja oivaltamistaan tiimeissä. Osaamisen ja oppimisen prosessi on kuitenkin aikaa vievää ja nämä tulokset eivät ole vielä mitattavissa.</p>	
Avainsanat	RAI, CAP 4-heräte, herätteet, kotihoito

Author	Leena Jaatinen
Title	Application of the CAP protocols of the RAI assessment instrument in Järvenpää home care. Staff competence experience and development.
Number of Pages	46 pages + 4 appendices
Date	18.12.2021
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Instructors	Eveliina Holmgren, Principal Lecturer
<p>After the age of 75, the need for round-the-clock care increases and about one in five people over the age of 85 are in residential care. Most seniors live and want to live at home. The aim is for an elderly person to be able to live in their own home, even if the need for help increases, as long as it is safe and meets the need for help. In order to support their living in their own home and prevent the need for round-the-clock care, ways are needed to assess their capacity and resources to do so, and to address perceived threats. The Residential Assessment Instrument (RAI) is a standardized data collection and observation tool that provides a wide range of information, about client resources and difficulties. RAI produces metrics and Client Assessment Protocols (CAPs) based on the completed evaluation. CAP 4 triggers refer to the threat of institutionalization.</p> <p>The aim of this research-based development work was to find out what kind of expertise Järvenpää home care staff has in triggers and especially in CAP 4 trigger. There was also an intent to know how the information will be used to promote the well-being of home care clients at home and to prevent them from getting into round-the-clock care. The aim was to raise staff awareness of the CAP 4 trigger and its interpretation and with co-creative methods to find ways to make better use of the information provided by the triggers.</p> <p>This research-based development work follows the principles of qualitative research. The material was collected through a questionnaire, workshops and interviews. Eight employees participated in the initial survey, eleven employees participated in the workshops and five employees participated in the follow-up survey. In addition, a follow-up questionnaire was supplemented with six interviews. Four of the respondents of the survey, had attended the workshop in spring. The questionnaire presented the staff open-ended questions about triggers and CAP 4 to gauge their level of competence. The aim of the workshop was to increase the staff's competence and enthusiasm for triggers. The material was analyzed partly through content breakdown, but mainly through content analysis. The number of participants in the surveys remained small and it was not possible to draw generalizable conclusions from the data collected. Participation in the workshops was limited by the gathering restrictions due to the ongoing coronavirus pandemic.</p> <p>As a result of this research-based development work, information was obtained on the staff's expertise in the triggers and CAP 4 trigger. In addition, information was obtained on how workshop-type activities increase the feeling of competence in utilizing triggers and the CAP 4 trigger. The staff felt that the triggers were more familiar and the competence stronger than when the question focused on one trigger. Attending the workshop seemed to have many positive effects on the experience of knowledge about triggers. However, participation in the workshop did not appear to increase the experience of knowledge about single triggers. In addition, it was found that Järvenpää's home care seems to have the enthusiasm and desire to use the information provided by both triggers in general and the CAP 4 trigger specifically. Those who have participated in the workshops implement their skills and insights in teams. However, the process of competence and learning takes time and these results are not yet measurable.</p>	
Keywords	RAI, CAP 4 trigger, triggers, home care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Ikäihmisen kotona selviytymiseen liittyviä tekijöitä	2
2.2	Avo- ja laitoshoido	4
2.3	lääkäiden toimintakyvyn mittaaminen	5
2.3.1	RAI-järjestelmä	6
2.4	Aiempiä tutkimuksia RAI-arviointimittarin käytöstä kotihoidossa	10
2.5	RAI-aloittelijasta RAI-osaajaksi	14
3	Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tutkimuskysymykset	16
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus	18
4.1	Metodologiset lähtökohdat	18
4.2	Toimintaympäristön kuvaus	18
4.3	Aineiston keruu	19
4.3.1	Alkukysely	19
4.3.2	Työpajatyöskentely	21
4.3.3	Seurantakysely	23
4.4	Aineiston analyysi	24
5	Tulokset	28
5.1	Alkukyselyn tulokset	28
5.1.1	Henkilöstön osaamisen kokemus herätteiden tulkinnasta	28
5.1.2	Tieto herätteiden sisällöstä	30
5.1.3	Herätteiden hyödyntäminen	31
5.1.4	Henkilökunnan tuen ja perehdytyksen tarve	32
5.2	Työpajojen tulokset	33
5.3	Seurantakyselyn tulokset	36
5.3.1	Työpajaan osallistumisen anti	37
5.3.2	Osaamisen kokemus herätteiden tulkinnasta seurantakyselyssä	37
5.3.3	Tieto herätteiden sisällöstä seurantakyselyssä	39
5.3.4	Seurantakysely; herätteiden hyödyntäminen	41
6	Johtopäätökset	44
7	Pohdinta	51
7.1	Tulosten tarkastelu	51

7.2	Eettisyys ja luotettavuus	54
7.3	Toimenpide-ehdotukset	57
7.4	Jatkotutkimusaiheita	58
	Lähteet	60
	Liitteet	
	Liite 1. Alkukysely	
	Liite 2. Työpajakokemus	
	Liite 3. Seurantakysely	
	Liite 4. Kehittämistyöpajojen dokumentit	

1 Johdanto

Suurin osa ikäihmisistä asuu ja haluaakin asua kotona. Ehtona kuitenkin on riittävä avunsaanti. (Andersson 2012: 8.) Tätä ajatusta tukee myös sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus 2020–2023 (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2020). Ikäihmisillä on oikeus asua omassa kodissaan, vaikka avuntarve lisääntyy, niin kauan kuin se on turvallista ja vastaa avuntarvetta. Tämän toteuttamiseen tarvitaan vaikuttavaa, ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, kuntoutusta ja itseenäistä suoriutumista tukevia toimintamalleja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Autettavien määrä kasvaa. Ikäluokka yli 65-vuotiaat, on kasvanut lähes 900 000 henkilöstä yli 1,2 miljoonaan henkilöön, vuodesta 2008 vuoteen 2018. Samaan aikaan työikäinen väestö on vähentynyt (Sotkanet). Säännöllisen kotihoidon tarve alkaa kasvaa vasta 75 ikävuoden jälkeen. Myös ympärivuorokautisen hoivan tarve alkaa kasvaa 75 ikävuoden jälkeen. Vuonna 2018 ympärivuorokautisessa hoivassa oli 75 vuotta täyttäneistä 8,7 %, 80 vuotta täyttäneistä 12,5 % ja 85 vuotta täyttäneistä 18,5 %. 85 vuotta täyttäneistä siis jo lähes 1/5 on tehostetussa asumispalvelussa. (Sotkanet.)

Jotta ikäihmisen asumista omassa kodissa voidaan tukea ja vastata hänen palveluntarpeeseensa, on oltava yhtenäisiä keinoja arvioida hänen toimintakykyään ja voimavarojaan. RAI-arviointimittari on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. Se on tarkoitettu vanhus- ja vammaispalvelun asiakkaan palveluntarpeen arviointiin ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen tai sen apuvälineeksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021). RAI-arviointimittarilla saadaan asiakkaan mm. toimintakyvystä, sosiaalisista suhteista ja terveydentilan vakaudesta kohtalaisen laaja-alaista tietoa.

Vuonna 2018 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 35 %:lle oli tehty RAI arviointi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021). RAI-mittarin käyttö tulee laajenemaan 1.10.2020 voimaan tulleen lain myötä, joka velvoittaa kunnat käyttämään RAI-välineistöä iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa viimeistään 1.4.2023 (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta 980/2012).

Koulutusta ja perehdytystä laadukkaan RAI-arvioinnin tekemiseen tullaan henkilökunnalle tarvitsemaan koko maan laajuisesti. Arviointiin käytetään paljon aikaa ja jo siksi-kin mittarin monipuolinen hyödyntäminen olisi sekä asiakkaan, että organisaation hyöty. Tulevaisuutta ajatellen hyvien käytäntöjen löytäminen RAI-tiedon lisäämiseen, ylläpitämiseen, jakamiseen ja käyttämiseen organisaation sisällä, on tavoite. Yksi mahdollinen tapa voi olla myös yhteiskehittäminen, joka on valittu tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä keinoksi päästä tavoitteeseen.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Ikäihmisen kotona selviytymiseen liittyviä tekijöitä

Kirjallisuudessa keskitytään paljon ikäihmisen kotona selviytymisen tukemiseen ja voimavarojen lisäämiseen. Kirjallisuuden pääpaino on ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Vanhustyössä korostetaan voimavaralähtöistä ajattelua, kuntouttavaa työtettä ja toimintakyvyn ylläpitämistä, vaikka on tiedossa, ettei haurautta ja heikkenemistä pystytä loputtomasti estämään (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010: 34).

Hauraus ja heikkous tekevät ikäihmisestä helpommin haavoittuvaisen. Lisäksi elämän loppupäässä riski sairastua kasvaa ja siksi myös riski haavoittuvuudelle kasvaa. Haavoittuvuutta pitää yrittää ehkäistä ja helposti haavoittuvaa suojella. Haavoittuvuutta voi tarkastella eri osa-alueilta kuten kehon-, mielen- ja ihmissuhteiden haavoittuvuus. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010: 33–41.)

Toimintakyvyn osa-alueet tukevat toisiaan, mutta jonkin heikentyessä myös muihin voi kohdistua heikentymistä ja toimintakyky kokonaisuutena heikentyy (Lähdesmäki & Vorananen 2014: 103, Pohjolainen 2009: 21). Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selvitä mm. arkisista, itselle tärkeistä ja välttämättömistä jokapäiväisistä toimista siinä ympäristössä, jossa hän elää (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Kirjallisuudessa toimintakykyä tarkastellaan usein fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kautta.

Fyysisen toimintakyvyn perusta ovat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki – ja liikuntaelimistön toiminta (Pohjalainen 2009: 48). Fyysinen toimintakyky muodostuu

niistä fyysisistä edellytyksistä, joita ihminen tarvitsee suoriutuakseen hänelle itselleen tärkeistä ja tarpeellisista tehtävistä ja toimista. Fyysisen toimintakyvyn ilmenemismuoto on liikkuminen ja itsensä liikuttaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Psyykinen toimintakyky muodostuu ihmisen voimavaroista, mielenterveydestä ja mielen hyvinvoinnista. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä on lisäksi monia kuten persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. Psyykinen toimintakyky vaikuttaa mm. elämänhallintaan, kykyyn tehdä harkittuja päätöksiä ja ympäröivään maailmaan suhtautumiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Kognitiivinen toimintakyky näyttäytyy tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintana, jolla on vaikutusta arjessa suoriutumiseen. Näitä osa-alueita ovat mm. tiedon vastaanottaminen, käsittely, säilyttäminen ja käyttö, muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavaisuus, ongelmien ratkaisu, toiminnanohjaus jne. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle on useita malleja ja teorioita (Simonen 2009: 64). Yleisesti kuitenkin sosiaalisen toimintakyvyn nähdään muodostuvan yksilön, sosiaalisen verkoston, yhteisön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutussuhteista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Tutkimuksen (Halonen, Enroth, Jylhä, Tiainen 2017) mukaan, jossa selvitettiin pitkäaikaisairauksien ja monisairastavuuden esiintyvyyttä 90-vuotiailla ja sitä vanhemmilla tamperelaisilla, muistisairaus, aivohalvaus ja masennus olivat yksittäisistä sairauksista eniten avuntarvetta päivittäisissä toimissa lisääviä tekijöitä molemmilla sukupuolilla. (Halonen & Enroth & Jylhä & Tiainen 2017, Luppala ym. 2010.) Lisäksi lonkkamurtuma oli naisilla päivittäistä avuntarvetta lisäävä tekijä. (Halonen & Enroth & Jylhä & Tiainen 2017.)

Päivittäisistä toimista selviytyminen ennustaa mm. laitospaikka- ja sairaalahoito- ja muiden sosiaalipalveluiden tarvetta ja käyttöä. Lisäksi se ennustaa elinolojen järjestyksen tarvetta ja elinaikaa. Hankaluudet päivittäisissä toimissa myös alentavat elämänlaatua, heikentävät itsenäisen elämän edellytyksiä sekä ovat lisäävät riskiä tapaturmille. Näiden syiden vuoksi päivittäistä toimintoista selviytymisen arviointiin on kiinnitettävä huomiota ja pyrittävä vaikuttamaan ennaltaehkäisevässä mielessä. (Heikkinen & Kauppinen & Laukkanen 2013.)

Asumispalveluun pääsemisen odottaminen nähdään kotona selviytymisen riskitekijänä. Ikäihminen ja omaiset saattavatkin joutua pohtimaan, miten myönteisen päätöksen hoi-vapaikasta saanut ikäihminen selviää paikan saamisen odottamisen ajan. (Hoppania ym. 2016: 105, Seppänen 2006: 45.)

Muita ikäihmisen kotona selviytymistä uhkaavia tekijöitä ovat mm. asiakkaan tai omai-sen runsas päihteiden käyttö, turvattomuus (Seppänen 2006: 45–46), muut elintavat (Pohjolainen 2009: 23), toimeentulo (Seppänen 2006: 46) ja sosioekonominen asema (Pohjolainen 2009: 24), sekä väkivalta (Kivelä 2012: 154).

Jyrki Jyrkämän (2007) esittämät toimijuuden ulottuvuudet; osaaminen, kykeneminen, täytyminen, voiminen, tunteminen ja haluaminen, voidaan nähdä sekä riskinä ja uhkana sekä toisaalta taas myös kotona asumisen mahdollistajana, voimavarana. (Jyrkämä 2007: 205–208.) Toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että ikäihminen nähdään toimijana, jonka oma toiminta ja kokemukset vaikuttavat joko toimintakykyä tukevana tai rajoittavana tekijänä. Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen kehittämispäällikkö Maarit Lind (2021) haastaakin RAI arviointimittaria käyttävää henki-lökuntaa pohtimaan, miten RAI:sta saatavaa tietoa voi hyödyntää, kun tarkastellaan asi-akkaan toimijuutta sekä sitä, miten toimijuus ymmärretään, kun tehdään esimerkiksi hoi-tosuunnitelmaa asiakkaalle (Lind 2021b). Hoitosuunnitelman avulla; hoitoa tehostamalla ja muuttamalla, olisi mahdollista tukea kotona asumista pidempään ja jopa estää ympä-rivuorokautisen hoivan piiriin joutuminen kokonaan (Sinn ym. 2018).

2.2 Avo- ja laitoshoido

Asumispalveluiden ja laitoshoidon käsitteiden määrittely on aiheen kannalta oleellista, sillä tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä on käytetty RAI HC -toimintakykymittarin käsikirjaa, jossa käytetään käsitettä laitoshoido kattamaan kaikki ympärivuorokautisen asumispalvelun muodot (Lind 2021a). Uusin, interRAI-CAP-herätteet -käsikirja on laa-dittu ja siinä CAP 4-heräte, laitoshoidon joutumisen uhka heräte, on korvattu nimellä ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisriski (Lind 2021a).

Laki velvoittaa ensi sijassa tarjoamaan kotiin annettavia palveluja, suhteessa palvelui-hin, jotka edellyttävät henkilön muuttamista. Asumispalveluja järjestetään kuitenkin

henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 21, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 § 14).

Sosiaalihuoltolaki erottelee asumistalvvelut tuettuun asumiseen ja talvveluasumiseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 21). Tähän kuuluu myös tehostettu talvveluasuminen. Edelleen jonkin verran on jäljellä myös laitoshoidoa. Sosiaalihuoltolakiin on laitoshoidosta kirjattu sen tarkoittavan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 22). Käytännössä tämä tarkoittaa tervetvkeskuksen vuodeosastoja ja vanhainkoteja. Vanhuspalvelulaki sanoo, että laitoshoidolla voidaan vastata asiakkaan avuntarpeeseen vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja tervetvstalvveluista 980/2012 § 14a).

Ikääntyneiden laitoshoidon asiakkaiden määrä on vähentynyt vähitellen viimeisen kymmenen vuoden aikana. Suuri osa laitoshoidon paikoista on korvautunut tehostetun talvveluasumisen paikoilla. Tervetvkeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaispaikkoja on vähennetty. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020: 3, Sosiaali- ja tervetvstministeriö 2017: 14.) Sosiaalihuoltolain mukaisen laitoshoidon ja tehostetun talvveluasumisen välillä ero on pieni ja selvin ero saattaa olla vain asiakasmaksujen perusteet (Sosiaali- ja tervetvstministeriö 2017: 15).

2.3 Iäkkäiden toimintakyvyn mittaaminen

Toimintakyky on keskeinen käsite vanhustyön parissa työskenteleville. Iäkkään kotona-asuminen nähdään hyvinvoinnin tärkeänä osatekijänä ja jota pyritään tukemaan kaikin tavoin. Ikäihmiset myös kokevat kotona pärjäämisensä monin eri tavoin, huolimatta mitattusta toimintakyvystä tai fyysisistä sairauksista. (Pohjolainen 2009: 17–25.) Erityisesti muistisairaana ikäihmisen toimintakyvyn mittaaminen pitäisi olla laaja-alaista, elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti kartoittava tilanne, jossa huomioidaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen näkökulman lisäksi elämänhistoria, kokemukset sekä ympäristön merkitys (Virkola 2009: 74–85). Usein tutkimuksen kohteena onkin mahdollinen toimintakyky eikä todellisuudessa käytössä oleva toimintakyky. Iäkäs nähdään enemmän

toimintakyvyn kantajana kuin sen käyttäjänä. Todellisuudessa toimintakyvyn kannalta suurempi arvo on sillä, miten iäkäs itse kokee toimintakykynsä ja miten se näyttäytyy hänen toiminnassaan, arjessa kohtaamisissaan tilanteissa. (Jyrkämä 2007: 199–201.)

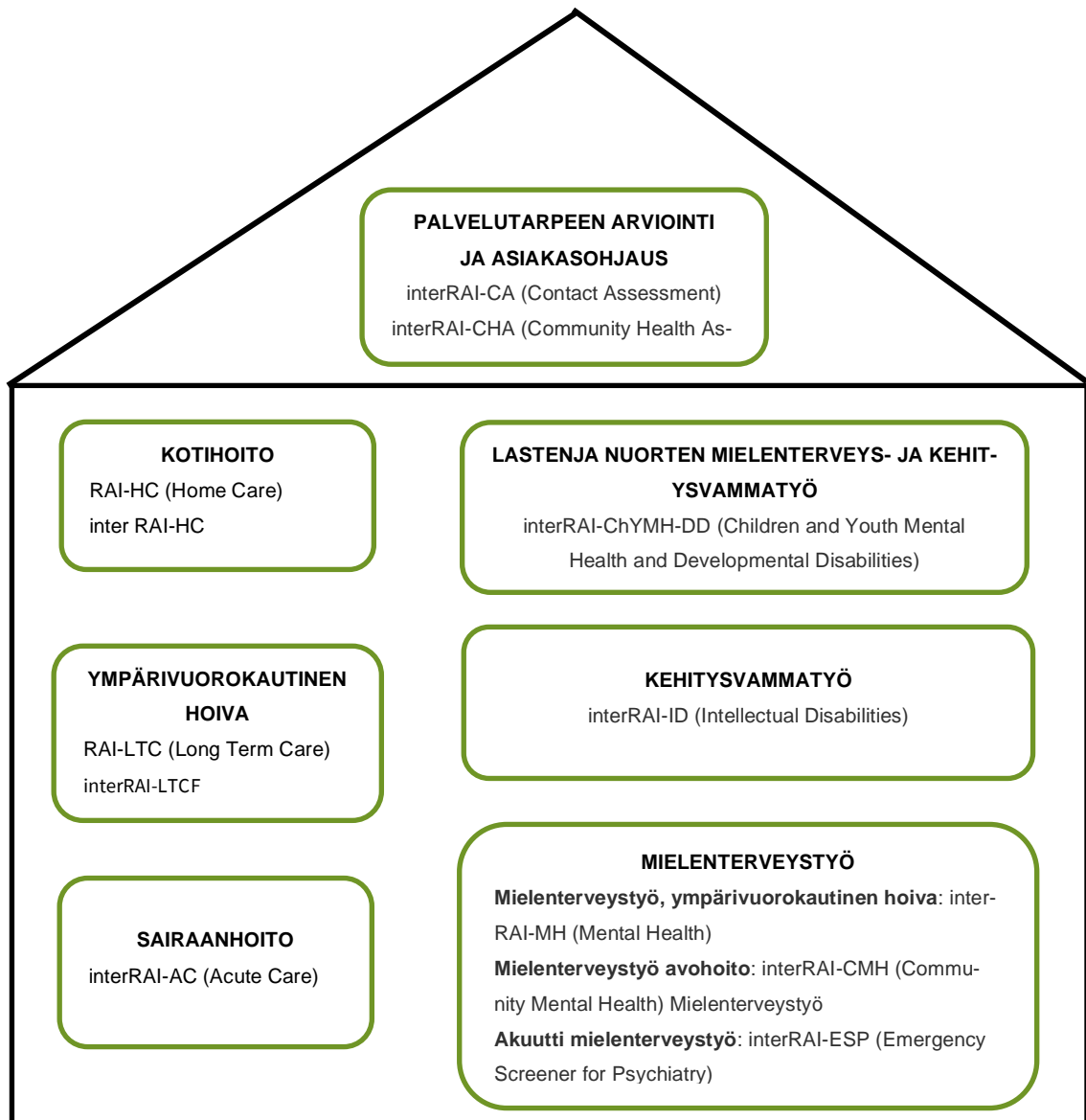
Tutkimukset (Nuutinen ym. 2017; Sinn ym. 2018) osoittavat, että RAI HC mittareista Maple mittari ennustaa kohonnutta riskiä kotona asumiselle (Nuutinen ym. 2017; Sinn ym. 2018). Lisäksi toimintakyvyn heikkeneminen (RAI IADL), kognitiivisen kyvyn heikentyminen (RAI CPS), muistihäiriöt (diagnoosit G30-G32 ja F00-F03) ja terveys- ja sairaalapalvelujen käyttö olivat tärkeimmät muuttujat ennustettaessa ympärivuorokautiseen asumispalveluun siirtymistä (Nuutinen ym. 2017).

Voutilainen ja Vaarama (2005) ovat vuonna 2005 tehneet tutkimuksen toimintakykymitarien käytöstä kunnissa arvioitaessa ikääntyneiden palveluntarvetta. Tutkimuksen tulosten mukaan tuolloin ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin pääsääntöisesti RAVA –indeksiä. Muita mittareita fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin vain vähän. Kognitiivista toimintakykyä mitattiin useammalla mittarilla kuin mitään muuta osa-aluetta. Kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin Mini-Mental State Examination (MMSE)-mittaria, CERAD-tehtäväsarjaa ja RAVA –indeksiä. Psykkisen tilan sekä ympäristötekijöiden, kuten asunnon esteettömyyden, mittaaminen oli vähäistä. Tutkimuksessa todettiin, ettei Suomessa tuolloin ollut yleisesti käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria, jolla ikäihmisen toimintakyky voitaisiin mitata laaja-alaisesti ja jonka pohjalta voitaisiin tehdä päätöksiä palvelujen saantiin liittyen. (Voutilainen & Vaarama 2005: 26.)

2.3.1 RAI-järjestelmä

RAI-kansainvälinen arviointijärjestelmä on alkujaan luotu Yhdysvalloissa 1980-luvun puolivälissä pitkäaikaishoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmää varten (Havulinna 2019). Suomeen RAI-arviointijärjestelmä saapui 2000-luvun alussa (Heikkilä & Mäkelä 2015b). Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää RAI-välineiden suomalaisia versioita sekä pitää huolta siitä, että niitä käytetään inter-RAI:n lisenssisopimusehtojen mukaisesti. Suomessa RAI-välineitä käytetään eniten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan piirissä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. Se on tarkoitettu vanhus- ja vammaispalvelun asiakkaan palveluntarpeen arviointiin ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen tai sen apuvälineeksi. RAI on lyhenne sanoista *Resident Assessment Instrument*. RAI-järjestelmä pitää sisällään eri kohderyhmille ja eri käyttötarkoituksiin luotuja asiakkaan arviointivälineitä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)



Kuvio 1. Suomessa käytössä olevat RAI-välineet (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos)

RAI-HC (*Home Care*) on kotihoidon asiakkaiden arviointiväline. RAI-HC arvioinnilla saadaan tietoa mm. asiakkaan kognitiosta, arkisuoriutumisesta, kivusta, masennuksesta, kuntoutumismahdollisuudesta sekä terveyden vakaudesta. RAI-HC arviointi väline muodostaa automaattisesti, valmiin arvioinnin perusteella, mittareita sekä herätteitä. Mittarit kuvaavat laajasti, laajemmin kuin vain yksittäisistä kysymyksistä saatava tieto, asiakkaan tarpeita ja toimintakyvyn osa-alueita, psyykkisistä oireita, sosiaalista osallisuutta, kuntoutumisen voimavaroja sekä lähipiiriltä saatavaa tukea. Mittarit myös yhdistävät tietoa arvioinnin eri osa-alueilta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ikääntyminen.)

CAPsit (*Client Assessment Protocols*) ovat ns. "herätteitä", joilla saadaan tietoa arvioitavan henkilön voimavaroista ja riskitekijöistä. Nämä herätteet ovat erittäin herkkiä ja saattavat tunnistaa myös sellaisia henkilöitä, joilla ei ongelmaa todellisuudessa ole. (CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja.) Asiakkaalla voi aktivoitua monta herätettä samasta arvioinnista (Finne-Soveri 2015a). Herätteet ovat suunniteltu tarjoamaan ehdotuksia tai vinkkejä siitä, mihin huomio kannattaa kiinnittää, eikä aktivoituttuaan niinkään totuutta tarjoaviksi esiintymiksi (Fries & Morris & Bernabei & Finne-Soveri & Hirdes 2007). Siksi on erittäin tärkeää oppia katsomaan herätteen "taakse" ja tulkita herätettä oikein. Yksi heräte voi olla ns. "avain CAP", jonka hoitaminen ratkaisee myös muita herätteitä (Finne-Soveri 2015a). RAI-käsikirja tarjoaa lukijalleen jokaisen herätteen, CAPsin, tavoitteen, tunnistimet, taustan ja ohjeistuksen. Näiden avulla herätteen aktivoitumisen havainnut hoitaja voi selvittää mm. ongelman laajuutta, -luonnetta ja -syytä, suunnitella hoitotoimia ja lukea ohjeistusta, jonka avulla voi tarkastella aktivoituneen herätteen merkitys asiakkaan kohdalla. (Heikkilä ym. 2015a: 52.) CAPsien tarkoitus on ohjata hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa (CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytän sanaa heräte puhuttaessa yleensä heräteistä ja sanaa CAP 4-heräte, kun puhutaan herätteestä nimeltään laitoshoidon joutumisen uhka.

RAI HC sisältää yhteensä 30 herätettä (CAPs), jotka voivat aktivoitua asiakkaalla.

Taulukko 1. Lähde: CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja

<p>Toimintakyky:</p> <p>CAP 1 Päivittäiset toiminnot (ADL) / kuntoutusmahdollisuus</p> <p>CAP 2 Asioiden hoitamiseen liittyvät /instrumentaaliset, IADL) päivittäiset toiminnot</p> <p>CAP 3 terveyden edistäminen</p> <p>CAP 4 Laitoshoitoon joutumisen uhka</p>
<p>Aistit:</p> <p>CAP 5 kommunikaatiovaikeudet</p> <p>CAP 6 Näkökyky</p>
<p>Mielenterveys:</p> <p>CAP 7 Alkoholiriippuvuus ja vaarallinen alkoholin käyttö</p> <p>CAP 8 Kognitiivinen kyky</p> <p>CAP 9 Käyttäytyminen</p> <p>CAP 10 Masennus ja ahdistuneisuus</p> <p>CAP 11 Vanhuksen kaltoinkohtelu</p> <p>CAP 12 Sosiaalinen toiminta</p>
<p>Terveystila:</p> <p>CAP 13 Sydän ja hengitys</p> <p>CAP 14 Kuivuminen</p> <p>CAP 15 Kaatuminen</p> <p>CAP 16 Ravitsemus</p> <p>CAP 17 Suun terveys</p> <p>CAP 18 Kipu</p> <p>CAP 19 Painehaavat</p> <p>CAP 20 Ihon ja jalkojen kunto</p>
<p>Palvelut:</p> <p>CAP 21 Hoitoon sitoutuminen</p> <p>CAP 22 Heikko tukijärjestelmä</p> <p>CAP23 Lääkehoito</p> <p>CAP 24 Palliatiivinen hoito</p> <p>CAP 25 Ennaltaehkäisevät toimet: rokotukset ja seulonta</p> <p>CAP 26 Psykelääkkeet</p> <p>CAP 27 Virallisten palvelujen supistaminen</p> <p>CAP 28 Ympäristön arviointi</p>
<p>Pidätyskyky:</p> <p>CAP 29 Suolen toiminta</p> <p>CAP30 Virtsan pidätyskyvyttömyys ja katetrit</p>

Aktiivisten herätteiden eliminoinnilla pyritään hoidon parempaan laatuun sekä asiakkaan parempaan elämänlaatuun (Finne-Soveri 2015a).

CAP 4-herätteen tavoite on tunnistaa henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut ja joilla on suuri uhka joutua ympärivuorokautisen hoivan piiriin lähikuukausien aikana. Lisäksi se ehdottaa tukitoimia, joilla näitä henkilöitä voidaan auttaa selviytymään edelleen kotona. Tunnistimia ovat ne muuttajat, joiden vuoksi heräte joko aktivoituu tai ei aktivoidu. CAP 4-herätteessä muuttajat ovat: aikaisempi pitkäaikaishoito, ulkoilu, virtsanpidätyskyky, neurologinen diagnoosi, toimintakyvyn huononeminen viimeisen 90 vrk:n aikana, ADL vajeet, muutos henkisissä toiminnoissa ja ruoan valmistamiseen ja kaupassakäynnin puute. CAP 4-herätteen aktivoitumisen ohjeeksi, käsikirja ehdottaa paneutumaan perheen rooliin ja tarkastelemaan hoitoon osallistuvan jaksamisen tukemista sekä tarkastelemaan eri asumisvaihtoehtoja kuten ryhmäasuminen. (CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja.)

Vanhuspalvelulain muutokset tulivat voimaan 1.10.2020. Laki (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012) säätää RAI-välineistön käytöstä iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa. Muutos tulee voimaan asteittain ja RAI-järjestelmän käyttö on aloitettava viimeistään 1.4.2023. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2020.)

2.4 Aiempia tutkimuksia RAI-arviointimittarin käytöstä kotihoidossa

Etsin aiemmista tutkimuksista ensisiassa tietoa RAI-arvioinnin mittaritulosten ja herätteiden ymmärtämisestä ja hyödyntämisestä hoitotyöhön sekä RAI-osaamisen kehittämiskokemuksista yhteiskehittämisen menetelmin. Opinnäytetöissä on tarkasteltu melko paljon henkilökunnan kokemuksia RAI-arviointimittarista. Läheisesti aiheeseen liittyvistä aiheista, kuten arviointilomake, hoitosuunnitelma, perehdytys ja esimiestyö RAI-osaamisen näkökulmasta, oli käsitelty paljon samoissa opinnäytetöissä ja tutkimuksissa. Pelkästään herätteiden tai yhden herätteen käyttöön liittyvää aiempaa tutkimusta ei ollut käytettävissä.

Tilander (2020) oli YAMK opinnäytetyössään tutkinut millaiseksi kotihoidon hoitajat kokevat oman RAI-osaamisensa, millaista koulutusta he kokevat tarvitsevänsä sekä, miten hoitajien osaaminen lisääntyy työpajatyöskentelyn myötä. Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö ja kehittämisen välineenä oli työpaja. Hän oli havainnut, että yli puolet hoitajista koki osaavansa tehdä RAI-arvioinnin oikein, mutta vain kolmasosa kertoi hyödyntävänsä mittareita ja herätteitä hoitosuunnitelman teossa. Herätteen aktivoituttua alkukyselyssä kolmasosa vastaajista etsi tietoa RAI-käsikirjasta ja reilu neljäsosa kysyi kollegalta tai RAI-osaajalta. Työpajan jälkeen, kaikki olivat etsineet tietoa RAI-käsikirjasta CAPsien tulkintaan. Työpajassa hoitajat olivat kiinnittäneet huomiota arviointilomakkeeseen vastaamisen suhdetta herätteiden aktivoitumiseen ja olivat löytäneet väärin vastattuja kohtia. Perehdytystä saaneista hoitajista jopa lähes 70 % hyödynsi arvioinnin tuloksia. Koulutusta ja perehdytystä kaivattiin kokonaisvaltaisesti siitä, miten tuloksia tulkitaan, mitä CAPsit tarkoittavat, mitä johtopäätöksiä tulisi tehdä ja miten tuloksia voi hyödyntää hoitosuunnitelman teossa. Koulutusta oli toivottu pienryhmissä. Loppukyselyn mukaan RAI-työpaja oli koettu hyödylliseksi ja osaamista lisääväksi. Työpajatyöskentelyyn oli jatkoon toivottu käsittelyä esimerkkiasiakkaan kautta. (Tilander 2020: 23–44.)

Haavisto (2019) oli kuvannut YAMK opinnäytetyössään kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoitotyössä. Hänen kyselytutkimuksensa mukaan yli puolet oli sitä mieltä, että RAI:n käyttö on yksinkertaista ja toisaalta toinen puoli koki, että RAI:n tekeminen on jopa rasittavaa. 43 % oli ilmoittanut osaavansa hyödyntää hoitosuunnitelman teossa RAI-mittareita, mutta toisaalta viidesosa oli ollut täysin erimieltä. 35 % oli arvellut osaavansa hyödyntää herätteitä, mutta toisaalta taas viidesosa oli ollut täysin eri mieltä. Yli kolmasosa hyödynsi herätteitä hoidon suunnittelussa. Suurin osa oli myös ollut sitä mieltä, että osaavat hyödyntää RAI-käsikirjoja. Vastaajat olivat ilmoittaneet hyödyntävänsä RAI:ta asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioinnin, toimintakyvyn arvioinnin, tarpeiden ja voimavarojen löytämisen, hoidon suunnittelun, toimintakyvyn seuraamisen, jatkohoidon suunnittelun, kirjaamisen lisäksi myös päätöksentekoon, kehittämiseen ja johtamisen välineenä kuten resurssien kohdentamisena, kehitysideoiden esille tuomisena tai potilasaineksen havainnollistamisessa ylemmälle taholle. Vain muutama vastaaja oli maininnut mittarit tai herätteet sekä muutama oli kertonut käyttävänsä näitä työkaluna hoitoneuvotteluissa tai muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Lähes puolet osasi hyödyntää RAI-mittareita ja melko suuri osa ei hyödyntänyt RAI:ta ollenkaan tai hyödynsi liian vähän. Hänenkin kyselynsä

mukaan RAI:n käyttöön toivotaan koulutusta. Hän olikin tullut siihen tulokseen, että hyöty ymmärretään, mutta ei osata vielä käyttää. (Haavisto 2019: 3–44.)

Korhonen (2013) oli pitkäaikasihoivan puolella tutkinut opinnäytetyössään pitkäaikaishoivayksikön puolella henkilökunnan RAI-osaamista. Hän oli havainnut, että kehittäminen oli koettu tarpeelliseksi ja siitä koettiin saatavan hyötyä asiakkaan arviointiin. Mittarien tarjoamia lukuja on vähitellen alettu käyttämään hoitosuunnitelman teossa. RAI-osaaminen oli lisääntynyt kehittämistyön aikana. Työntekijöiden innostuneisuus ja sitoutuminen oli johdattanut kehittämistyötä eteenpäin. Korhonen kuvaa opinnäytetyössään miten RAI-mittarit vastaavat paremmin todellista toimintakykyä kuin ennen kehittämistä. (Korhonen 2013: 45.)

Leinosen (2013) ja Hakalan (2010) opinnäytetyöt ovat toteutettu psykiatrisen hoivan puolella. RAI-arviointiväline on kuitenkin käytössä myös siellä, ja mielestäni näiden tulosten huomioiminen on oleellista.

Leinosen (2013) tutkimuksessa 36 % vastaajista oli hyödyntänyt mittaritietoa ja arviointien vertailutoimintoa avohoidon suunnittelussa. 67 % kirjasi arvioinnista esiin nousseita asioita hoitosuunnitelmaan ja hyödynsi potilaan hoidon suunnittelussa ja hoitopäätöksissä. 55 % hyödynsi RAI-käsikirjaa vastaamisen aikana. Oli koettu, että RAI-arviointia voi käyttää työvälineenä hoitoneuvottelussa ja se helpottaa siinä. Lääkäri hyödynsi RAI-arvioinnista saatavaa tietoa potilaan hoidossa vain vähän. Tietoa haluttiin hyödynnettävän lääkärin vastaanotolla ja hoitoneuvotteluissa huomattavasti enemmän ja hoitajat kokivat, että RAI-arviosta saatavalla tiedolla ei ole sitä merkitystä, mikä sille kuuluisi elleivät lääkärit ole mukana hyödyntämässä tietoa. Esimiehen rooli koettiin tärkeäksi RAI-mittarien hyödyntämisessä ja tulkitsemisessä. Henkilökunta piti RAI-peruskoulutuksen lisäksi tärkeänä RAI hyödynnettävyyttä hoitosuunnitelmien tekoon. Lisäksi oli toivottu lääkäreiden osallistumista koulutuksiin. (Leinonen 2013: 44–58.)

Hakalan (2010) kehittämistutkimuksessa tarkasteltiin henkilökunnan mielipiteitä RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa. Hänen tutkimuksessaan oli alku- ja loppukysely. Alkukyselyssä RAI koettiin positiivisena asiana ja loppukyselyssä selvisi, että henkilökunta kokee RAI:n hyödyttävän hoidon suunnittelussa. Mittareiden ja herätteiden avulla potilaan ongelmien ja tavoitteiden määrittämien oli selkiytynyt. Henkilökunta piti kehittämisen kanalta tärkeinä koulutuksia, joilla tuetaan RAI-järjestelmän käyttöä hoitotyön suunnittelussa. Kehittämiskohteiksi

nousivat RAI-järjestelmän, tulosten ja hoitohenkilökunnan RAI-osaamisen kehittäminen. (Hakala 2010: 32–33.)

Sernola (2014) tutki YAMK opinnäytetyössään RAI-järjestelmän hyödyntämistä lähihoitajien työkaluna kotihoidossa. Hänen tutkimuksensa mukaan toiset esimiehet tarkkailivat yksittäisiä toimintakykymittareita ja nostivat sieltä kehittämistavoitteita ja joku taas nosti mittarituloksia asiakastasolla ja antoi neuvoja henkilökunnalle. Esimiesten huoleksi nousi, etteivät vastuuhoidajat huomioi asiakkaan kuntoutumismahdollisuutta riittävästi sekä henkilökunnan asenne RAI-arviointien tekemiseen. (Sernola 2014: 46.)

Niemelä ym. (2018). tutkivat osana laajempaa hanketta (Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun kehittämisen – hanke) RAIHYJ (RAI-järjestelmän hyödyntäminen johtamisessa) käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta. Kolmen eri kaupungin lähihoitajat, 131 lähihoitajaa, oli vastannut kyselyyn. Eniten kehitettävää lähihoitajat olivat arvioineet olevan hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä. Suurimmat puutteet hoidonsuunniteluosaamisessa olivat RAI-mittarien tulkitsemisessä ja RAI-mittarien sanallisessa kuvaamisessa ”auki kirjoituksessa”. Tutkimuksessa esille nousi myös lähihoitajien oma kehittämistarve. (Niemelä ym. 2018: 55–62.)

Yhteenvedona aiemmista tutkimuksista, karkeasti kolmasosa tai enimmillään puolet henkilökunnasta kokee ymmärtävänsä RAI-arvioinnilla asiakkaasta saatujen mittarien ja / tai herätteiden tuloksia (Tilander 2020: 23, Haavisto 2019:35, Niemelä ym. 2018: 62). Heräte -osaamista oli kartoitettu muutamissa tutkimuksissa. Niissä tutkimuksissa, joissa oli ollut perehdytyksen jälkeen seurantatutkimus, oli osaaminen herätteistä lisääntynyt ja herätteiden avulla asiakkaan ongelmien ja hoidon tavoitteiden tarkastelu kehittynyt (Tilander 2020: 26, Haavisto 2019: 36–44), Hakala 2010: 32). Muutamassa tutkimuksessa oli tarkasteltu tiedon etsimistä. RAI-käsikirjan käyttö vaihteli vastaajien mukaan vähimmillään kolmasosasta jopa niin, että suurin osa oli ilmoittanut käyttävänsä RAI-käsikirjaa (Haavisto 2019: 35, Leinonen 2013 :44, Tilander 2020: 29–34). Tutkimukset, joissa esihenkilöt olivat mukana, esiintyi vastauksissa esihenkilön rooli RAI-osaamisen kehittämisessä kehitymisessä sekä esihenkilön oma osaamisen kehittyminen (Leinonen 2013: 55–58, Sernola 2014: 46). Kaikissa tarkastelemissani tutkimuksissa hoitohenkilökunta (sekä esimiehet) nimesi hoitosuunnitelman kohteeksi, jossa RAI-arvioinnista saatavia tuloksia tulisi käyttää (Haavisto 2019: 36, Leinonen 2013: 44–47, Korhonen 2013: 45, Hakala 2010: 32). Tutkimuksissa oli löydetty useita

eri kohteita, joissa RAI-arvioinnista saatavaa tietoa voi hyödyntää ja joka helpottaa työtä. (Leinonen 2013: 48, 55, Haavisto 2019: 38–44). Perehdytys nousi kaikista tutkimuksista asiaksi, jota toivottiin ja josta koettiin myös saatavan hyötyä (Tilander 2020: 23,26,31,43,44, Haavisto 2019: 40, Korhonen 2013: 45, Leinonen 2013: 57–58, Hakala 2010: 32, Niemelä ym. 2018: 61).

2.5 RAI-aloittelijasta RAI-osaajaksi

Oppiminen on prosessi, joka sisältää erilaisia vaiheita ja on eriaikainen eri yksilöillä. Työssä oppimisessa olennaista on työhön ja oppimiseen kohdistuva reflektointi. (Poikela 2005: 13–14.) Sosiaaliset, kognitiiviset ja toiminnalliset prosessit seuraavat, vaikuttavat ja muokkaavat toisiaan oppimisen prosesseissa (Järvinen & Poikela 2000). Poikelan (2005) mallin mukaan yksilö, ryhmä ja koko organisaatio ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa, kun puhutaan oppimisesta ja osaamisen tuottamisesta (Poikela 2005: 34).

KONTEKSTI	OPPIMISEN PROSESSIT	REFLEKTIO / TIETO
Yksilön työ		Palaute
Yhteinen työ		Arviointi
Organisaation työ		Evaluointi
Työelämä Yhteiskunta	OPPIMISEN VERKOSTOT	Tutkimus / tieto

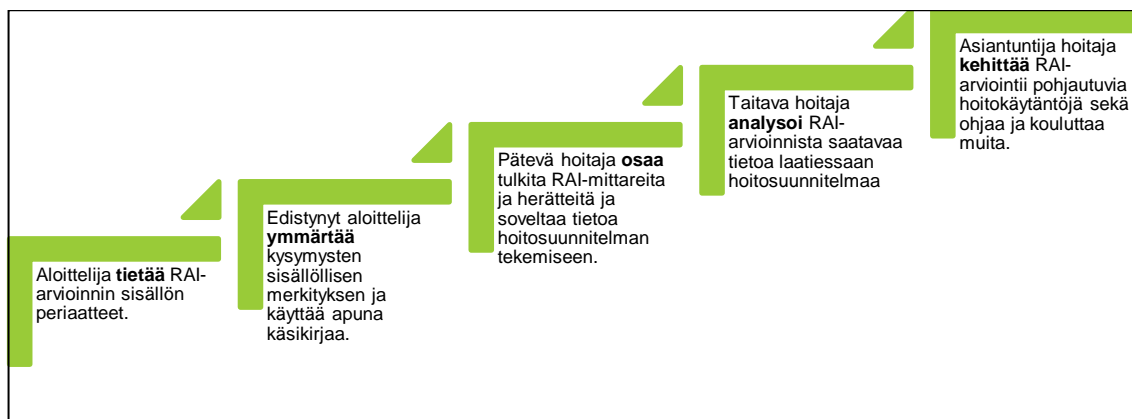
Kk=konkreettinen kokemus
Rh=reflektiivinen havainnointi
Ak=abstraktikäsisteellistäminen
As=aktiivinen soveltaminen

Kv= kokemusten vaihto
Kr=kollektiivinen reflektointi
Kt=käsitteellinen tiedon käyttö
To=tekemällä oppiminen

Im=Intuition muodostus
It= Intuitio tulkinta
Tt=tulkintatiedon integrointi
Ti= Tiedon institutiointi

Kuvio 2. Työssäoppimisen prosessimalli (mukaillen Poikela 2005: 34).

RAI-arviointimittari on asiakkaasta paljon tietoa antava työväline, mutta kuten muidenkin työvälineiden, myös sen käyttö tulee oppia. Heikkilä ym. (2015a) vertaavat työntekijän RAI-osaamisen lisääntymistä Bennerin 1960-luvulla kehittämään ammatillista kasvua kuvaavaan malliin, jossa aloittelijasta kehittyi asiantuntija. Kehittymisprosessi edellyttää pitkäjänteistä ja tavoitteellista toimintaa. (Heikkilä ym. 2015a: 46.)



Kuvio 3. RAI-osaamisen lisääntyminen ja ammattilaisen kasvu RAI-asiantuntijaksi. (Heikkilä ym. 2015a:46 mukaillen)

Aloittelijalle RAI-arviointiväline on uusi. Aloittelija tutustuu välineeseen, sen käyttömahdollisuuksiin sekä arvioinnin tekniseen suorittamiseen. Aloittelija tietää RAI-arvioinnin sisällön ja periaatteet. Edistynyt aloittelija kykenee toteuttamaan RAI-arvioinnin asiakkaalle, yhdessä kokeneen RAI-arvioijan opastuksessa. Edistynyt aloittelija ymmärtää jo kysymysten sisällön merkityksen ja osaa käyttää apuna käsikirjaa. Pätevä hoitaja pystyy vastaamaan RAI-arvioinnin toteutuksesta moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Pätevä hoitaja osaa tulkita mittareita ja CAPsejä sekä soveltaa tietoja hoitosuunnitelman laatimisessa. Taitava hoitaja näkee RAI:n tarjoamat mahdollisuudet osana asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hän osaa asettaa asiat tärkeysjärjestykseen ja reagoi asiakkaan muuttuviin tilanteisiin. Hän analysoi arvioinnilla saamaansa tietoa. Asiantuntija hoitaja on kokenut RAI-arviointitiedon hyödyntäjä asiakkaan palvelujen ja hoidon suunnittelussa. Asiantuntija hoitaja kehittää työyksikössään RAI-käytäntöjä sekä kouluttaa ja ohjaa muuta henkilöstöä RAI-mittarin käytössä ja tiedon hyödyntämisessä. (Heikkilä ym. 2015a: 46.) Hoitajan työkokemuksella ja ammatillisella kasvulla on vaikutusta jokaiseen kehitysvaiheeseen (Heikkilä ym. 2015a: 46).

3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on selvittää, millainen osaamisen kokemus Järvenpään kotihoidon henkilökunnalla on RAI-mittarin herätteistä ja erityisesti CAP 4-herätteestä. Halutaan myös tietää, miten tietoa hyödynnetään, kun on tarkoitus edistää kotihoidon asiakkaiden kotona pärjäämistä ja ehkäistä ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitteena on lisätä henkilökunnan tietoisuutta CAP 4-herätteestä ja sen tulkinnasta ja yhteiskehittelymenetelmin suunnitella heidän kanssaan toimintatapoja, jolla herätteen antaman tiedon hyödyntämistä voidaan tehostaa.

Kiteytettynä tutkimusongelma on siis se, että RAI-HC mittarin CAP 4-heräte voisi antaa paljon hyödyllistä tietoa ja mahdollisuuksia ennakoida kotona pärjäämättömyyden uhkaa. Kuitenkaan ei ole selvillä, osaavatko hoitajat hyödyntää herätteen tarjoamaa tietoa ja käytetäänkö tietoa hoidon suunnittelussa.

Aiempien tutkimusten (Tilander 2020; Haavisto 2019; Korhonen 2013; Leinonen 2013; Hakala 2010 ja Sernola 2014) mukaan henkilökunta koki puutteita RAI-osaamisessaan. Tutkimuksen mukaan, myös lähijohtajat arvioivat hoitajien RAI-osaamisessa olevan parannettavaa. Ylipäänsä kotihoidon RAI-tietojen hyödyntämisen arveltiin lähijohtajien toimesta olevan parempaa ympärivuorokautisessa hoidossa kuin kotihoidossa. Hoidon suunnitteluosaamisen puolelta RAI-mittarien tulkitsemisessa ja sanallisessa kuvaamisessa oli eniten haastetta. (Niemelä ym.2018.)

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuskysymykset hioutuivat, näiden aiempien tutkimusten ja raporttien pohjalta. Lopulliset tutkimuskysymykset asetin kolmeen kategoriaan oman opinnäytetyöni aiheen, tutkimuskysymysten sekä aiempien tutkimustulosten ohjaamana. Pääteemoiksi muodostuivat työntekijän oma kokemus osaamisestaan, työntekijän tämän hetken tietämys herätteistä ja tiedon etsiminen sekä tiedon hyödyntäminen omassa työtehtävässä. Lisäksi alkukyselyssä kartoitin perehdytystoiveita yhteiskehittelyn työpajan suunnittelua varten ja seurantakyselyssä vastaavasti kyselin työpajaan osallistumisen kokemusta. Alkukyselyn lomakkeen kysymykset oli aseteltu niin, että yhteiskehittämisen työpajan jälkeen seurantakysely voitiin toteuttaa

samoilla kysymyksillä, paitsi perehdytystä koskevat kysymykset korvattiin kysymyksillä liittyen työpajaan osallistumisesta.

Lisäksi tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä otettiin tarkoituksella sekä herätteet yleensä, että CAP 4-heräte huomion kohteeksi, sillä kaikki herätteet toimivat periaatteessa samalla tavalla. Ymmärtämällä yhden herätteen aktivoitumisen taustatekijät eli muuttujat, osaamalla etsiä ne asiakkaan arvioinnin tuloksista, voi työntekijä soveltaa tietoa kaikkiin muihinkin herätteisiin. Myös CAPs käsikirja painottaa tutustumaan ensin muutamaa herätteeseen ja soveltamalla tietoa asiakkaaseen (CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja).

Tutkimuskysymykset:

- Millainen osaamisen kokemus henkilökunnalla on RAI-mittarin herätteistä?
- Millaista tietoa henkilökunnalla on herätteistä ja CAP 4-herätteestä?
- Millä tavoilla RAI-HC arviointimittarin herätteitä ja CAP 4-herätettä hyödynnetään tällä hetkellä?

Kysymyskategorian ensimmäisen osan pääteema oli tarkastella työntekijän osaamista herätteestä hänen oman kokemuksensa näkökulmasta. Tarkoituksena oli, että seurantakyselyssä osaamiskokemuksen karttumista voi tarkastella. Osaamisen karttumisen kokemusta oli seurattu myös aiemmissa tutkimuksissa kuten Tilander (2020) ja Hakala (2010).

Seuraavassa kategoriassa etsittiin tietoa, työntekijän tämän hetken osaamisesta herätteisiin ja tiedon etsimiseen. Näiden tietojen avulla oli tarkoitus luoda myös esitietopohjaa osaamisen lisääntymisen arvioinnille. Näistä lähtötilannetta kartoitin herätetiedon ja CAP 4-herätteen tiedon osalta sekä tiedon etsimiseen liittyvällä kysymyksellä. Tilander (2020), Leinonen (2013) ja Haavisto (2019) olivat kartoittaneet näitä aiheita tutkimuksissaan.

Osassa kolme keskitytään tiedon hyödyntämiseen kuten Haavisto (2019), Leinonen (2013), Korhonen (2013), Hakala (2010) sekä omaan rooliin tiedonkäsittelyssä kuten

Haavisto (2019), Leinonen (2013) sekä Sernola (2014). Tällä etsin tietoa herätteiden tuottaman tiedon käsittelystä ja ymmärryksestä suhteessa omaan työtehtävään. Koska tutkittavina opinnäytetyössäni, olivat myös esihenkilöt, kiinnosti myös heidän roolinsa tiedonkäsittelyssä kuten Leinosen (2013) ja Sernolan (2014) tutkimuksissa.

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteutus

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Tämä tutkimuksellisen kehittämistyö noudattaa kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen periaatteita.

Pelkästä perinteisestä, laadullisesta tutkimuksesta, poiketen kehittämistutkimus ei tyydy pelkästään selittämään ja kuvailemaan asiaa tai ilmiötä, vaan kehittämistutkimuksella tavoitellaan muutosta entiseen. Muutosprosessi on mahdollista toteuttaa vastavassa yhteydessä, mutta ei pelkkää tulosta, sillä tuloksen edellytys on muutosprosessi. Erona toimintatutkimukseen on se, että tutkija ei itse ole mukana kehittämiskohteen toiminnassa. Kehittämistutkimuksella on tarkoitus poistaa jokin ongelma tai kehittää jokin asia paremmaksi. Jotta kehittämistutkimus ei olisi pelkkä kehittämistyö tulee sen täyttää tutkimuksen kriteerit. (Kananen 2012: 41–44.)

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän Järvenpään kotihoidossa ja se koostui kolmesta osasta; alkukysely, työpajatyöskentely ja seurantakysely.

4.2 Toimintaympäristön kuvaus

Järvenpään kotihoito on osa Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymän tuottamaa ikäihmisten palvelua. Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymä on vastannut alueen kuuden kaupungin tai kunnan palvelujen tuottamisesta 1.1.2019 alkaen (Keusote 2021a). Kotihoitoa myönnetään pääsääntöisesti ikääntyneille henkilöille, joilla on säännöllinen avun tarve (Keusote 2021b). Järvenpään kotihoidossa on tutkimushetkellä asiakkaita yli 300.

Heidän hoidostaan vastaa kahden esihenkilön johtamana kuusi tiimiä, joissa työskentelee 53 lähihoitajaa, 11 sairaanhoitajaa ja kaksi esihenkilöä.

Järvenpään kotihoidossa RAI-mittari on otettu ensin käyttöön pitkäaikaishoidon puolelle ja sen jälkeen kotihoidossa. Haastattelutiedon perusteella vuosi oli 2006. Applen tabletikoneet tulivat käyttöön vuoden 2017 lopussa. (Laine 2021.) Tablettikoneet mahdollistavat RAI-arvioinnin täyttämisen yhdessä asiakkaan, tai asiakkaan ja omaisen kanssa, jolloin arviointi muuttuu enemmän moniasiantuntijaisemmaksi. Pitkään RAI-arviointeja täytettiin asiakkaille puolivuositain lähinnä velvollisuudesta, eivätkä hoitajat käyttäneet arvioinnin tuloksia asiakkaan hoito- tai palvelusuunnitelman tukena. RAI-kehitysryhmän (RAI-Kehry) toiminta alkoi vuonna 2016. RAI-Kehryn tarkoitus oli jakaa osaamista, luoda innostusta mittarin käyttöön sekä asettaa tavoitteita RAI-mittarin käyttöön. (Laine 2021.)

Tällä hetkellä Keski- Uudenmaan sote kuntayhtymän Järvenpään kotihoidon jokaisessa tiimissä on sairaanhoitaja ja lähihoitajapari, RAI-osaajaparina. Yhteensä RAI-osaajia on 12 kpl. RAI-osaaja on asiasta kiinnostunut henkilö, jonka tehtävä on tukea, kehittää ja vahvistaa RAI-osaamista tiimissä. Lisäksi tavoitteena on, että jokaisella vakituisella työntekijällä tai pitkäaikaisella sijaisella on ns. RAI-perehtymiskortti suoritettuna. Tämä edellyttää Terveyden ja hyvinvointilaitoksen sivuilla itsenäisesti suoritettavan verkkokurssin kahden osan; välineistö ja arviointi suorittamista, sekä oman tiimin RAI-vastuutyöntekijän kanssa yhdessä arvioinnin tekemistä asiakkaalle. Ohjelman käytössä työntekijöitä tukee lisäksi RAI HELP. RAI HELP on viikoittain etäyhteydellä tapahtuva koontuminen, jossa on mahdollista kysyä RAI-pääkäyttäjiltä tukea RAI:n käyttöön ja asiantuntijavastuksiin.

4.3 Aineiston keruu

4.3.1 Alkukysely

Alkukyselyn tavoitteena oli luoda käsitys tilanteesta ennen interventiota. Alkukyselyllä haluttiin saada selville:

- Millainen osaamisen kokemus henkilökunnalla on RAI-mittarin herätteistä?

- Millaista tietoa henkilökunnalla on herätteistä ja CAP 4-herätteestä?
- Millä tavoilla RAI-HC arviointimittarin herätteitä ja CAP 4-herätettä hyödynnetään tällä hetkellä?
- Minkälaista tukea henkilökunta toivoisi saavansa herätteiden hyödyntämiseksi hoitotyön arjen työssä?

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä aineistonkeruumenetelmäksi alkujaan suunnitellut haastattelut muutettiin sähköisiksi lomakekyselyiksi vallitsevan koronaepidemian vuoksi. Tavoitteena oli kuitenkin edelleen haastatella lisäksi pientä määrää kyselyyn osallistuneita. Tuomi ja Sarajärvi (2018) viittaavat A. Eskolan vuonna 1975 määritelmään kyselystä, jonka mukaan kysely on menetelmä, jossa tietoa antavat täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen, joko valvotuissa tai ei valvotuissa olosuhteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 85.) Lomakekyselyä pidetään usein määrällisen tutkimuksen aineistonkeruuvälineenä, mutta sitä on mahdollista käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018: 87).

Lomakekysely muodostui kolmesta strukturoidusta kysymyksestä sekä kymmenestä avoimesta kysymyksestä. Strukturoitujen kysymysten avulla ilmiötä voidaan ymmärtää ja taustoittaa. Esimerkiksi ikä, sukupuoli tai koulutus voivat olla merkityksellisiä vastaajan suhtautumiseen tutkittavaan asiaan. Avoimet kysymykset alkavat usein sanoilla: miten, millainen jne. ja tuottavat tietoa laajemmin tutkittavasta aiheesta. (Kananen 2012: 75.)

Tämä ensimmäinen lomakekysely, alkukysely, suoritettiin toukokuussa 2021. Lomake oli testattu ennen käyttöönottoa. Testiin osallistui neljä henkilöä, jotka eivät työskennelleet Järvenpään kotihoidossa. Palautteen perusteella lomakkeen rakennetta muokattiin hieman ja kysymyksiä selkeytettiin. (Liite 1)

Alkukyselyyn kutsuttiin vastaamaan Järvenpään kotihoidon henkilökunnasta kaikki ne esihenkilöt, sairaanhoitajat ja lähihoitajat, jotka käyttävät RAI-arviointia nykyisissä työtehtävissään. Aikaa, varsinaiseen kyselylomakkeeseen vastaamiseen, oli suunniteltu kaksi viikkoa, mutta vastausaikaa jatkettiin vielä viikolla vähäisten vastausten vuoksi. Alkujaan suunnitellut tarkentavat haastattelut muutamille vastaajille, lomakekyselyjen

pohjalta, jouduttiin unohtamaan tiukentuneiden koronarajoitusten vuoksi pitkittämättä aikataulua.

4.3.2 Työpajatyöskentely

Alkukyselyn jälkeen, kyselyn tulokset analysoitiin. Alkukyselyssä toivottiin koulutusta. Toiveissa oli vaihtelua toteutustavasta. Toteutustavaksi valittiin työpajatyöskentely, sillä se sopii hyvin yhteiskehittelyn muodoksi. Työpajatyöskentelyllä, tavoiteltiin henkilökunnan osaamisen ja innostumisen lisääntymistä herätteistä sekä oivaltamisen tunnetta. Tavoitteena oli myös suunnitella heidän kanssaan toimintatapoja, jolla herätteen antama tietoa voidaan hyödyntää ja tehostaa.

Kun toiminnan kehittämiseen käytetään yhteiskehittelyn muotoja, henkilöt, joilla on ollut mahdollisuus osallistua suunnittelu- ja kehittämistyöhön, lähtevät helpommin mukaan kehittämistyöhön (Kananen 2012: 62). Yhteiskehittelyssä muutosta haetaan kaikkien toimijoiden kesken tutkimalla ja pohtimalla. Tarkoituksena on löytää ratkaisuja ja oivalluksia käytäntöön. Yhteiskehittelyllä saavutetaan tiedon syvempää tuottamista, kehittämistoiminnan laatua sekä hyvinvoinnin vahvistumista. Perusta yhteiskehittelylle on siinä, että eri toimijoilla on erilaisia näkemyksiä. (Harra & Mäkinen & Sipari 2012.) Kehittämistoiminnan toteutuksen elementtejä ovat ideointi, priorisointi, kokeilu ja mallintaminen. Ideointiin on luvallista palata uudelleen ja sitä voidaan laajentaa kokeilujen kautta. Ensisijainen tavoite on kuitenkin se, miten asetettu tavoite on mahdollista saavuttaa. (Toikko & Rantanen 2009: 59.)

Tutkimukset (Korhonen 2014, Johansson 2019) osoittavat, että jos muutokselle koetaan todellista tarvetta ja ratkaisu- ja kehittämis ehdotuksia voidaan yhdessä keskustelun pohtia, sitouttavat työntekijöitä parhaiten pyrkimään tavoitteen saavuttamiseksi (Korhonen 2014: 72 & Johansson 2019: 48). Henkilöstön mukaan ottaminen kehittämiseen, antaa henkilöstölle kokemuksen siitä, että he ovat työnsä parhaita asiantuntijoita. Palkitsevana koetaan se, että voi antaa osansa kehittämiselle oman tietonsa kautta, eikä niinkään itse kehittämiseen osallistuminen. Ns. alhaalta ylös lähtävä kehittäminen nähdään kehittämisenä, johon lähdetään yksikön omasta aloitteesta tai havainnosta, että jollekin asialle haetaan muutosta. Tämä myös lisää sitoutumista. (Johansson 2019: 48–51.) Positiivinen ja kannustava ilmapiiri on tärkeä elementti yhteiskehittämisessä.

Henkilöstön kokemus mahdollisuudesta oppia uusia asioita ja tarve saada uusia työkaluja omaan työhön on onnistuneen yhteiskehittämisen toivottu tulos. (Aaltonen 2014: 60.)

Työpajoihin kutsuttiin osallistumaan Järvenpään kotihoidon henkilökunnasta kaikki ne esihenkilöt, sairaanhoitajat ja lähihoitajat, jotka käyttävät RAI-arviointia nykyisissä työtehtävissään. Koronarajoitusten vuoksi yhteen työpajaan oli mahdollista ottaa vain viisi osallistujaa. Työpajoista ilmoitin kotihoidon Teams -ilmoitustaululla, yhteissähköpostilla sekä kävin paikan päällä kertomassa työpajoista. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Työpajoihin tuli kokoontumisrajoitusten vuoksi ilmoittautua, kotihoidon ilmoitustaululla olevaan nimilistaan, jotta osallistujamäärä ei ylitä sallittua määrää. Työpajat järjestettiin rauhallisessa kokoushuoneessa, jossa oli mahdollista käyttää isoa tv taulua, fläppitaulua sekä tietokonetta. Työpajaan osallistuvia oli pyydetty mahdollisuuksien mukaan ottamaan kannettava tietokone mukaan. Työpajassa käytettiin RAI-ohjelman koulutuspuolelle, työpajaa varten, luotuja asiakasmalliesimerkkejä. Esimerkkiasiakkailla aktivoitui molemmilla CAP 4-heräte. Toisella asiakkaalla heräte aktivoitui aivovamman vuoksi ja sitä seuranneista toimintakyvyn puutteista ja toisella esimerkkiasiakkaalla muistisairauden ja sitä seuranneiden toimintakyvyn vajauksien vuoksi. Lisäksi työpajaa varten oli luotu omat käyttäjätunnukset, joilla ohjelmaan kirjauduttiin. Työpajan pituudeksi oli asetettu vain tunti kotihoidon haastavan työtilanteen vuoksi. Kotihoidon kiire näkyi myös vaikeutena saada osallistujia työpajoihin. Samansisältöisiä työpajoja järjestettiin kolme kappaletta. Ensimmäiseen työpajaan osallistui kolme työntekijää, toiseen työpajaan osallistui viisi työntekijää ja kolmanteen työpajaan jälleen kolme työntekijää.

Työpajassa käytettiin ns. aivoriihi – tai ideointityöpajametodia sovelletusti. Aivoriihityökentelyyn kuuluu ns. esivaihe, lämmittelyvaihe, ideointivaihe ja valintavaihe. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2018: 160–161.) Työpaja alkoi lyhyellä opinnäytetyön aiheen ja tavoitteen esittelyllä, teoriaosuudella aiheesta sekä työpajan sisällön esittelyllä. Tähän oli varattu aikaa noin 10 minuuttia. Tämän jälkeen tutustuttiin noin 15 minuutin ajan, 1–2 hengen ryhmissä, yhteen aiemmin luoduista malliesimerkeistä. Osallistujille annettiin tehtäväksi avata kyseisen asiakkaan arviointi, silmäillä aktivoituvia mittareita ja CAP-seja, löytää mahdollinen aktivoitunut CAP 4-heräte ja tarkastella ohjelman käsikirjaa apuna käyttäen, mikä aktivoi herätteen. Tätä varten tv taululle oli avattu opastava kuva. Pienestä osallistujamäärästä oli hyötyä, sillä osallistujia pystyi tarvittaessa neuvomaan käsikirjan käytössä. Tässä kohtaa oli käytössä lisäksi kynät ja paperia, johon sai laittaa havaintoja muistiin. Seuraavassa vaiheessa, johon oli varattu noin 10 minuuttia,

annettiin tehtäväksi kirjoittaa liimalapuille asioita, miten työntekijä voisi hyödyntää asiakkaan RAI-arvioinnin CAP 4-herätteen tarjoamia tietoja omissa työtehtävissä. Ohjeeksi annettiin laittaa yksi asia yhdelle liimalapulle ja liimaamaan laput koko ryhmän yhteiselle fläppitaululle. Koko ryhmää pyydettiin yhdessä valitsemaan yksi tärkeä kehittämiskohde liimalappujen aiheista ja suunnittelemaan siihen toteutus. Tähän oli varattu aikaa noin 15 minuuttia. Valitun kehittämiskohteen toteutuksen suunnittelu oli aktiivista ja vastavuoroista kaikkien osallistujien kesken.

Työpajan lopuksi pyydettiin palaute työpajasta kahdella kysymyksellä (Liite 2). Työpajatyöskentelyn materiaali eli fläppitaulun paperit liimalappuineen ja teksteineen säilytettiin ja lisäksi tuotokset dokumentoitiin valokuvoin aineiston analysointia varten. Työpajatyöskentelyn palautteet (11 kpl) tallennettiin sellaisinaan muovitaskussa muun aineiston kanssa.

4.3.3 Seurantakysely

Reilun kolmen kuukauden kuluttua viimeisestä työpajasta järjestettiin seurantakysely (Liite 3). Seurantakyselyllä haluttiin saada jälleen selville:

- Kuinka kehitystyö koettiin?
- Millainen osaamisen kokemus henkilökunnalla on RAI-mittarin herätteistä?
- Millaista tietoa henkilökunnalla on herätteistä ja CAP 4-herätteestä?
- Millä tavoilla RAI-HC arviointimittarin herätteitä ja CAP 4-herätettä hyödynnetään tällä hetkellä?

Seurantakysely julkaistiin syyskuun 2021 alussa. Kyselylomake, E-lomake, oli testattu ennen käyttöönottoa. Testiin osallistui kolme Järvenpään kotihoidon ulkopuolista henkilöä. Lomaketta ei ollut tarvetta muokata. Seurantakyselyyn kutsuttiin vastaamaan Järvenpään kotihoidon henkilökunnasta kaikki ne esihenkilöt, sairaanhoitajat ja lähihoitajat, jotka käyttävät RAI-arviointia nykyisissä työtehtävissään. Tarkoitus oli jälleen pitää kyselyä auki kaksi viikkoa. Tuona aikana kotihoidolla ei ollut yhtään yhteistä kokousta, jolloin olisi ollut mahdollista käydä kertomassa kyselystä. Kuitenkin henkilökuntaa muistutettiin kyselystä sähköpostitse useampaan kertaan. Lisäksi kerran kävin toimistolla kertomassa kyselystä paikalla olijoille. Kotihoidon esimies lupasi muistuttaa

viikoittaisissa tiimipalavereissa henkilökuntaa vastaamisesta. Vastauksia kertyi kahden viikon aikana vain kolme kappaletta, joten vastausaikaa jatkettiin vielä viikolla. Lisäksi vastauslomakkeita päätettiin tulostaa myös paperisina. Tästä huolimatta vastauksia kertyi vain kaksi lisää. Yhteensä vastauksia saatiin siis kasaan vain viisi kappaletta.

Koronatilanne oli helpottanut ja aineistonkeruuta päätettiin tehostaa lomakehaastatteluilla. Lomakehaastattelua voidaan pitää hyvänä vaihtoehtona kyselylomakkeelle, sillä lomakehaastattelulla voidaan saada parempi vastausprosentti kuin kyselylomakkeella (Tuomi & Sarajärvi 2018: 87). Erilaisia menetelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisesti, rinnan tai eri tavoin yhdisteltynä. Tutkimusongelma ja tutkimusresurssit ovat ratkaisevassa asemassa. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 83.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lomakehaastattelu muodostui strukturoiduista kysymyksistä ja sen valmiista vastausvaihtoehdoista sekä avoimista kysymyksistä. Lomakehaastattelua voidaan käyttää parhaiten silloin, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja tavoitteena on saada tietoa vain hyvin rajatulta alueelta ja aiheesta (Vilkkä 2005: 101).

Lomakehaastattelu toteutettiin samojen kysymysten pohjalta kuin lomakekysely. Haastattelusta kerrottiin kotihoidon toimistolla. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja tapahtui toimistolla, erillisessä haastatteluhuoneessa. Haastattelu tallennettiin sekä nauhurille, että litteroitiin käyttämällä Word tallennusta.

4.4 Aineiston analyysi

E-lomakekyselyillä kerätty aineisto siirrettiin E-lomakkeen mahdollistamalla tavalla suoraan Excel-ohjelmaan. Seurantakyselyllä saadut kaksi paperilomakevastausta kirjattiin taulukkoon käsin. Lisäksi seurantakyselyn haastatteluiden aineisto vietiin sanatarkan ja yleiskielen välimuodolla kirjattuna samaan taulukkoon.

Tutkimusaineistoa voidaan analysoida eri tavoin (Kananen 2012: 116). Kerätty tutkimusaineisto analysoitiin osin sisällön erittelyn keinoin, mutta pääasiassa sisällönanalyysillä. Sisällön erittelyllä kerätystä tekstiaineistosta tehdään kvantitatiivista, eli määrällistä analyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2018: 119). Sisällönanalyysi taas on yksi laadullisen tutkimuksen perusanalysointimenetelmä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin

analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 103.) Sisällönanalyysi keskittyy sisältöön, sen aiheisiin ja teemoihin (Vuori). Tuomi ja Sarajärven (2018) mukaan aineiston analyysi etenee vaiheittain seuraavasti:

1. Aineiston rajaaminen ja pelkistäminen
2. Aineiston litterointi ja/ tai koodaaminen
3. Aineiston luokittelu, teemoittelu ja tyypittely
4. Yhteenvedon kirjoittaminen

(Tuomi & Sarajärvi 2018: 104)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitellaan jonkin tai joidenkin yhteisten tekijöiden löytymistä aineistosta (Vilkkä 2005: 140). Tuomi ja Sarajärven (2018) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä tavoitteena on saada aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aiemmalla tiedolla ja teorioilla ei ole aineistolähtöisessä analyysissä roolia, vaan analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 108.)

Siirtämällä tiedot taulukon muotoon aineistoa oli jouhevaa pelkistää, käsitellä, koodata, luokitella, teemoittaa ja tyypittää.

Ensimmäisessä vaiheessa, aineiston rajaaminen ja pelkistäminen, aineistosta poistetaan epäolennaiset asiat ja pelkistetään, eli redusoidaan, ilmaukset (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123). Kyselylomake aineistojen lähes kaikki ilmaukset kyettiin hyödyntämään, sillä myös ”en tiedä” vastauksilla oli tässä aineistossa arvoa. Ainostaan yksi viivalla merkitty vastaus sekä yksi kysymysmerkillä vastattu vastaus hylättiin. Tulosten analysoinnissa ei kiinnitetty huomiota siihen, jos vastauksessa oli jokin virhe, kuten vastaajalla virheellinen käsitys asiasta, sillä tarkoitus oli tutkia kokemusta osaamisesta ja osaamisen lisääntymistä yhteiskehittämisen keinoin.

Vastaukset pelkistettiin ja jokainen vastauksesta löytynyt asia tai ilmaus listattiin omaksi yksikökseen. Pelkistetyt ilmaukset listattiin allekkain.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pelkistetyt ilmaukset omina yksiköinä
Selkeät otsikot helpottavat siirtämistä hoitosuunnitelmaan.	Selkeät otsikot helpottavat siirtämistä hoitosuunnitelmaan.	selkeät otsikot
		helppo siirtää hoitosuunnitelmaan
Sen, että CAPSien arvot näyttävät heti, missä asiakkaalla on avun tarvetta eli missä CAPS on aktiivinen ja missä ei.	CAPSien aktivoitumiset näyttävät, missä asiakkaalla on avun tarvetta.	Herätteen aktivoitumisen näyttää
		Avuntarve löytyy
Kysymykset, jotka ohjaavat juuri asiakkaakseen ja hänen rutiineihinsa.	Kysymysten avulla saadaan tietoa asiakkaasta	Kysymykset ohjaavat vastaamista oikein
Nostavat esiin hoidon tarpeet ja mihin pitää kiinnittää huomiota.	Nostavat hoidontarpeet esiin ja asiat, joihin pitää kiinnittää huomiota	Hoidontarpeet löytyvät
		Ohjaa kiinnittämään huomion oikeisiin asioihin
Osaan kohdistaa hoidon tarpeen ja huomion parenmin	Auttavat löytämään hoidontarpeet ja kohdistamaan huomion oikeaan asiaan	Hoidontarpeet löytyvät
		Huomio kohdistuu oikeaan asiaan
Näkee missä asiakkaalla ongelmia	Löytää asiakkaan ongelmat	Asiakkaan ongelmat löytyvät
Numeerinen arvo helposti ymmärrettävä.	Numeroarvo on helposti ymmärrettävä	Arvo on helposti ymmärrettävä
Heräte kun aktivoituu helposti, huomaa jos nousee esille uusia asioita, joita pitäisi nostaa ho-sulle.	Heräte aktivoituu. Nostaa hoitosuunnitelmaan puuttuvat tiedot	Herätteen aktivoituminen
		Ohjaa nostamaan hoitosuunnitelmaan

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin, eli klusteroitiin. Ryhmittelyssä aineistosta pelkistetyt ilmaukset käydään läpi ja näistä etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi. Näistä muodostuvat alaluokat, jotka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 124.)

Taulukko 3. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

Pelkistetyt ilmaukset omina yksiköinä	Alaluokka
Ohjaa kiinnittämään huomion oikeisiin asioihin	Huomion kohdistuminen oikeaan asiaan
Huomio kohdistuu oikeaan asiaan	
Herätteen aktivoituminen	
Herätteen aktivoituminen näyttää	
Hoidontarpeet löytyvät	Voimavarat ja avuntarve löytyy
Asiakkaan ongelmat löytyvät	
Avuntarve löytyy	
Hoidontarpeet löytyvät	
Arvo on helposti ymmärrettävä	Heräte on helposti ymmärrettävä
selkeät otsikot	
helppo siirtää hoitosuunnitelmaan	Helppo käyttää hoitosuunnitelman päivittämisessä
Ohjaa nostamaan hoitosuunnitelmaan	
Kysymykset ohjaavat vastaamista oikein	Heräte on aktivoitunut kysymyksistä

Aineiston käsittely jatkui aineiston käsitteellistämällä, eli abstrahoinnilla. Tässä vaiheessa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Ryhmittelyä jatketaan yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi ja niitä edelleen pääluokiksi. Koska kyse on aineistolähtöisestä sisällön analyysistä, ei voida etukäteen tietää mitä ja minkä tasoisia luokkia aineistosta voidaan määrittellä ja minkä tasoille luokille on tarvetta. Tämä selviää analyysin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 125.)

Taulukko 4. Esimerkki aineiston luokittelusta

Alaluokka	Yläluokka
Huomion kohdistuminen oikeaan asiaan	Huomioiminen
Voimavarat ja avuntarve löytyy	Ymmärtäminen
Heräte on helposti ymmärrettävä	
Heräte on aktivoitunut kysymyksistä	
Helppo käyttää hoitosuunnitelman päivittämisessä	Hyödyntäminen / Käyttäminen

Työpajojen aineisto selkiytettiin tekemällä tuotoksista ”mind map”.

5 Tulokset

5.1 Alkukyselyn tulokset

Alkukyselyllä vastauksia saatiin kahdeksan kappaletta.

5.1.1 Henkilöstön osaamisen kokemus herätteiden tulkinnasta

Kotihoidon henkilökunnan omaa kokemusta osaamisestaan selvitettiin kyselyn alussa. Vastaajilta haluttiin tietää, minkä arvosanan asteikolla 1–10 he antavat omalle osaamiselleen koskien RAI-arvioinnin herätteitä. Keskiarvo oli 6.38. Lisäksi haluttiin tietää, mitkä asiat he kokevat herätteiden (CAPsien) käytössä sujuviksi sekä mitä he pitävät vaikeina itselleen. Sujuvaksi asiaksi koettiin se, että huomio on helppo kohdistaa tai kohdistuu herätteisiin helposti. Lähes yhtä paljon mainintoja löytyi siitä, että voimavarat ja avuntarve löydettiin helposti. Haastaviksi asioiksi koettiin herätteiden herkkä aktivoituminen ja aktivoitumisen taustalla vaikuttavat tekijät.

Molempien kysymysten, sekä osaamisen kokemukset, että vielä opeteltavien eli haastavien asioiden kokemukset, näyttäytyivät vastauksissa kolmena osa-alueena: herätteiden havaitseminen, ymmärtäminen ja käyttäminen. Tarkastelen tuloksia niiden kautta.

Vastauksissa herätteiden havaitseminen oli usein yhdistynyt herätteiden ymmärtämiseen. Huomion kiinnittämisestä herätteisiin kertoo se, että työntekijä on reagoanut herätteen aktivoitumisen:

...että CAPsien arvot näyttävät heti, missä asiakkaalla on avun tarvetta eli missä CAPs on aktiivinen ja missä ei.

Nostavat esiin hoidon tarpeet ja mihin pitää kiinnittää huomiota.

Osaan kohdistaa hoidon tarpeen ja huomion paremmin.

Myös kysyttäessä haastavista asioista havaittiin, että henkilökunta kiinnitti huomiota herätteisiin, mutta herätteen aktivoivat tekijät eivät olleet tiedossa:

Välillä heräte vähän liioittelee tilannetta, tai ei anna siitä täysin oikeaa kuvaa.

Havaitsemisesta seuraava askel osaamisen portaikolla on ymmärtäminen. Ymmärtäminen ilmenee esimerkiksi tietona siitä, mikä on herätteen aktivoitumisen tarkoitus tai miksi heräte aktivoituu:

Nostavat esiin hoidon tarpeet ja mihin pitää kiinnittää huomiota.

Kysymykset, jotka ohjaavat juuri asiakkaakseen ja hänen rutiineihinsa.

Ymmärtäminen näkyi myös selkeästi niissä vastauksissa, joissa pohdittiin herätteiden käytön vaikeutta. Vastaajalla oli ymmärrys siitä, että herätteen aktivoi RAI-arvioinnissa asiakkaasta annetut vastaukset:

Mistä muodostuu mikäkin CAPs

Ei löydy oikeita vaihtoehtoja kuvaamaan asiakkaan toimia.

Herätteen tarjoaman tiedon hyödyntäminen ja käyttäminen näkyi edelleen sekä osaamisen, että haasteiden puolella:

Selkeät otsikot helpottavat siirtämistä hoitosuunnitelmaan.

Huomioiminen käytännössä.

5.1.2 Tieto herätteiden sisällöstä

Kuudella vastaajalla, kaikista kahdeksasta vastanneesta, oli tietoa herätteistä. Kaksi kertoi, ettei ole tietoa tai ehdi perehtyä niihin. Henkilökunnalla herätteistä oleva tieto voitiin jakaa kahteen pääluokkaan: tietoon siitä mitä herätteet ovat ja tietoon siitä mihin niitä voi käyttää. Tässäkin aiheessa osalla oli käsitys molemmista ja osalla vain toisesta alueesta.

Käsitys, että herätteet kertovat, arvoivat tai kuvaavat jotain asiaa asiakkaassa, näkyi vastauksista:

Kertovat asiakkaan vaivoista ja ongelmista.

Ne arvioivat asiakkaan toimintakykyä, aistitoimintaa, mielenterveyttä, terveysongelmia, pidätyskykyä sekä palveluita, joita asiakas jo saa, tarvitaanko lisää jne.

Herätteiden tarjoaman tiedon käyttäminen vaatii työntekijältä ensin ymmärrystä herätteistä. Tämän jälkeen tiedon käyttäminen eri tavoin on mahdollista. Vastaajat kertoivat, että herätteiden tarjoamaa tietoa voidaan käyttää riskien etsintään, hoidon suunnitteluun tai palvelun saamisen helpottamiseen:

Voidaan käyttää hoitosuunnitelman laatimisessa

Tiedän sen, että kotihoidon asiakkaan on mahdollista saada laitoshoitopaikka, jos osaisin kuvata häntä paremmin.

Yksityiskohtaisempaa tietoa käsittelevä kysymys, kysymys koskien tietoutta ainoastaan CAP-herätteestä (laitoshoitoon joutumisen uhka), osoitti, että vaatii jo syvällisempää osaamista vastaajalta tunteakseen yksittäistä herätettä. Puolet vastaajista ilmoittivat, etteivät tunne herätettä kuin päällisin puolin tai eivät ollenkaan. Ne, joilla oli CAP 4-herätettä koskevaa tietoutta, löysivät oleellisia asioita sekä herätteen ymmärtämisen, että käyttämisen osalta:

Tähän CAP:iin nousevat toiminnot, jotka lisäävät laitoshoitoon joutumisen vaaraa.

Jos asiakkaan toimintakyky on heikentynyt niin paljon, että CAP 4-arvo noussut. Toimintakykyyn heikentävästi vaikuttavat esim. asiakkaan kaa-tuilu, yleensäkin vireystaso... kuinka paljon tarvitsee päivittäin apua sän-gystä nousemiseen tai esim. wc-käynneillä. Pysyykö jaloillaan vai jou-tuuko esim. kävellessä asiakasta kannattelemaan...Mikäli tällaista esiin-tyy, laitoshoido 24/7 olisi parempi tälle asiakkaalle.

Ongelmatilanteissa vastaajat etsivät lisätietoa pääsääntöisesti RAI-käsikirjasta, joka aukeaa suoraan oikealle kohdalle esimerkiksi aktivoituneen herätteen ”takaa”. Osa vastaajista kertoi, että käyttää käsikirjaa, joka aukeaa suoraan herätteen kohdalta ja osa mainitsi vain käsikirjan. Kysyminen oli seuraavaksi suosituin vaihtoehto, jos on-gelma ei ratkennut käsikirjan avulla.

Painan herätteen kohdasta ja katson, mitkä kysymykset liittyvät kyseiseen herätteeseen.

Katson RAI-käsikirjasta ja tietenkin tiimin RAI-osaajilta.

5.1.3 Herätteiden hyödyntäminen

Koska yhteiskehittelyn tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tapoja hyödyntää herätteen tarjoamaa tietoa asiakkaasta, haluttiin ennen työpajoja selvittää alkutilannetta. Alkuti-lanteessa selvitettiin sekä kaikkien herätteiden käyttöä, että CAP 4-herätteen käyttöä, nykyisissä työtehtävissä.

Ylivoimaisesti eniten vastaajat käyttivät herätteitä hoitotyön suunnittelussa. Vastauk-sista ilmeni, että tähän sisältyi hoitosuunnitelman laatiminen, muuttaminen ja aktivoitu-neisiin herätteisiin viittaaminen hoitosuunnitelmassa. Yksi vastaaja ilmoitti käyttävänsä herätteiden tarjoamaa tietoa SAS-prosessissa.

CAP 4-herätteen käyttöä omassa työtehtävässä koskevassa kysymyksessä, puolet vastaajista ilmoittivat, etteivät tällä hetkellä käytä herätteen tarjoamaa tietoa asiak-kaasta mitenkään. Tämä on linjassa aiempaan kysymykseen, jossa puolet vastaajista ilmoittivat, etteivät tunne kyseistä herätettä. Herätteen tarjoamaa tietoa hyödynnettiin

mm. tilanteen arviointiin, asiakkaan palveluiden tarkasteluun ja asumispalvelun tarpeen arviointiin:

Mikäli CAP 4-arvo on noussut, arvioidaan asiakkaan kotihoitotilannetta uudelleen. Mikäli asiakas tarvitsee esim. sairaalajaksoa, että vointi on jostakin akuutista sairaudesta johtuen heikentynyt... eikä esim. sairaalajakson jälkeen tilanne ole kuntoutuksessakaan parantunut, asiakas viedään SAS-käsittelyyn, varsinkin jos kotihoidon avut ovat jo kattavasti asiakkaan käytössä.

Haluttiin myös tietää, miten henkilökunta arveli voivansa käyttää CAP 4-herätteen tuottamaa tietoa. Tässä pääpaino oli nimenomaan sanassa voisi, verrattuna aiempaan kysymykseen, jossa kysyttiin, miten herätteen tietoa käytetään tällä hetkellä. Vastauksista erottui kaksi ryhmää. Ensimmäistä kuvaa se, että herätteen aktivoitumisen on tieto itessään ja sen perusteella tehtäisiin toimenpiteitä asiakkaan hoitoon. Toista ryhmää kuvaa se, että tietoa enemmän välineellistetään ja käytetään työkalun tavoin, tavoitteena saavuttaa jokin asia, jonka avulla asiakkaan tilanteeseen voidaan vaikuttaa.

Useimmissa vastauksissa löytyi näitä molempia elementtejä:

Mikäli CAP 4-arvo on noussut, arvioidaan asiakkaan kotihoitotilannetta uudelleen.

Tarkastella tarkemmin, tarvivatko lisää apuja tai ovatko vielä kotikuntoisia vai jo laitoksessa parempi.

Juuri näissä huonokuntoisissa, joiden luona menee kovasti aikaa, saisi käyntiä pidennettyä.

5.1.4 Henkilökunnan tuen ja perehdytyksen tarve

Tämän osa-alueen tuottaman tiedon tarkoitus oli auttaa suunnittelemaan työpaja, joka vastaisi eniten henkilökunnan tarpeita ja toiveita. Vastauksissa oli hajontaa liittyen perehdytystapaan. Yhteistä kuitenkin oli, että kaikki vastanneet pitivät perehdytystä hyvänä asiana. Vastauksissa oli "avattu" ideoita perehdytystapaan, mutta oli myös todettu, että kaikki perehdytys on hyväksi:

Vieriopetus henkilön kanssa, joka oikeasti hallitsee RAI:n.

Eipä koskaan lisätieto ole pahitteeksi.

Meitä osaajia on eritasoisia. Toinen oppii nopeammin toinen huonommin. Kaikille mahdollisuus oppia RAI ja hyödyntää sitä töissä.

Lisäksi eniten kannatusta sai perehdytystapa, jossa voisi tarkastella yksin tai parina oman vastuusiakkaan todellista arviointia.

5.2 Työpajojen tulokset

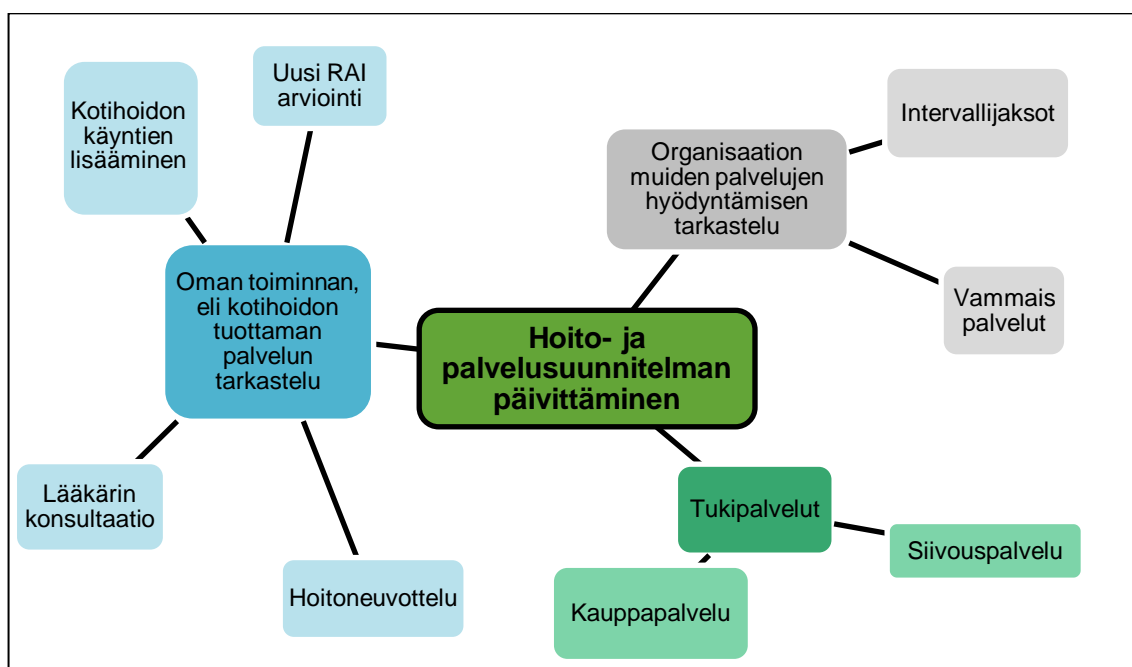
Koska tavoitteena tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli lisätä henkilökunnan tietoisuutta CAP 4-herätteestä ja sen tulkinnasta sekä löytää yhteisiä tapoja hyödyntää tietoa, on työpajojen tuotokset kuvattu tähän työhön vain ”mind map” tyyppisesti. Työpajojen tavoite oli herättää uteliaisuutta ja osaamisen tunnetta henkilökunnassa sekä löytää heille itselleen sopivia tapoja hyödyntää herätteestä saatavaa tietoa asiakkaan hoidon suunnittelussa.

Yhteiskehittelyn työpajoihin (3 kpl) osallistui 11 henkilöä. Ryhmät tuottivat yhteensä 38 ideaa siitä, kuinka CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa voisi hyödyntää omassa työtehtävässä. Vastaukset jakoutuivat seuraavasti:

- Omassa työyksikössä tiedon hyödyntäminen asiakkaan hoidossa 17 kpl
- Organisaation tuottaman muun palvelun aloittaminen tai tehostaminen 8 kpl
- Tukipalvelun hankkimisen perusteena 3 kpl
- Lääkärin konsultaation perusteena 2 kpl
- Kolmannen sektorin tuottaman palvelun aloittamisen perusteena 4 kpl
- Omaisten ottaminen mukaan asiakkaan hoitoon 2 kpl
- Ravitsemuksen tehostamisen perusteena 1 kpl
- Kokonaiskuvan tarkistamisen perusteena 1 kpl

Kukin ryhmä valitsi omassa ryhmässään esille nousseista ideoista yhden, jota heidän pyydettiin pohtia ja johon tuli suunnitella konkreettinen toteutus. Lisäksi muita esiin nousseita ideoita sai käyttää hyväksi konkreettisen toiminnan suunnittelussa. (Liite 4).

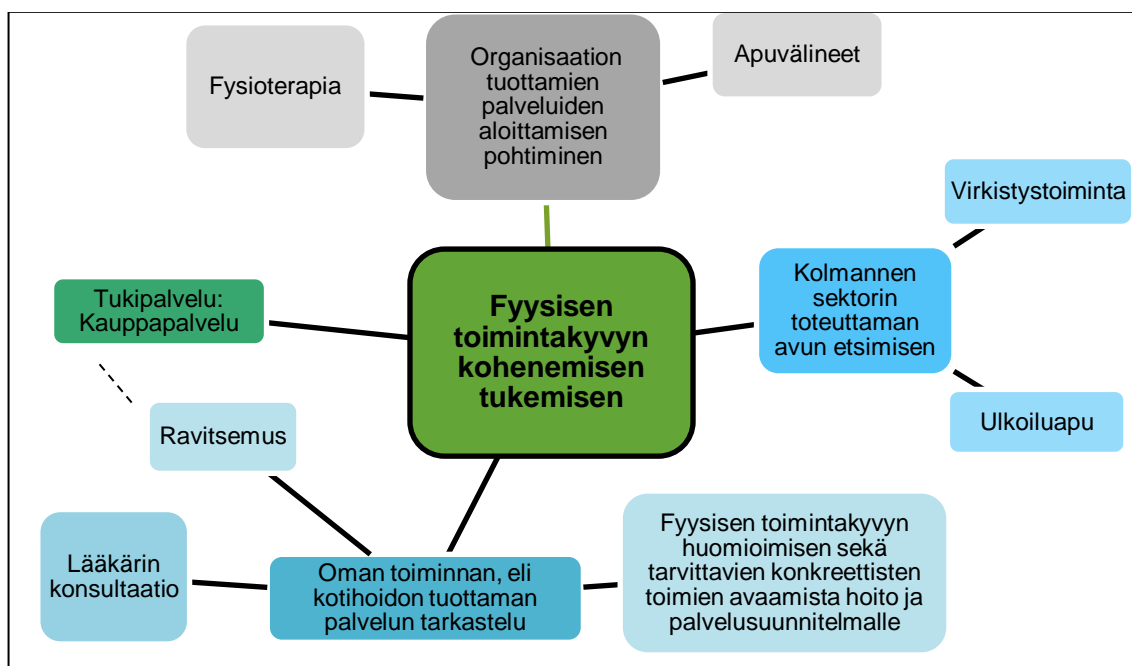
Ensimmäinen ryhmä valitsi kaikista ryhmän tuottamista ideoista kärkiajatuksiksi hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisen. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiseen, ryhmä liitti kaikki esille tulleet ideat, kuten tukipalveluiden tarpeen arviointi ja organisaation muiden sosiaali- ja terveysten palveluiden hyödyntäminen sekä oman toiminnan, eli kotihoidon, tehostamisen tarkastelun. Kotihoidon tehostamiseen, ryhmä liitti hoitoneuvottelun, uuden RAI-arvioinnin tekemisen ja lääkärin konsultaation.



Kuva 1. Työpajaryhmä 1 työskentelyn koonti

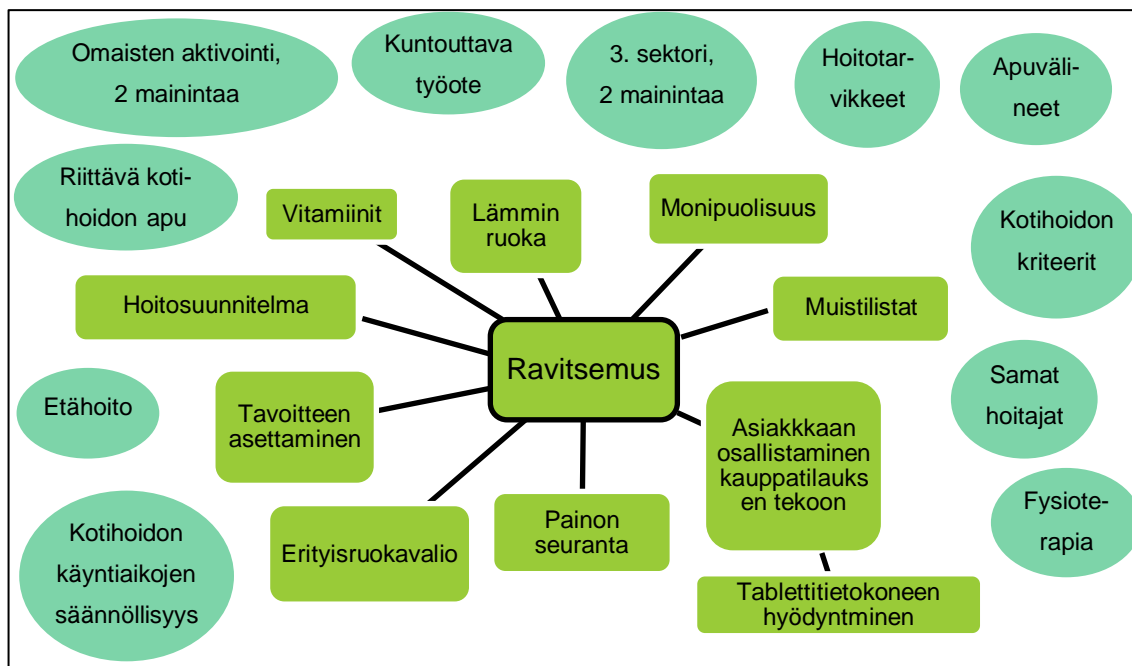
Toinen ryhmä valitsi fyysisen toimintakyvyn kohenemisen tukemisen ja liitti siihen organisaation omien palveluiden aloittamisen tai tehostamisen, kolmannen sektorin toteutaman avun etsimisen sekä kotihoidon oman palvelun tarkastelun. Organisaation omista palveluista ryhmä suunnitteli fysioterapia ryhmän aloittamisen ja apuvälineiden tarkastamisen. Kolmannen sektorin palveluista ryhmä päätyi virkistystoiminnan ja

ulkoiluavun järjestämisellä tukemaan fyysisen toimintakyvyn kohentamista. Lisäksi ryhmä suunnitteli fyysisen toimintakyvyn huomioimisen sekä tarvittavien konkreettisten toimien avaamista hoito ja palvelusuunnitelmalle. Lääkäriin konsultaatiota ryhmä arveli tarvitsevänsä, jos asiakkaalle tulisi esimerkiksi kipuja lisääntyvästä liikkumisesta. Fyysisen toiminnan yhteydessä ryhmä huomioi myös ravitsemuksen ja mahdollisen ateriapalvelun tarpeen.



Kuva 2. Työpajaryhmä 2 työskentelyn koonti

Kolmas ryhmä poimi kaikista ideoimistaan asioista ravitsemuksen, jolla asiakkaan RAI-arvioinnin CAP 4-herätteen aktivoitumiseen voisi vaikuttaa. Tämä ryhmä keskittyi pohtimaan, mitkä asiat ravitsemuksen osalta ovat oleellisia, millä tavoin ravitsemustilan kohentumista voi seurata ja millaisia olisivat ne keinot, joilla edellisiä asioita edistetään. Ryhmän muut, runsaat, ideat, kauppapalvelua lukuun ottamatta, jäivät tässä kehityksessä hyödyntämättä. Muita ideoita CAP 4-herätteen aktivoitumiseen puuttumiseen ovat näkyvillä kuvassa 3.



Kuva 3. Työpajaryhmä 3 työskentelyn koonti

Melko tiukasta aikataulusta huolimatta työskentely yhteiskehittämisen työpajoissa sujui hyvin ja työpajat etenivät aikataulussa. Työpajoihin osallistuneet vastasivat työpajan lopuksi kyselyyn, jossa viidestä erilaisesta hymiöstä valittiin eniten sen hetkistä tunte-
musta vastaava hymiö. Yhtä lukuun ottamatta, kaikki valitsivat hymykasvot. Kolmessa palautteista mainittiin, että osallistuja sai lisää tietoa, yhdessä luki työpajan herättäneen ajatuksia, yksi osallistuja kertoi saaneensa lisää intoa ja yksi palautteen antaja koki työpajan ”avanneen” paljon ja arveli osaavansa hyödyntää ja tulkita seuraavaa RAI-arviointia paremmin. Seitsemän mainintaa koski työpajatyöskentelyä, jotka kaikki olivat positiivisia palautteita. Työpajat oli koettu mm. kivoiksi ja hyväksi tavoiksi oppia uusia asioita.

5.3 Seurantakyselyn tulokset

Yhteiskehittelyn jälkeen uusin lomakekyselyn. Vastaamaan kutsuttiin koko Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymän Järvenpään kotihoito. Lomakekyselyillä saatiin vain viisi

vastausta, joten aineiston keräämistä tehostettiin lomakehaastatteluilla. Vastauksia saatiin kuusi lisää.

Tulosten analysoinnissa käytin hyväkseni värikoodeja merkitsemään työpajaan osallistuneiden vastaukset. Värikoodi kulki aineiston analysoinnissa mukana. Näin mahdollistui pelkästään työpajaan osallistuneiden vastauksien tarkastelu.

5.3.1 Työpajaan osallistumisen anti

Yhteensä yhdestätoista lomakekyselyyn vastanneesta ja haastatteluun osallistuneesta neljä oli osallistunut keväällä työpajaan. Näistä kolme piti osallistumista hyödyllisenä itselleen. Yksi kertoi saaneensa oivallisia neuvoja, toinen kertoi, että mielenkiinto oli herännyt ja oli samalla muistanut kuinka hyödyllinen työväline RAI olisi arjen työssä. Kolmas vastaaja harmitteli hoitoalalla vallitsevaa työvoimapulaa ja haluisi, että ideat herätettäisiin henkiin, kun tilanne helpottaa. Yksi työpajaan osallistunut ei kokenut työpajaa hyödyllisenä.

5.3.2 Osaamisen kokemus herätteiden tulkinnasta seurantakyselyssä

Tässä seurantakyselyssä haluttiin tietää, minkä arvosanan kotihoidon henkilökunta asteikolla 1–10 he antavat omalle osaamiselleen koskien RAI-arvioinnin herätteitä. Keskiarvo oli 5.7.

Kysyttäessä sujuvaksi ja helpoiksi koetuista asioista herätteiden (CAPsien) käytössä, vastausten hajonta oli suurempaa kuin alkukyselyssä. Edelleen vahvimpana vastauksissa, kuten alkukyselyssäkin, näkyi se, että herätteiden huomioiminen ja havaitseminen koettiin helppona. Muut osa-alueet, herätteiden ymmärtäminen ja käyttäminen, olivat saaneet uusia ilmenemismuotoja tässä seurantakyselyssä. Ymmärtämistä heijastelee laadun nostaminen esille sekä se, että vastaaja tiedostaa, että aktivoituneita herätteitä pitää osata tulkita:

...se oli niinku hyvä juttu, tavallaan etitään laatua.

Sitten niin kun osaa kiinnittää niihin asioihin huomiota, jos vaan osaa itse tulkita niitä asioita sitten oikein.

Helpoksi tai sujuvaksi asiaksi herätteiden käytössä nostettiin esiin, kuten alkukyselyssäkin, herätteen käyttäminen hoitosuunnitelmaan. Muita, uusia asioita, joihin herätettä voisi käyttää ja joka koettaisiin helpoksi, ei ilmennyt.

Tässä kysymyksessä ei ilmennyt olennaisia eroja niiden työntekijöiden vastausten välillä, jotka osallistuivat työpajaan ja niiden, jotka eivät osallistuneet.

Epävarmuus heijasteli vastauksissa, kun kysymys oli herätteen käytössä haastaviksi koetuista asioista. Useassa vastauksessa mainittiin vain, ettei ole tietoa. Herätteiden huomaamista tai huomioimista ei koettu haastavaksi missään vastauksessa. Ymmärtämistä kuvaavia vastauksia löytyi. Ymmärtämisestä kuvastaa hyvin se, että vastaaja havaitsee herätteen aktivoituttua sen olevan virheellinen asiakkaalle sekä toisinpäin niin, että vastaaja arvelee valmiissa arvioinnissa jonkin herätteen aktivoituvan, mutta näin ei kuitenkaan tapahdu. Herätteen aktivoitumisen aiheuttavat taustat: kysymys – vastaus – aktivoituva heräte, ovat hahmottuneet vastaajalle. Ymmärtämistä lisäksi ilmentää se, että vastaaja kokee, ettei ole tarpeeksi tietoa:

No se, että se on se koko alue tasapainossa keskenänsä, että RAlsta tulisi onnistunut ja palvelisi oikealla tavalla. Että, en ole ymmärtänyt väärin sitä. Sehän se nyt sitten on niin, että niiden kautta näkee lopputuloksen, kun painat; että joo, no ne onkin väärin tehty tai muuta. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Haasteeksi mainittiin myös ajanpuute perehtyä asiaan, vaikka halua ehkä olisi. Lisäksi tiedon vieminen hoitosuunnitelmaan koettiin haasteeksi jälleen tässä seurantakyselyssä.

No jotenkin sieltä tuoda ne sinne hoitosuunnitelmaan näkyväksi. Siinä on liian vähän aikaa sille RAlle tässä arjessa. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Tässä kysymyksessä voitiin selvästi havaita, että ne vastaajat, jotka olivat osallistuneet työpajaan, kuvailivat haastaviksi kokemiaan asioita herätteiden käytössä enemmän kuin ne, jotka eivät osallistuneet työpajaan. Ne, jotka eivät osallistuneet työpajaan vastasivat, ettei haastavia asioita tule mieleen tai ei ole tietoa:

Se, että jos on vastannut ja on ymmärtänyt itse kysymyksen väärin ja sitä varten nousee väärä heräte. Sitten se, että se heräte, mikä sieltä nousee, voi olla semmoinen, että sä et ajattele, että sen asiakkaan kohdalla kuuluisi ehkä nousta. Ehkä se enemmän menee sinne, että osaa tulkita niin tai kysymyksiä oikein ja sieltä nousi ne oikeat herättäneet oikeille asiakkaille.

5.3.3 Tieto herätteiden sisällöstä seurantakyselyssä

Seurantakysely poiki paljon vastuksia vastaajien tietämyksestä koskien herätteitä. Osin tämä tietenkkin johtuu haastattelulla saadusta runsaasta aineistosta. Alkukyselyssä löydettiin kaksi pääluokkaa; tieto siitä, mitä herätteet ovat ja tieto siitä, mihin niitä voi käyttää. Tässä seurantakyselyssä nämä pääluokat eivät erottuneet yhtä selkeästi. Hajontaa vastauksissa oli enemmän. Tietoa löytyi, kuten alkukyselyssä, herätteiden hyödyntämisen alueelta. Vastaajista yksikään ei tyytynyt vain määrittelemään herätettä, vaan kaikissa vastauksissa (luukun ottamatta kahta vastaajaa, jotka ilmoittivat, etteivät tiedä mitään) kerrottiin, miten herätettä voi hyödyntää tai arvioitiin tulkintaan liittyviä asioita. Vahvana näyttäytyi herätteiden hyödyntäminen hoidon suunnitteluun. Uutena asiana löytyi halu hyödyntää tietoa esimerkiksi päätöksenteon tukena:

Jos pitää mennä kauhean syvälle asiaan, että joku asia ei ole niin kuin selkeä, niin ne antaa ehkä tietoa sitten siitä lisää ja sitten pystytään tekemään päätöksiä sen pohjalta.

Vastaajan RAI-asiantuntijuuden kehittymistä kuvastaa ymmärtäminen herätteen aktivoitumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tähän aihepiiriin lukeutui maininnat herätteiden tulkinnan osaamisesta ja herätteiden vaikutuksesta muihin kokonaisuuksiin:

Ne on asioita, joita nousee arvioinnista ja joita tulisi ottaa huomioon hoitoa suunnitellessa. Tarkastella hoitosuunnitelmaa, onko tarpeellista näkyä

siellä vai onko pienempi kokonaisuus, mihin emme voi hoitotyöllä yms. muilla asioilla vaikuttaa.

Myös tiedon käyttäminen vertailuun kuvastaa RAI-asiantuntijuuden kehittymistä. Vastaus ilmentää hyvin ajatusta siitä, miten työntekijä on pohtinut tiedon vertaamisen hyötyjä eri yhteyksissä:

Nyt kun minäkin olen vuosia tehnyt niitä niin, ensin musta se oli ihan jonnen joutavaa tehdä tommosta kartotusta. Mut, nyt vuosien ja vuosien jälkeen, niin sieltä pystyy niistä vanhoista peilaamaan sen ihmisen tarinaa niin kuin tähän päivään. Se on sama, kun sä aloitat päiväkirjaa. Mut ku sit ku sä oot 10, 20 vuotta täyttäny, ni ai! Tonä päivänä vuosi sitte olenkin siitä, että ahaa, se käveli vielä vuosi sitten, mutta nyt istuu vaan pyörätuolissa eikä tee mitään tää ihminen. Niistä näkee ajan oloon, että se palvelee sitten, jos se ihminen vaan on meidän tässä RAI-piirissä niin niistä saa hirveän hyvää hyötyä. Tai jos ihminen sairastuu Alzheimeriin, huono muistiseksi, niin tuntemattomampikin hoitaja pystyy sieltäpäin penkomaan jotakin. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Tässä kysymyksessä, työpajaan osallistuneiden vastaukset painottuivat mainintoihin herätteiden hyödyntämismahdollisuuksista enemmän kuin muihin osa-alueisiin.

Syvällisempää tietämystä kartoitettiin jälleen kysymällä CAP 4-herätettä koskevasta tiedosta. Kuusi vastaajaa 11sta kertoi suoraan, ettei heillä ole tietoa kyseisestä herätteestä. Näistä kaksi oli ollut keväällä mukana työpajassa. Niistä viidestä vastaajasta, joilla oli tietoa CAP 4-herätteestä, vastauksessa ilmeni työntekijän pohdintaa herätteen aktivoitumisen taustalla olevista asioista. Asiantuntijuuden kehittymistä voi myös peilata näihin vastauksiin; vastaajalla on tietoa herätteen taustasta ja hän osaa tulkita ja arvioida aktivoitunutta herätettä. Vastaaja myös ymmärtää arvioinnin ja herätteen aktivoitumisen yhteyden:

Se herättää sen, että on se laitoshoidon uhka. Mutta osalla asiakkaista se herättää sen, että semmoisen laitoshoitoon uhka voi tulla, vaikka mä en itse ajattelisi, että asiakas olisi joutumassa laitoshoitoon. Sitten taas joillain asiakkailla, mä ehkä itse näkisin, että pitkäaikainen hoito olisi seuraava vaihtoehto ja sitä varten ehkä jo RAlta päivitetään, niin siltikään se ei sitten välttämättä nouse. Niitten kysymysten perusteella me ei siltikään saada sitä CAPpiä sieltä nousemaan.

Mulla ei varmaan ookkaan muita asiakkaita, kun niitä, jotka keikkuu siinä, mutta kun niille ei ole paikkoja. Riippuu, miten täytän sen näiden asiakkaitten kohdalla... Et tota välin siinä minusta tuntuu, että voi olla, että täytän väärin, että se ihminen ei saakaan sitten... Tulee se tilanne katsotaan sen RAI:n pistemäärä, niin joo, ei pääse minnekään sassistukseenkaan ees, tää ei täyty. No sitten kun se aukeee mullekin, se joku tehtävä, niin sit mä ajattelen, että eihän se nyt oo noin mitä mä olen tarkoittanut, vaan on kyllä vielä huonompi, mutta se on sitten taas jo myöhäistä. Joutuu niinku kiireessä täyttämään noita, se menee vaan niin kun. Siihen ei ole aikaa avata niitä, niin että ymmärtäis se hoitaja, joka täyttää niin sen asian sen oikean ytimen. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Koska kaikista vastaajista siis vain alle puolella oli tähän kysymykseen vastaus, ei selkeää eroa työpajaan osallistuneiden ja osallistumattomien välillä voitu tehdä.

Herätteisiin liittyvissä ongelmatilanteissa vastaajat etsivät lisätietoa käsikirjasta, kysymällä apua tai ratkaisemalla itse ongelmaa. Vain yksi vastaaja ei tiennyt miten selvittää tilannetta. Apua kysyttiin kollegalta, työkaverilta tai RAI-osaajalta. Yksi vastaaja kysyi RAI HELPistä. Useissa vastauksissa oli ilmoitettu useampi tapa ratkoa asiaa, ehkä ensin kokeilemalla jotain tapaa ja sitten toista tapaa. Kaksi, keväällä työpajaan osallistunut, pyrki selvittämään ensin itse tilannetta. Toinen näistä, mainitsi asiakkaan tuntemisen, jota voisi hyödyntää herätettä selvitetessä. Toinen taas kertoi tarkistavansa arvioinnin uudelleen ja ratkovansa ongelmaa sen avulla. Selvää eroa ei havaittu työpajaan osallistuneiden vastaajien ja niiden, jotka eivät osallistuneet työpajaan välillä.

5.3.4 Seurantakysely; herätteiden hyödyntäminen

Kehittämisen tavoite oli CAP 4-herätteen tarjoaman tiedon hyödyntäminen ja hyödyntämisen lisääminen omassa työtehtävässä. Tätä kartoitettiin alkukyselyssä ja seurantakyselyssä sekä kaikkien herätteiden, että CAP 4-herätteen osalta.

Vastanneiden keskuudessa herätteitä hyödynnettiin eri tavoin. Vain yksi vastaaja 11:stä ilmoitti, ettei hyödynnä tietoa mitenkään. Vastaajien vastauksissa ilmeni keskimäärin muutamakin eri tapa hyödyntää herätteiden tietoa omassa työtehtävässä. Vastaukset olivat jakautuneet melko tasaisesti eri hyödyntämiskohteisiin. Vastaajat hyödynsivät

herätetietoa huomion kohdistamisessa, yleiskuvan luomisessa, hoidon suunnittelussa, palvelujen tai lisäavun hankkimisessa asiakkaalle, asiakkaan jatkotutkimisen perusteena, päätöksenteon perusteena ja tavoitteiden saavuttamisen apuvälineenä. Yksi vastaaja ilmoitti, että hänen työtehtäviinsä kuuluu auttaa muita tulkitsemaan herätteiden tarjoamaa tietoa ja ohjata tiedon käytössä. Taustamuuttujina kysytyjä työtehtäviä ei anonyymiteetin vuoksi eroteltu.

Olen alkanut tekemään erilaisia masennustestejä ja saanut sitä kautta vanhuspsykiatrian. Ja johonkin ravitsemukseen liittyy.... Sieltä näkee aina hyvin ne, että tuota milloin.... just ku on painon seuranta ja nämä, niin sitten saa lisättyä, vaikka Nutri drinkkiä eli jos näyttää, että paino ollut laskussa tai nousussa tai... Semmoisia arkipäivä juttuja. Aina vertaa niitä vanhoihin...

No just kattonut sieltä mitkä aktivoituu ja yrittänyt tuoda niitä sinne hoitosuunnitelmaan ja siinä asiakkaan päivittäisessä hoidossa huomioida niitä aktivoituneita CAPsejä. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Vastaaja, joka oli osallistunut työpajaan, oli havainnut herätteiden tarjoaman tiedon hyödyntämismahdollisuuden:

Mä pystyn ehkä seuraamaan sitä asiakasta jotenkin toisella tavalla, sitä sen käyttäytymistä kuin esimerkiksi tähän asti. Se heräte voi antaa mulle tällaisen sykäyksen huomata jotain, mikä mulla on mennyt ohi. Nyt sitten kun oon perehtynyt niihin herätteisiin, näihin CAPSeihin, niin se laukaisee itselläkin semmoisen et voi ei, mä en ole huomannutkaan, että tässähan voisi olla tällainen pointti tai jotain muuta. Niin että mä alankin keskittyä siihen ongelmaan. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Sekä työpajaan osallistuneet, että osallistumattomat vastaajat hyödynsivät herätteitä suunnilleen saman verran. Työpajaan osallistuneiden, lukuun ottamatta yhtä vastausta, vastaukset olivat täsmällisempiä aiheen kannalta.

Huomattavasti enemmän oli epätietoisuutta, kun kysymys koski CAP 4-herätteen käyttöä omissa työtehtävissä. Lähes puolet vastasi, etteivät hyödynnä tietoa omassa työtehtävässä. Vastaus on samansuuntainen kuin alkukyselyssä, jossa puolet vastaajista ilmoittivat, etteivät käytä kyseisen herätteen tuottamaa tietoa mitenkään. Ne vastaajat, jotka osasivat kertoa herätteen hyödyntämisestä, löysivät pääsääntöisesti kaksi tai

enemmän asioita, joissa hyödyntävät tätä herätettä. Vastauksissa oli paljon hajontaa, mutta erona alkukyselyyn, jossa korostui tilanteen arviointi, palveluiden tarkastelun tarve ja arviointi, seurantakyselyssä taas korostui huomion kohdistuminen asiakkaaseen ja asiakkaan ympäristöön sekä toimintaan herätteen aktivoituttua:

Sitä käytetään siinä kohtaa, kun asiakkaan vointi siellä kotona alkaa olemaan siinä, että mietitään sitä muuta vaihtoehtoa kotihoidon tilalle. Sitten katsotaan sitä CAP 4 ja mietitään, että mitä muita vaihtoehtoja meillä olisi hänen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Me ollaan katsottu sitä, olisiko siellä jotain sellaista, mitä voisi asi-alle tehdä. Myös että onko se RAI tehty oikein. Sitten myös mietitty siinä kohtaa, yhdessä sen asiakkaan kanssa, onko hänelle mielekästä myöskään enää olla kotona, jos tilanne on jo edennyt siihen asti, että se aktivoituu sieltä. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Työpajaan osallistumisen merkitys ei näkynyt tässä kysymyksessä selvästi.

Kiinnostuneita oltiin myös siitä, miten henkilökunta voisi käyttää CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa hyödyksi. Verrattuna edelliseen kysymykseen siis, jossa kysyttiin miten vastaaja tällä hetkellä käyttää kyseistä tietoa hyödyksi, tässä kysyttiin miten tietoa voisi käyttää. Alkukyselyssä erottui kaksi ryhmää: herätteen tietoa haluttiin käyttää asiakkaan hoitoon ja toisessa tieto enemmänkin välineellistettiin. Vastaukset olivat runsas-antisia ja lähes kaikissa vastauksissa oli ideoitu monia asioita, miten CAP 4-herätteestä saatua tietoa voisi käyttää hyväksi. Tässä seurantamittauksessa vastaukset voitiin jakaa samoin kuin alkukyselyssä eli herätteen aktivoitumisen tarjoaman tieton arvo it- sessään ja tiedon välineellistäminen, mutta tässä mittauksessa korostui tiedon käyttäminen suoraan asiakkaan hoitoon. Lisäksi oli viitattu ammatillisuuteen, laatuun ja osallistamiseen, mitä alkukyselyssä ei havaittu:

Mun asiakkaissa varmaankin pystyisin ehkä tarjoamaan jonkun kolmannen sektorin, jos vaan rahat riittää, tai jotain muuta. Tällaista toisenlaista apua elämisen turvaamiseen myöskin kotihoidon lisäksi... Mä käyttäisin sitä sellaisena, mitä mä en itse pysty niille antamaan. Toivoisin, että olisi joku taho mikä pystyisi antamaan juuri sitä oikeaa apua, mitä mä en pysty antamaan, kun ei ole aikaakaan. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

No se olisi tietenkin ihanteellinen, että tuntisi kaikki asiakkaat ja tavallaan niiden toiveet. Sitten myös pääsisi katsomaan sitä kokonaiskuvaa sil- leen, että siinä näkyisi se hoitajien ammattitaito, että se RAI on tehty

oikein. Pääsisi kuulumaan se asiakkaan oma mielipide. Päästäisiin sitten yhdessä katsomaan, että missä asiakkaan olisi paras olla. (Työpajaan osallistunut vastaaja.)

Siis tietenkin on niitä yksilöllisiä, mutta tavallaan koko siihen hoitosuunnitelmaan sen asiakkaan. Tavallaan, että se otetaan todella siellä huomioon. No sitten tietenkin siis se, että koko tiimi osaisi niinku hyödyntää sitä niin, että se olisi tavallaan laadullista se työ mitä tehdään siellä. Tavallaan se laatu mitä haetaan tässä näin. Kun haetaan sitä ammatillisuutta, niin tavallaanhan se ammatillisuus tuo sitä laatua.

Tässä kysymyksessä molemmat ryhmät, sekä työpajaan osallistuneet ja osallistumattomat, tuottivat runsaasti ideoita ja osoittivat halua hyödyntää tietoa.

6 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli lisätä Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymän Järvenpään kotihoidon henkilökunnan tietoutta ja kiinnostusta CAP 4-herätteestä ja sen tulkinnasta. Lisäksi tavoitteena oli yhteiskehittelymenetelmin suunnitella heidän kanssaan toimintatapoja, joilla herätteen antamaa tietoa voidaan hyödyntää ja tiedon käyttöä tehostaa. Kohti tavoitetta lähdettiin kulkemaan selvittämällä, millaiseksi henkilökunta kokee osaamisensa RAI herätteistä ja millaista osaamista heillä on. Erityisesti mielenkiinto kohdentui CAP 4-herätteeseen, joka ennakoi ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riskiä.

Ensimmäinen tavoite oli lisätä tietoutta CAP 4-herätteestä ja saada henkilökunta kiinnostumaan herätteen tuottamasta tiedosta ja sisällöstä.

Työpajojen avulla pyrittiin lisäämään osaamista, innostusta ja oivaltamisen tunnetta. Kokemuksellista oppimista pidetään tärkeänä. Työssä oppimista tutkineen Poikelan (2005) mukaan mm. konkretia, kokemusten vaihto, kollektiivinen reflektointi, aktiivinen kokeilu ja tekemällä oppiminen ovat lähtökohtia työssä oppimiselle (Poikela 2005: 27–28). Työpajojen vaikutusta osaamisen kokemukseen mitattiin seurantakyselyssä.

Kysymykset koskien CAP 4-herätettä koettiin vaikeammiksi, kuin kysymykset koskien kaikkia herätteitä. Tämä havainto perustui siihen, että molemmissa kyselyissä, alkukysely ja seurantakysely, noin puolet vastaajista ilmoittivat CAP 4-herätettä koskevien kysymysten kohdalla, ettei heillä ole tietoa asiasta joko ollenkaan tai riittävästi, jotta voisivat vastata. Yleisesti herätteitä koskeviin kysymyksiin oli kuitenkin pääsääntöisesti osattu vastata jotain molemmissa kyselyissä. Tästä päätellen herätteet yleisesti ovat tutumpia kuin yksittäiset herätteet.

Sekä alkukyselyssä, että seurantakyselyssä vastaajat pohtivat herätteiden tarjoaman tiedon hyödyntämistä useassa yhteydessä. Arkikielessä tieto asian sisällöstä ja hyödyntämisestä liittyvät läheisesti toisiinsa. Vastaajien pohdinta oli toisinaan kuin ajatuksen virtaa ja kysymys tietämyksestä sekoittui tiedon hyödyntämiseen. Hyödyntämis-kohteita nimeämällä vastaaja toi esiin tietämystään aiheesta. Kysymyksessä herätteiden sisällöstä, pohdittiin mihin sen tarjoamaa tietoa voi yleisesti käyttää, mutta myös, miten vastaaja käyttää tietoa tällä hetkellä tai miten haluaisi käyttää tietoa. Aineistoa läpi kahlaamalla törmäsi siis useasti vastaajan pohdintaan tiedon hyödyntämiseen liittyen.

Herätteen tarjoaman tiedon hyödyntäminen vaatii työntekijältä ensin perus tason ymmärrystä herätteestä ja vasta tämän jälkeen tiedon hyödyntäminen on mahdollista (Heikkilä ym. 2015a: 56). Aiemmissa tutkimuksissa (Tilander 2020, Haavisto 2019, Leinonen 2013) karkeasti kolmasosa tai enimmillään 67 % hyödynsi RAI-mittari tai heräte tietoa. Pelkkää herätteiden tarjoaman tiedon hyödyntämistä oli kysynyt Leinonen (2013) opinnäytetyössään, jossa 35 % oli arvellut osaavansa hyödyntää herätteitä, mutta myös viides osa oli ollut täysin eri mieltä. Lisäksi hänen tutkimuksessaan yli kolmasosa oli hyödyntänyt herätteitä hoidon suunnittelussa. Haaviston (2019) tutkimuksessa herätteitä oli hyödynnetty hoitoneuvotteluissa.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön alkukyselyssä selvisi, että herätteiden tarjoamaa tietoa hyödynnettiin riskien etsintään, hoidon suunnitteluun ja palvelun saamisen helpottamiseen. Ylivoimaisesti eniten vastaajat käyttivät herätteitä hoitotyön suunnittelussa. Vastauksista ilmeni, että tähän sisältyi sekä hoitosuunnitelman laatiminen, muuttaminen että aktivoituneisiin herätteisiin viittaaminen hoitosuunnitelmassa.

Seurantakyselyssä vahvana näyttäytyi edelleen herätetiedon hyödyntäminen hoidon suunnitteluun. Sen lisäksi mainittiin paljon muitakin hyödyntämismahdollisuuksia kuten

yleiskuvan luomisen apuna, palvelujen tai lisäavun hankkimisessa asiakkaalle, asiakkaan jatkotutkimusten perusteena, päätöksenteon perusteena ja tavoitteiden saavuttamisen apuvälineenä. Vain yksi vastaaja 11sta ei hyödyntänyt tietoa mitenkään työtehtävissään. Työpajaan osallistuneet ja osallistumattomat vastaajat vaikuttivat hyödyntävän tietoa yhtä paljon, mutta työpajaan osallistuneilla vastaukset olivat täsmällisempiä aiheen kannalta.

Alkukyselyssä selvisi, että CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa hyödynnettiin huomattavasti vähemmän kuin herätteiden yleensä. Puolet ilmoitti, etteivät käytä herätteen tietoa mitenkään. Yksittäisen herätteen tunteminen ja tiedon hyödyntäminen lukeutuu Heikkilän ym. (2015a) esittelemällä asteikolla suunnilleen jo pätevän hoitajan tasolle.

Yksittäisen herätteen, CAP 4-herätteen, tiedon hyödyntäminen oli seurantakyselyn mukaan edelleen haastavaa ja noin puolet ilmoittikin, etteivät hyödynnä tietoa mitenkään. Työpajaan osallistuneet eivät käyttäneet CAP 4-herätteen tietoa hyödyksi muita enempää. Seurantamittauksessa oli kuitenkin alkukyselyyn verrattuna runsaammin ideoita ja halua hyödyntää CAP 4-herätteen tietoa.

Seurantakyselyssä vastaajat toivat esille enemmän CAP 4-herätteen käyttömahdollisuuksia kuin alkumittauksessa, kun kysymys koski sitä, miten CAP 4-herätteen tietoa voisi hyödyntää. Tällä kysymyksellä haettiin eroa lomakkeen aiempaan kysymykseen, joka oli aseteltu koskemaan CAP 4-herätteen tämänhetkistä hyödyntämistä omissa työtehtävissä. Alkukyselyssä vastauksista erottui kaksi pääryhmää. Toinen oli CAP 4-herätteen tiedon pitäminen itsessään arvona kuten esimerkiksi, että saadun tiedon avulla työntekijä voi arvioida asiakkaan tilannetta ja toinen oli tiedon välineellistäminen jonkin toisen tavoitteen saavuttamiseksi, kuten esimerkiksi käyntiajan pidentämisen perusteena. Seurantakyselyssä oli edellisten lisäksi viitattu ammatillisuuteen, laatuun ja asiakkaan osallistamiseen.

Seurantakyselyssä runsaasti erilaisia ideoita CAP 4-herätteen hyödyntämiseen oli tuottanut sekä työpajaan osallistuneiden joukko, että osallistumattomien joukko. Tämä osoittaa, että Järvenpään kotihoidon tiimeissä on halua ja intoa käyttää CAP 4-herätteen tietoa hyödyksi, mutta syystä tai toisesta sitä ei henkilökunta tällä hetkellä voi käyttää hyödyksi kuten haluaisi. Syitä voi olla monia. Tässä tutkimuksessa esille tuli ainostaan aika, resurssien vähyys sekä osaaminen.

Huomattavaa oli, että työpajoihin osallistuneet henkilöt kykenivät vastaamaan seurantakyselyssä keskimäärin tarkemmin ja monipuolisemmin kysymyksiin herätteistä, verrattuna työpajoihin osallistumattomiin kollegoihin. Tämä vahvistaa ajatusta siitä, että herätteet ovat tulleet tutummiksi. Alkukyselystä seurantakyselyyn oli ajallisesti noin kolme kuukautta, jotka olivat myös suosituimmat kesälomakuukaudet. Valtakunnallisen hoitohenkilöstövajeen vuoksi, myös kotihoidossa oli jouduttu priorisoimaan töitä ja RAI-arviointeja oli jouduttu siirtää myöhemmäksi. Tästä syystä työpajassa olleet henkilöt eivät ehkä olleet päässeet riittävästi kokeilemaan työpajassa oivaltamia asioita seuranta ajassa. Asiantuntemuksen lisääntyminen vaatii työkokemusta, koulutusta ja aikaa (Heikkilä 2015: 57).

Yhteenvetona ensimmäiseen tavoitteeseen, joka oli lisätä tietoutta CAP 4-herätteestä ja saada henkilökunta kiinnostumaan herätteen tuottamasta tiedosta ja sisällöstä, siis todettakoon:

Ensimmäinen tavoite oli lisätä tietoutta CAP 4-herätteestä ja saada henkilökunta kiinnostumaan CAP 4-herätteen tuottamasta tiedosta ja sisällöstä.

- Tuloksista selvisi, että herätteet yleisesti ovat tutumpia kuin yksittäiset herätteet.
- Seurantamittauksessa oli havaittavissa alkukyselyyn verrattuna runsaammin ideoita ja halua hyödyntää CAP 4-herätteen tietoa. Seurantakyselyn vastauksissa oli lisäksi edellisten lisäksi viitattu ammatillisuuteen, laatuun ja asiakkaan osallistamiseen.
- Järvenpään kotihoidossa vaikuttaisi olevan intoa ja halua käyttää sekä herätteiden, että CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa hyväksi.
- Tuloksista voitiin päätellä, että työpajaan osallistuminen oli lisännyt osaamisen tunnetta herätteistä yleensä.
- Kyselyjen tulokset eivät vahvistaneet CAP 4-herätteen hyödyntämisen lisääntymistä Järvenpään kotihoidon tiimeissä ajanjaksolla alkumittauksesta seurantamittaukseen.

- Myöskään työpajaan osallistuneet eivät käyttäneet CAP 4-herätteen tietoa hyödyksi muita enempää.

Toinen, tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite, oli yhteiskehittelymenetelmin suunnitella henkilöstön kanssa toimintatapoja, joilla CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa voidaan hyödyntää ja käyttöä tehostaa. Yhteiskehittelyn menetelmäksi oli valittu työpajat. Työpajojen aikataulu ei mahdollistanut suunnitella mitään yhteistä, konkreettista ohjetta tai muuta ”herätetulkintatyövälinettä” henkilökunnalle vaan työpajoilla haettiin kokemuksellista oppia ja keskityttiin oivaltamiseen, tiedon etsimiseen ja käsikirjan hyödyntämiseen. Lähtökohtaisesti olisi ollut epärealistista ajatella, että koko henkilökunta olisi päässyt osallistumaan työpajoihin, mutta mahdollisimman suurta osallistujamäärää tavoiteltiin. Työpajoilla pyrittiin siihen, että työpajoihin osallistuneet vievän osaamistaan, oivaltamistaan ja innostuneisuuttaan tiimeihin.

Työssäoppimista tutkineen Poikelan (2005) mukaan, työntekijän aikaisempi kokemus ja taidot muodostavat perustan jatkuvalle työssäoppimiselle. Ongelmatilanteiden tullessa eteen, työntekijä joutuu refleктоimaan kokemuksiaan. Tällöin, työntekijä havainnoi ja pohtii aikaisempia ratkaisutapoja, hankkii ja ottaa vastaan palautetta sekä analysoi kriittisesti ongelmaa ja toimintatapoja. Reflektionia seuraa uuden tiedon etsiminen kuten esimerkiksi työtovereilta kysely tai muiden tiedon lähteiden käyttö. Työntekijälle mahdollistuu uuden toimintamallin, työtavan tms. kehittäminen. Työntekijä testaa mallia käytännössä ja saa siitä uuden kokemuksen. (Poikela 2005: 27–28.)

Välittömästi työpajan jälkeen kerätty palaute työpajoista oli positiivista. Yhtä osallistujaa lukuun ottamatta kaikki vaikuttivat tyytyväisiltä osallistuttuaan työpajaan ja valitsivat hymykasvot palautekyselyssä (Liite 2). Tämän perusteella vaikuttaa, että työpajaan osallistuneet kokivat saaneensa positiivisia kokemuksia. Vaikka työpajat olivat aikataulultaan melko tiukkoja ja kovin suuria tavoitteita ei tunnin työpajalle voitu asettaa, vaikuttaa siltä, että osallistujat kokivat hyötyneensä työpajaan osallistumisesta. Kolmessa palautteista mainittiin, että osallistuja sai lisää tietoa, yhdessä luki työpajan herättäneen ajatuksia, yksi osallistuja kertoi saaneensa lisää intoa ja yksi palautteen antaja koki työpajan ”avanneen” paljon ja arveli osaavansa hyödyntää ja tulkita seuraavaa RAI-arviointia paremmin. Seitsemän mainintaa koski työpajatyöskentelyä, jotka kaikki olivat

positiivisia palautteita. Työpajat oli koettu mm. kivoiksi ja hyviksi tavoiksi oppia uusia asioita.

Näistä 11sta työpajaan osallistuneesta henkilöstä neljä saatiin vastaamaan seurantakyselyyn. Heistä kolme piti osallistumista hyödyllisenä itselleen. Yksi kertoi saaneensa oivallisia neuvoja, yksi kertoi, että mielenkiinto oli herännyt ja oli samalla muistanut kuinka hyödyllinen työväline RAI olisi arjen työssä ja yksi harmitteli hoitoalalla vallitsevaa haastavaa työntekijätilannetta ja haluisi, että ideat herätettäisiin henkiin, kun tilanne helpottaa. Tämä vahvistaa päätelmää että, työpaja oli ainakin herättänyt mielenkiintoa ja innostusta aihetta kohtaan ja palauttanut mieleen herätteiden kannalta keskeisiä asioita. Tavoitteen kannalta oli tärkeää, että osallistujille jäisi mieleen joitain asioita herätteistä sekä innostusta ja mielenkiinto herätteisiin. Työntekijän itsensä vastuulle jää halu oppia ja kehittyä kohti asiantuntijuutta (Heikkilä ym. 2015a: 56).

Työpajaan osallistumisen hyöty näkyi esimerkiksi, kun osallistujat kuvailivat kokemuksiinsa haastavista asioista herätteiden käyttämisessä enemmän kuin ne vastaajat, jotka eivät olleet osallistuneet työpajaan. Tosin tämä oli havaittavissa vain näiden haastaviksi koettujen asioiden osalla, ei helpoksi koettujen. Lisäksi työpajaan osallistuneilla oli tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä havaittavissa enemmän painotusta herätteiden hyödyntämismahdollisuuksien pohdintaan kuin työpajaan osallistumattomilla. Vastaukset olivat lisäksi täsmällisempiä, joka kuvastaa tiedon lisääntymistä aiheesta. Myös Tilanderin (2020), Haaviston (2019) ja Hakalan (2010) tutkimusten mukaan perehdytykseen osallistuminen oli selkiyttänyt työntekijän heräte-osaamista asiakkaan ongelmien ja tavoitteiden osalta. Tämä tukee jo aiemmin muodostamaani käsitystä, että työpaja, perehdytys tai muu oppimisen mahdollisuus lisää työntekijän tietoa herätteistä ja kykyä hyödyntää RAI-arvioinnin herätteitä työtehtävissään. Huomioitavaa kuitenkin on, että asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää pitkäjänteistä ja tavoitteellista toimintaa (Heikkilä ym. 2015a: 46). Tämän vuoksi näin lyhyellä seurantajaksolla ei työpajalla tavoiteltua kokemuksellista oppia ja oppimisen sykliä ehtynyt tapahtua riittävästi. Oppiminen on prosessi, joka on eriaikainen eri yksilöillä ja yhteisöillä ja voi sisältää pitkiäkin latenssivaiheita (Poikela 2005: 13).

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä työpajaan osallistuneiden ja osallistumattomien välillä ei voitu tehdä selkeää eroa siinä, mistä vastaaja etsii lisätietoa, jos kokee sitä tarvitsevänsä. Tämän selvittämällä tavoiteltiin tietoa siitä, onnistutaanko työpajatyöskentelyllä vahvistaa toimintatapoja tiedonetsintään ongelmatilanteissa. Tiedon

etsinnän ja vastauksen löytämisen tai saamisen tavoite taas on tehostaa herätteistä saadun tiedon hyödynnettävyyttä. Aiemmissa tutkimuksissa mm. Tilander (2020), Haavisto (2019) ja Leinonen (2013), olivat selvittäneet sitä, mistä tietoa etsitään lisää tarvittaessa. Vastaajien käytössä olivat olleet käsikirja, RAI-osaajan tuki ja kollegat. Myös tässä tutkimuksessa vastaajat nostivat nämä esille ongelmatilanteiden selvittämisessä, mutta lisäksi myös RAI HELPin. Muutama työpajaan osallistunut pyrki lisäksi ratkaisemaan tilannetta itse. Useissa vastauksissa oli ilmoitettu monta keinoa selvittää tilannetta.

Yhteenvetona toiseen tavoitteeseen; yhteiskehittelymenetelmin suunnitella henkilöstön kanssa toimintatapoja, joilla herätteen tarjoamaa tietoa voidaan hyödyntää ja tehostaa, voidaan todeta:

- Työpajat koettiin positiivisina.
- Tuloksista voidaan päätellä, että työpaja lisäsi työntekijän kykyä hyödyntää herätteitä työtehtävissään.
- Työpajaan osallistuminen vaikuttaisi lisänneen osaamista, joka havaittiin täsmällisemmistä ja monipuolisemmista vastauksista.
- Työpajaan osallistuminen näytti antavan työntekijälle enemmän valmiuksia pohdita herätteiden hyödyntämismahdollisuuksia kuin työpajaan osallistumattomien kollegoiden.
- Työpajaan osallistuminen herätti mielenkiintoa ja innostusta aiheeseen sekä palautti mieleen herätteiden kannalta keskeisiä asioita.
- Työpajaan osallistuminen ei vaikuttanut tuottavan eroa siinä, mistä työntekijä etsi tietoa herätteiden aiheuttamassa ongelmatilanteessa.

Saavutettiin tavoitteita, selviää vasta ajan kuluessa. Innostusta oli havaittavissa, mutta kehittyminen kohti asiantuntijuutta on aikaa vievä prosessi. Osaamistakin löytyy. Toimintatavat on mahdollista muovautua hyväksi koettujen käytänteiden perusteella, mutta se vaatii aikaa, sitoutumista ja kehittäjiä.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Yhä kasvavan ikäihmisten joukon kotona asumisen tukeminen ja vahvistaminen vaatii kaikkien käytössä olevien keinojen hyödyntämisen täyspainoisesti. Käytössämme on kattava RAI-arviointijärjestelmä, jonka käyttöä myös laki edellyttää viimeistään 1.4.2023. Järjestelmän hyödyntämiseen kannattaa panostaa, sillä kuten Harriet Finne-Soveri (2015b) vertauskuvallisesti asian esittää: ”jos käyttää moottorisahaa pokasahan tavoin, ei hienouksista ole juurikaan hyötyä (Finne-Soveri 2015b: 163). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön toivotaan antavan ”eväitä” pohtia henkilökunnan RAI-osaimisen vahvistamisen keinoja ja kuinka heidän tietotaitoa voidaan hyödyntää enemmän.

Laajasti yleistettäviä johtopäätöksiä ei kerätyllä aineistolla ole mahdollista tehdä. Alkukyselyyn osallistui kahdeksan työntekijää, työpajoihin osallistui 11 työntekijää ja seurantakyselyyn ja -haastatteluun osallistui 11 työntekijää. Seuranatakyselyyn tai -haastatteluun osallistuneista neljä, oli osallistunut työpajaan keväällä.

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö ajoittui kokonaisuudessaan pahimpaan mahdolliseen Korona-aikaan. Epävarmuus tilanteen etenemisestä ja rajoitusten olemassaolosta aiheutti pohdintaa siitä, miten aikatauluttaa aineiston käämistä ja mitä menetelmiä on mahdollista käyttää. Tutkimusaineiston keräämisen mahdollisuudet esimerkiksi haastattelemalla, vähenivät samassa tahdissa, kun korona pandemia levisi. Tutkimuksen suunnittelun aikaan optimistisimmat vielä arvelivat, että rajoitteita päästään purkamaan nopeammin. Tutkimuksen edetessä, jouduin tekemään kompromisseja aineiston keräämisen laajuudesta ja menetelmistä, sekä suhteuttaa ratkaisut aikatauluun, jota tavoiteltiin. Lisäksi samaan aikaan kotihoidon hoitajien saatavuus oli heikentynyt niin, että avoimia paikkoja ei ollut pystytty täyttämään ja nykyiset työntekijät paikkasivat työvoimapulaa. Työntekijöillä oli kiire ja halua osallistua ylimääräisiin tutkimuksiin tai työpajoihin ei ollut. Henkilöstön vaihtuminen oli runsasta ja päädyin olla tavoittelematta samojen henkilöiden osallistumista sekä alkukyselyyn, työpajaan että seurantakyselyyn.

Kertoessani toimistolla kyselystä ja haastatteluista, havaitsin henkilöstön keskuudessa epävarmuutta vastaajan omaa osaamista kohtaan. Moni kysyi, ”osaanko mä vastata”.

Kuitenkin aineistosta, jota sain sekä kyselylomakkeilla, että erityisesti haastatteluilla, joita myöhemmin oli mahdollisuus taas tehdä, ilmeni yllättävääkin kiinnostusta, uteliaisuutta ja asiantuntijuutta RAI herätteitä kohtaan. Haastatteluilla sain paljon ilmeeltään pohtivaa aineistoa kasaan. Uteliaisuuteen ja kiinnostukseen pitäisi pystyä tarttumaan ja mahdollistaa työntekijälle asiantuntijuuden kehittyminen. Prioriteettien määrittely suhteessa olemassa oleviin reunaehtoihin, kuten resursseihin, ei usein ole yksin työntekijän päätettävissä. Heikkilän ym. (2015a) mukaan lähiesimies toimii tärkeässä roolissa mahdollistamassa hoitajan kehittymistä aloittelijasta kohti asiantuntijuutta. Muun muassa hänen myönteinen asennoitumisensa, tarvittavan ajan mahdollistaminen, yhteisen foorumin luominen RAI-asioille sekä RAI:n tuomien mahdollisuuksien tunnistaminen asiakkaiden hoidon parantamiseksi ovat ensisijaisen tärkeitä henkilöstön RAI-osaamisen kehittämisessä. (Heikkilä ym. 2015: 56–57.)

Aiemmissa tutkimuksissa, joissa esihenkilöt olivat mukana tutkimuksessa (Leinonen 2013, Sernola 2014), oli nostettu esihenkilön roolin tärkeys esiin RAI-osaamisen kehittämisessä. Tässä tutkimuksessa esihenkilöistä tai heidän roolistaan ei ollut mainintaa vastauksissa. Lähiesihenkilölle RAI tarjoaa lisäksi välineen seurata hoidon vaikuttavuutta sekä mahdollisuuden palkitsemiseen ja kannustamiseen RAI-osaamisessa. (Heikkilä ym. 2015: 56–57.)

Vastaajat ilmoittivat, varsinkin kyselylomakkeissa, mutta hieman myös haastatteluissa, etteivät tiedä juuri mitään tai heillä ei ole tarpeeksi tietoa. Tätäkin voidaan tarkastella kahdella tavalla. Joko vastaaja ei tiedä asiasta todella juuri mitään tai vastaaja tietää mitä pitäisi tietää, mutta ei tiedä sitä. Onko se siis tietoa, jos ei tiedä? Kuten länsimaisen filosofia isä, Sokrates aikoinaan pohti viisaudesta: ”Viisas on se, joka tietää, ettei tiedä”. Mahdollisuudella suorittaa koko tutkimus haastatteluin, olisi luultavammin näiden vastausten määrä ollut vähäisempi.

Järvenpään kotihoidon henkilöstön oma kokemus osaamisestaan oli tasoltaan vastaavaa kuin aiemmissa tutkimuksissa vaikka huomio kohdentui tässä tutkimuksessa herätteisiin. Esille oli aiemmin tullut, että noin puolet pitää arvioinnin täyttämistä helppona ja toinen puoli jopa rasittavana (Haavisto 2019, Tilander 2020), kysymysten ymmärtäminen on vaikeaa (Haavisto 2019) ja osa ei osaa tulkita tietoa ja ei siksi käytä sitä (Leinonen 2013). Tämä kehittämistutkimus oli laadullinen ja vastaavia osuuksia tai prosentteja ei ole saatavissa. Lisäksi vaikka kysymykset koskivat herätteitä, oli osa vastannut koko RAI-mittaria koskien.

Koska kyselyt palautettiin anonymisti jo alkukyselyssä, voidaan johtopäätöksiä alkukyselyn ja seurantakyselyn välillä tehdä vain yleisellä tasolla. Kehittämistutkimuksen tavoitteen kannalta mielenkiintoisinta on tarkastella työpajaan osallistuneiden henkilöiden näkemyksiä seurantamittauksessa. Aineiston vähäisen määrän vuoksi myöskään niitä tuloksia ei voida yleistää.

Vaikka aineiston analysointi suoritettiin aineistolähtöisesti, ottamatta mitään taustateoriaa huomioon, vastauksista pystyi paikoin hyvinkin selkeästi havaitsemaan vastaajan RAI-asiantuntijuuden tämänhetkisen tilan Heikkilän (Heikkilä ym. 2015a) portaikolla: aloittelijasta asiantuntijaksi. Tässä tutkimuksessa tosin sukellettiin hieman syvemmälle, herätettiin, ja vaatiti sikäli jo ehkä oman ”kehittymisasteikon”: RAI heräte aloittelijasta asiantuntijaksi. Monessa vastauksessa saattoi löytää elementtejä eri osaamisentasoilta. Vastaaja saattoi vastata kuvailemalla kysytyä asiaa niin, että se voitiin lukea aloittelijan, tietää -tasolle tai edistyneen aloittelijan, ymmärtää -tasolle. Aloittelijan ”porasta” kuvasti usein ilmaukset ”kiinnittää huomiota” tai ”huomaa”. Edistyneen aloittelijan, ymmärtämiseen viittaavia ilmauksia, olivat usein sen tyyppiset asiat, joilla vastaaja kuvasi ymmärtävänsä herätteen taustalla vaikuttavia asioita, herätteen muodostumista, mutta myös esimerkiksi ilmaukset, joilla vastaaja kuvasi, ettei tiedä mitkä asiat aktivoivat herätteen. Edellinen ilmentää ymmärtämistä siitä, että heräte aktivoituu hoitajan tekemien ratkaisujen perusteella arvioidessaan asiakasta ja täyttäessään arviointia. Tietäminen ja ymmärtäminen olivat yleisimpiä tasoja ammatillisen kasvun portaikoilla.

Vähemmän kuin edellä mainittuja, eli tietää ja ymmärtää -tasoa, löytyi pätevä, soveltaa-tason, tai taitava, analysoi -tason, ilmaisuja. Pätevä, soveltaa -tason ilmaisuja kuvasi yleisimmin vastaajan ajatus siitä, miten herätteistä saatua tietoa voi hyödyntää. Taitava, analysoi -tason ilmaisu voi pitää niitä vastauksia, joissa vastaaja kyseenalaistaa herätteen aktivoitumisen ja tarkastelee sitä asiakaslähtöisesti. Tästä esimerkki on, että vastaaja pohtii, pitäisikö jonkin herätteen aktivoitua asiakkaalla tai aktivoituuko joku minkä ei ehkä pitäisi ja miksi näin tapahtuu. Näin ajatellakseen hoitajan on asiantuntija portaikolla ensin huomattava herätteet, ymmärrettävä taustat ja kyettävä soveltamaan, jotta analysointi on mahdollista. Asiantuntija, kehittää -tason ilmauksia oli vähiten, vain muutamassa vastauksessa. Asiantuntija -tason ilmaisuja olivat tässä tutkimuksessa vastaukset, joissa vastaaja ilmaisee käyttävänsä tietoa hoitokäytäntöjen edistämiseen, kouluttaa muita hyödyntämään tietoa tai on tehnyt havaintoja siitä, miten toimintaa tulisi kehittää tiedon pohjalta.

Monessa vastauksessa oli ilmaisuja eri portailta ristiin. Esimerkiksi työntekijän kertomus herätetiedon vertaamisesta aiempaan tietoon, on kekseliäs tapa perehdyttää uutta hoitajaa asiakkaan taustaan. Myös ammatillisuuden ja laadun näkökulman löytäminen herätteiden tuottaman tiedon hyödyntämisessä kuvaa asiantuntijuuden kehittymistä. Täytyy muistaa silti, osaaminen voi olla myös kapeaa, eli että vastaaja tuntee jonkin alueen paremmin ja voi olla siinä jo ns. asiantuntija, mutta toisella alueella vielä esimerkiksi pätevän portaalla ja vasta soveltaa tietoa. Toisaalta halu ja uteliaisuus hyödyntää tuloksia, ”avaa ovia” myös tulosten taakse, eli juuri niihin kysymyksiin mistä tulos muodostuu.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä koskevia ohjeita sekä soveltuvaa lainsäädäntöä. Nämä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tieteellistä tutkimusta koskevat ohjeet ovat eettisesti hyväksyttävän, luotettavan ja uskottavan tutkimuksen kivijalka (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). EU:n yleistä tietosuojaa-asetusta (GDPR) on noudatettu. Lisäksi Arene ry: Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset on huomioitu.

Tutkimusaihe ei ollut erityisen arkaluontoinen, joten vaikutusten arviointia ei ollut tarpeen tehdä. Myöskään Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. Tutkimuksessa kunnioitettiin tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta sekä muita oikeuksia. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tämän kerroin henkilökunnalle, jo siinä vaiheessa, jolloin informoin tulevasta tutkimuksesta. Tutkittavilla oli mahdollisuus tutustua kirjalliseen tutkimus- ja tietosuojaselosteeseen ennen osallistumispäätöstä työpajoihin, vastaamista lomakekyselyihin sekä osallistumista haastatteluun. Tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistua tutkimukseen. Lisäksi tutkittaville kerrottiin, tutkimuksen tarkoitus, kesto ja tavoite. Tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, jotta vapaaehtoinen päätös osallistumisesta voidaan tehdä. Tämä toteutuu niin, että tutkittavalle kerrotaan perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista sekä tutkittavalta kerättyjen tietojen käyttötarkoitus. (Kuula 2011: 45.)

Tutkittavien yksityisyyttä tulee kunnioittaa ja suojella. Käytännössä se tarkoittaa, että tutkittavalla tulee olla oikeus määrittää, mitä tietoja he antavat tutkimuskäyttöön sekä tutkittava ei saa olla tunnistettavissa tutkimustekstissä. (Kuula 2011: 47.) Lisäksi

henkilötietolaki säätelee yksityisyyden ja yksityiselämän suojaa. Henkilötietolain näkökulmasta oleellista on se, voiko yksittäisen henkilön tunnistaa tiedoista helposti. (Kuula 2011: 57.) Lomakekyselyihin ja haastatteluihin osallistuvilta kysyttiin työtehtävän ja RAI-ohjelman käyttövuodet taustatietoina, mutta aineiston analyysissä nämä jouduttiin jättää huomiotta vastausten vähäisen määrän vuoksi. Näin ollen vastaajaa ei voi tunnistaa taustan perusteella. Ammatit voi mahdollistaa ainakin osittaisen tunnistamisen (Kuula 2011: 78). Kyselylomake palautettiin nimettömänä. Haastattelujen osalta kiinnitettiin huomiota, että haastattelussa esille tulleet asiat raportoitiin niin, että tutkittavia ei voitu tunnistaa. Henkilörekisteri tutkimuksen yhteydessä muodostuu kaikesta sellaisesta tutkimusaineistosta, joka sisältää tutkittavien suoria henkilötietoja, on yhdistettävissä suoriin henkilötietoihin tai tutkittavat voidaan siitä tunnistaa (Kuula 2011: 58).

Tutkimusjoukon sähköpostiosoitteet oli saatu Järvenpään kotihoidosta. Kohtuullisen suurelle tutkimusjoukolle (95 henkilöä) lähetettiin sähköpostitse linkki kyselylomakkeisiin, e-lomake (alkukysely ja myöhemmin seurantakysely). Työpajoista ilmoitettiin sähköpostilla sekä kertomalla kotihoidon toimistolla. Ilmoittautuminen niihin tapahtui koontumisrajoitusten ja mahdollisen jäljityksen vuoksi osallistujan nimellä toimiston seinällä olevalle listalle. Toiseen, seurantakyselyyn, vastauksia tuli hyvin vähän ja vastausmäärää tehostettiin sekä paperilomakkein, että lomakehaastatteluin. Kyselylomakkeet jaettiin kotihoidon esimiehen toimesta ja hän myös koordinoi lomakkeiden palautuksen nimettöminä ja koordinoitusti tutkijalle. Haastattelut suoritettiin kotihoidon toimistolla.

Tietoturvallisuuteen kiinnitettiin huomiota kerätyn aineiston osalta niin, että aineistoa säilytettiin sähköisinä Metropolian pilvipalvelussa, omassa kansiossani, jonne kirjaudun salasanalla. Lähinnä työpajoista kerätty paperinen työskentelymateriaali säilytettiin alkuperäisinä koko tutkimusprosessin ajan. Kerättyä tutkimusaineistoa ei luovutettu jatko-tutkimuksia varten ja kaikki kerätty materiaali (paperinen ja sähköinen) tuhottiin raportin valmistumisen jälkeen.

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö pyrkii luotettavuuteen. Luotettavuus on laadun mittari (Kananen 2012: 161). Kehittämistutkimuksen luotettavuuden peruspilarina on mahdollisimman tarkka dokumentaatio. Ratkaisujen perustelut tulee kirjata auki niin, että tutkimuksen lukija tai arvioitsija voi arvioida kaikki vaiheet ja niiden luotettavuudet tutkimuksen eri vaiheissa. (Kananen 2012: 166,173.) Opinnäytetyössäni pyrin siis kuvailemaan valinnat ja ratkaisut mahdollisimman tarkasti. Tarkan dokumentaation avulla

tutkimuksesta tulee myös ”siirrettävä”. Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimustulos näytetään saman suuntaisena myös vastaavanlaisessa tapauksessa. (Kananen 2012: 175.)

Aineiston tulkinta on yksi luotettavuuden kompastuskivi. Kananen (2012) mukaan samasta aineistosta voi tehdä monenlaisia tulkintoja (Kananen 2012: 173). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä aineistoa ei ollut mahdollista luetuttaa toisella tutkijalla eikä myöskään tarkistaa vastaajilta, sillä aineisto kerättiin nimettömänä. Haastatte- luissa esitin tarkentavia kysymyksiä, jos vastaajan vastauksessa oli mielestäni tulkin- nanvaraa.

Aineistoa kerättiin kahdella erilaisella menetelmällä, sekä lomakkeilla, että haastattele- malla. Haastattelu suoritettiin samoilla kysymyksillä ja samassa järjestyksessä kuin lo- makekyselyt. Haastatteleamalla aineistoa kerääntyi enemmän verrattuna vastaaviin ky- symyksiin e-lomakkeella. Alkukyselyssä haastattelua ei käytetty ollenkaan. Tämä hei- kentää tulosten luotettavuutta. Toisaalta muutoin laadullisessa tutkimuksessa erilaisia tapoja kerätä aineistoa voi käyttää vaihtoehtoisesti, rinnan tai eri tarvo- in yhdistelemällä (Sarajärvi & Tuomi 2018: 83).

Luotettavuutta parantaa aineiston saturaatio. Tämä tarkoittaa, että uusia havaintoyksi- köitä otetaan mukaan niin kauan, kun ne tuovat tutkimukseen mukaan jotain uutta tie- toa (Kananen 2012: 174). Tässä kehittämistutkimuksessa aineiston saturaatiota ei mie- lestäni saavutettu riittävän hyvin, vaikka aineisto joiltain osin toistikin itseään. Toisaalta kun kysytään ihmisten mielipiteitä, on se mahdollisuus, että aina tulee jotain uutta esille. Aineisto jäi melko suppeaksi. Käyttämällä haastattelua yksinomaan sekä alku, että seurantamittauksessa, olisi aineistosta saatu tasalaatuisempaa ja kattavampaa. Myös saturaatio olisi ollut mahdollista saavuttaa.

Suunnitelmasta poiketen työpajaan osallistumista jouduttiin koronan vuoksi rajoitta- maan. Tämän vuoksi vain pieni osa tutkimuksen kohteena olevista henkilöistä pystyi osallistumaan työpajaan. Työpajat olivat tämän tutkimuksellisen kehittämistyön vaikut- tamisen tekijä, interventio, jolla tavoite pyrittiin saavuttamaan.

7.3 Toimenpide-ehdotukset

RAI-osaamisen tärkein tavoite on vastuussa olevan hoitajan tai hoitotiimin kyky suorittaa arviointi standardoidusti. Tällä varmistetaan, että arvioinnit ovat laadukkaita ja esimerkiksi hoitosuunnitelma rakentuisi vakaalle pohjalle. (Finne-Soveri 2015b:157.) Jos herätteiden tarjoamia tietoja halutaan käyttää vertailukehittämisessä työkaluina, tulee kaikki RAI-arvioinnit olla tehty samalla tavalla ja niistä saatu tieto on luotettavaa (Heikkilä ym. 2015:56). Kun RAI-osaaminen, herätteiden tunteminen ja jopa CAP 4-herätteen tiedon hyödyntäminen tiimeissä saadaan riittäväälle tasolle, voidaan tuloksia seurata ja toimia ehkäisemään asiakkaiden laitoshoitoon joutumisen uhkaa. Ehkä tulisikin määrittää, mille tasolle RAI-asiantuntijuuden asteikolla tavoitellaan minkäkin suuruista osaa henkilökunnasta.

Leinosen (2019) tutkimuksissa oli nostettu lääkärin rooli RAI-tiedon hyödyntämisessä esille. Siinä tutkimuksessa hoitajat olivat kokeneet, että lääkäri hyödynsi RAI-arvioinnin tuloksia potilaan hoidossa vain vähän, mutta hoitajilla oli toive, että lääkäri hyödyntäisi tietoa enemmän. Hoitajat olivat kokeneet, että RAI-arviosta saatavalla tiedolla ei ole sille kuuluvaa merkitystä, jollei lääkäri ole mukana hyödyntämässä tietoa. Tässä kehittämistutkimuksessa ei ollut yhtään mainintaa lääkärin osallisuudesta tietojen hyödyntäjänä. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille, että kun CAP 4-heräte on aktivoitunut, voi lääkärin tai sairaanhoitajan pyytää kotikäynnille arvioimaan asiakkaan tilannetta. Pohdittavaksi edelleen jää, olisiko jollakin kysymyksenasettelulla toisin saanut enemmän vastaajien pohdintaa herätetiedon hyödyntämisestä myös moniammatillisesti.

Kuinka asiakas nähdään toimijana Järvenpään kotihoidossa ja miten siihen suhtaudutaan RAI:n ja työntekijöiden näkökulmasta, on mielenkiintoinen kysymys. Oleellistahan toimijuudessa on se, että ikäihminen nähdään subjektina, eikä toiminnan kohteena (Jyrkämä 2007:205–208.) Tavoitteet hoidolle ja sitä kautta hoitotyön keinot, tulee olla yhdessä asetettu asiakkaan kanssa yhdessä esimerkiksi hoitosuunnitelmaan. Hoidon suunnittelun taustalla tulee näkyä asiakkaan vahvuudet, toiveet ja avuntarpeet. (Heikkilä 2015:52.) Tavoitteilla, joihin asiakas ei sitoudu tai joita hän ei itse tavoittele, ei ole mitään merkitystä toteutumisen kannalta. Terveys- ja hyvinvointilaitoksen kehittämispäällikkö Maarit Lind (2021) haastoikin RAI-arviointimittaria käyttävää henkilökuntaa pohtimaan, miten RAI:sta saatavaa tietoa voi hyödyntää, kun tarkastellaan asiakkaan toimijuutta sekä sitä, miten toimijuus ymmärretään, kun tehdään esimerkiksi hoitosuunnitelmaa asiakkaalle. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä aineistossa vilahti

sanat laatu, ammatillisuus, osallistaminen ja vertaaminen. Löydettäisiinkö sieltä niitä asioita, joilla toimijuutta voidaan tukea? Ja mitä on laatu Järvenpään kotihoidossa? Onko se asiakkaan kanssa yhdessä RAI-arvioinnin tulosten pohjalta tehty pohdinta tavoitteista ja hoitotoimista esimerkiksi ehkäisemään ympärivuorokautista hoitoa. Ja mitä roolia siinä näyttelee asiakas itse? Vaakakupissa toki painaa tieto siitä, että asiakkaalla saattaa olla rajalliset mahdollisuudet osallistua pohtimaan esimerkiksi uhkaa ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymisestä juuri silloin, kun sitä on usein ajankohtaista pohtia. Ympäri- vuorokautisen hoivan riskiähän nostaa vahvasti kognitioon liittyvä heikkeneminen ja siihen liittyvät ADL ja IADL toimintojen heikkeneminen (Luppa ym.2010). Laatu voi näyttäytyä eri asioina asiakkaan ja hoitajan silmin. Laadun kokemukseen voi vaikuttaa myös sellaiset asiat, joihin hoitohenkilökunnalla ei ole mahdollista vaikuttaa (Finne-Soveri 2015a:30.)

Koko tämä tutkimuksellinen kehittämistyö kietoutuu työpajoilla tiimeihin viedyn tiedon ympärille. Jo aiemmin todettiin useassa yhteydessä, seurantamittauksessa näkyneen enemmän ideoita, täsmällisempiä vastauksia ja laajempaa pohdintaa aihealueen ympärillä. Oliko seurantamittauksen haastatteluilla saatu enemmän aineistoa kasaan ja sen vuoksi osaaminen näytti hieman lisääntyneen vai oliko työpajaan osallistuneiden kautta "kentälle" levittäytynyt enemmän ajatusta herätteiden tai jopa yksittäisen herätteen hyödyntämismahdollisuuksista?

7.4 Jatkotutkimusaiheita

Ajatuksia mielenkiintoisista jatkotutkimusaiheista nousi mieleen koko opinnäytetyöprosessin ajan. Ihan ensimmäisenä olisi ollut mielenkiintoista päästä kysymään pidemmän ajan, esimerkiksi puolen vuoden kuluttua vielä näitä samoja asioita työpajaan osallistuneilta henkilöiltä. Osaamisen lisääntyminen ja uusien tietojen ja taitojen harjoittelu ottaa aikaa.

Kiinnostavaa olisi saada tietoa eri ammattitaidon ja työtehtävän vaikutuksesta siihen, miten RAI-tiedon käyttäjä näkee tiedon merkityksen. Eroaako esimerkiksi tavoitteet tiedolle lähihoitajalla, sairaanhoitajalla ja esihenkilöllä? Osaamisen kokemus eri ammattiryhmissä tai työtehtävien mukaan kiinnostaisi myös.

Mielenkiintoista olisi tietää lääkäreiden näkemyksistä RAI-mittarista, ja siitä kuinka tärkeänä he pitävät kyseistä mittaria. Kuinka moni ikäihmisten parissa työskentelevistä lääkäreistä käyttää kyseistä työkalua ja millä tavoilla. Olisiko halua käyttää enemmän, jos osaamista olisi?

Lähteet

Aaltonen, Päivi 2014. Yhteiskehittelyn kriittisellä polulla. Tampere: Tampereen yliopisto.

Andersson, Sirpa 2012. Ageing in place – Ikäihmisten asumisen ongelmat ja sosiaaliset suhteet. *Gerontologia* 26(1), 2012. <<http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.metropolia.fi/se/g/0784-0039/26/1/ageingin.pdf>>. Viitattu 1.3.2021

Arene ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset.

CAPs käsikirja, RAI-HC käsikirja. RAI- käsikirja 2019. InterRAI. Saatavilla vain erillisillä tunnuksilla.

Fries, Brant E. & Morris, John N. & Bernabei, Roberto & Finne-Soveri, Harriet & Hirdes, John. 2007. Rethinking the resident assessment protocols. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(7), 1139–1140. Löytyy osoitteesta: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2007.01207.x>>. Luettu 19.9.2021.

Finne-Soveri, Harriet 2015a. Ymmärrä RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Saatavana osoitteessa: <<http://docplayer.fi/67946227-Ymmarra-rai-arvioinnin-sisalto-ja-tarkoitus.html>>. Viitattu 23.9.2021.

Finne-Soveri, Harriet 2015b. RAI-toimintaa 15 vuotta. Teoksessa Heikkilä, Rauha & Mäkelä, Matti (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2015.

Haavisto, Maria 2019. RAI-arvioinnin hyödyntäminen sairaanhoitajan työssä kotihoitossa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma.

Hakala, Pia 2010. RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Opinnäytetyö. Keskipohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen, YAMK

Halonen, Pauliina & Enroth, Linda & Jylhä, Marja & Tiainen, Kristina 2017. Pitkäaikais-sairaudet ja monisairastavuus hyvin vanhoilla sekä niiden yhteys toimintakykyyn ja itse arvioituun terveyteen – Tervaskannot 90+ -tutkimus. *Gerontologia* 4/2017

Harra, Toini & Mäkinen, Elisa & Sipari, Salla 2012. Yhteiskehittelyllä hyvinvointia. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Havulinna, Satu 2019: RAI-järjestelmän yleiskuvaus. TOIMIA-tietokanta, Terveysportti. <<https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>> Luettu 14.12.2020

Heikkilä, Rauha & Hammar, Teija & Sohlman, Britta & Andreasen, Paula & Finne-Soveri, Harriet 2015a. Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua. Teoksessa Heikkilä, Rauha & Mäkelä,

Matti (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2015. 46–57.

Heikkilä, Rauha & Mäkelä, Matti 2015b. Tiivistelmä. Teoksessa Heikkilä, Rauha & Mäkelä, Matti (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 9/2015.

Heikkinen, Eino & Kauppinen, Markku & Laukkanen, Pia 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia 3.uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020. E-kirja.

Heimonen, Sirkkaliisa 2010. Teoksessa: Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita Publishing. 60–89.

Hoppania, Hanna-Kaisa & Karsio, Olli & Näre, Leena & Sointu, Liina & Vaittinen, Tiina & Zechner, Minna 2016: Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Gaudeamus Helsinki University Press.

Johansson, Henna 2019. Yhteiskehittämisen ihanne – realismia vai utopiaa? Henkilöstövetoisen innovoinnin edellytykset julkisorganisaation palveluiden kehittämisessä. Itä-Suomen yliopisto.

Järvinen, Annikki & Poikela Esa 2000. Työssä oppiminen – reflektiivistä ja kontekstuaalista. Aikuiskasvatus 20(4), 316–324.

Jyrkämä, Jyrki 2007. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Kröger, Teppo & Seppänen, Marjatta & Karisto, Antti & Hakonen, Sinikka & Sosiaalityön tutkimuksen seura (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.195–219.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Keusote 2021a. Keusote pähkinänkuoressa. Päivitetty 6.6.2020. <<https://www.keski-uudenmaansote.fi/kuntayhtyma/organisaatio/yleinen-info/>>. Viitattu 5.10.2021.

Keusote 2021b. Kotihoito. Päivitetty 19.8.2021. <https://www.keski-uudenmaansote.fi/asiakasryhmien_palvelut/ikaihmistien-palvelut/hoitoapua-kotiin/kotihoito/>. Viitattu 5.10.2021.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2012: Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa / Kirjapaja.

Korhonen, Hanna-Leena 2014. Strateginen toiminnan kehittäminen työpajoissa. Pro gradu tutkielma. Lapin yliopisto.

Korhonen, Tuija 2013. Kuntouttavaa hoitotyötä RAI-osaamista kehittämällä. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, ylempi AMK.

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

Laine, Kristiina 2021. RAI-yhdyshenkilö. Järvenpää. Sähköpostihaastattelu 1.2.2021.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Annettu Helsingissä 9.7.2020. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>. Viitattu 21.9.2021.

Leinonen, Kati 2013. Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI-järjestelmän avulla. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen kehittämisohjelma (ylempi) AMK.

Lind, Maarit 2021a. Kehittämispäällikkö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tiedonanto, sähköpostitse 3.3.2021.

Lind, Maarit 2021b. Tunne asiakkaasi kognitio ja arkisuoriutuminen – avaimet toimijuuteen. Puheenvuoro 22.9.2021 Terveiden- ja hyvinvointilaitoksen RAI webinaarissa Tietoa, tavoitteita ja tuloksia. <<https://stream.sst.fi/cast/rai-webinaarit-2021>>. Viitattu 24.9.2021.

Luppa, Melanie & Luck, Tobias & Weyerer, Siegfried & König, Hans-Helmut & Brähler, Elmar & Riedel-Heller, Steffi G. 2010. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, Volume 39, Issue 1, January 2010, Pages 31–38

Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2014. Vanhuksen parhaaksi. Edita Publishing Oy.

Niemelä, Katriina & Taskinen, Raija & Vähäkangas, Pia & Elo, Satu & Turkki, Leena & Nieminen, Pentti 2018: RAIHYJ-mittari lähijohtajan työvälineenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. *Gerontologia* 1/2018. Löytyy verkossa: <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/68937/30966?acceptCookies=1>>. Luettu 20.1.2021

Nuutinen, Mikko & Leskelä Riikka-Leena & Suojalehto Ella & Tirronen Anniina & Komssi Vesa 2017. Development and validation of classifiers and variable subsets for predicting nursing home admission. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2017) 17:39. Löytyy verkossa: <<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-017-0442-4>>. Luettu: 18.9.2021.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2018. Kehittämistyön menetelmät uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. Helsinki 2018.

Pohjolainen, Pertti 2009. Teoksessa Pohjalainen, Pertti & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. *Oraita* 1/2009. Ikäinstituutti.

Poikela, Esa 2005. Työssäoppimisen prosessimalli. Teoksessa Poikela Esa (toim.). Osaaminen ja kokemus – työ, oppiminen ja kasvatusta. Tampere University Press ja tekijä.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2010. Teoksessa: Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita Publishing. 33–58

Seppänen, Marjaana 2006. Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: Yliopistopaino.

Sernola, Riitta 2014. RAI – järjestelmän hyödyntäminen lähiesimiehen työkaluna kotihoidossa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulu-tutkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Sinn, Chi-Ling Joanna & Betini, Raquel Souza Dias & Wright, Jennifer & Lorri Eckler, Chang, Byung Wook & Hogeveen, Sophie & Turcotte, Luke & Hirdes, John P. 2018. Adverse Events in Home Care: Identifying and Responding with interRAI Scales and Clinical Assessment Protocols. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement 37(1): 60–69 (2018). Saatavana osoitteessa: < <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C11F3EC59628F32596A90B9A6D58B957/S0714980817000538a.pdf/div-class-title-adverse-events-in-home-care-identifying-and-responding-with-interrai-scales-and-clinical-assessment-protocols-div.pdf/>>. Viitattu 18.9.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio. Iäkkäiden laitoshoidon perusteet. < https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80238/Rap_2017_30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. Viitattu 21.9.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2021–2023. Tavoitteet ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:32.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <[https://finlex.fi/fi/laki/ajattasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki#L1P1](https://finlex.fi/fi/laki/ajattasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki#L1P1)>. Viitattu 21.9.2021.

Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <<https://sotka.net/fi/sotkanet/fi/index>>. Viitattu 16.1.2021.

Tilander, Nina 2020. Kotihoidon RAI-osaaminen- RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Vanhustyön ylempi AMK.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Mitä toimintakyky on? Päivitetty 27.9.2019. Saatavissa osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>>. Luettu 28.1.2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019. Kehitysvammaisten pitkäaikainen laitoshoido vähenee – lyhytaikaiset hoitojaksot kestävät tyypillisesti alle 7 päivää. Tilastoraportti 45/2020. 6.11.2020

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 27.1.2021 < <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla> >. Luettu 30.1.2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ikääntyminen. Saatavissa osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen>>. Luettu 30.1.2021.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere University Press 2009.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2018.

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

Virkola, Elisa 2009. Teoksessa Pohjalainen, Pertti & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Ikäinstituutti.

Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki Stakes 2005.

Vuori, Jaana. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>>. Luettu 14.5.2021

Alkukysely

Millaiseksi arvioit tämänhetkisen osaamisesi RAI arviointimittarin herätteistä? (VAS-jana)

Minkä asian / asiat koet herätteiden käytössä sujuvaksi?

Minkä asian / asiat koet herätteiden käytössä vaikeaksi?

Mitä tiedät RAI arvioinnilla saatavista herätteistä?

CAP 4-herätteen selite on laitoshoitoon joutumisen uhka. Miten kuvailit tietouttasi tästä herätteestä?

Mistä etsit tietoa, jos sinulta kysytään: miksi asiakkaasi arvioinnissa on jokin heräte aktivoitunut?

Mitä ja miten olet hyödyntänyt herätteitä (CAPs) työssäsi?

Miten hyödynnät tällä hetkellä nimenomaan CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa työssäsi?

Miten sinun työtehtävissäsi voisi hyödyntää CAP 4-herätteestä saatavaa tietoa asiakkaasta /asiakkaista?

Millainen perehdytys tai tuki koskien herätteiden käyttöä, hyödyttäisi sinua arjen yössäsi?

Keväälle ja / tai syksyille 2021 on suunniteltu noin tunnin mittaista yhteisperehdyttämisen ja -kehittämisen työpajaa. Valitse seuraavista vaihtoehtoista, miten yhteisperehdytys olisi mielestäsi hyödyllisintä toteuttaa? (strukturoidu kysymys)

- Yhteisperehdytyksessä luentotyypisellä esittelemällä herätteiden käyttöä ja käyttökohteita.
- Yhteisperehdytyksessä / työpajassa, yhdessä tarkastelemalla yhden esimerkkitapauksen valmista arviointia.
- Yhteisperehdytyksessä / työpajassa, tarkastelemalla yksin tai parina, oman vastuuasiakkaan todellista valmista arviointia.
- Yhteisperehdytyksessä / työpajassa pienryhmissä valmiita tehtäviä pohtien.
- Yhteisperehdytyksessä / työpajassa suunnittelemalla sopivia käyttökohteita.

Olisiko Sinulla vielä jotain ajatuksia siitä, miten yhteisperehdytys / yhteiskehittämisen työpaja olisi hyödyllisintä toteuttaa?

Työtehtävä (strukturoidu kysymys)

RAI:n käyttö vuosissa (strukturoidu kysymys)

Työpajakokemus

Kiitos, kun osallistuit työpajaan!

Miltä nyt tuntuu?



Mitä jäi päällimmäisenä mieleen?

Seurantakysely

Osallistuitko keväällä 2021 RAI yhteiskehittämisen työpajaan liittyen tähän opinnäytetyöhön?
(strukturoitu kysymys)

Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro omin sanoin, antoiko työpajaan osallistuminen sinulle uusia ideoita herätteiden käyttöön? Millaisia?

Millaiseksi arvioit tämänhetkisen osaamisesi RAI arviointimittarin herätteistä? (VAS-jana)

Minkä asian / asiat koet herätteiden käytössä sujuvaksi?

Minkä asian / asiat koet herätteiden käytössä vaikeaksi?

Mitä tiedät RAI arvioinnilla saatavista herätteistä?

CAP 4-herätteen selite on laitoshoitoon joutumisen uhka. Miten kuvaillet tietouttasi tästä herätteestä?

Mistä etsit tietoa, jos sinulta kysytään: miksi asiakkaasi arvioinnissa on jokin heräte aktivoitunut

Mitä ja miten olet hyödyntänyt herätteitä (CAPs) työssäsi?

Miten hyödynnät tällä hetkellä nimenomaan CAP 4-herätteen tarjoamaa tietoa työssäsi?

Miten sinun työtehtävissäsi voisi hyödyntää CAP 4-herätteestä saatavaa tietoa asiakkaasta /asiakkaista?

Millainen perehdytys tai tuki koskien herätteiden käyttöä, hyödyttäisi sinua arjen yössäsi?

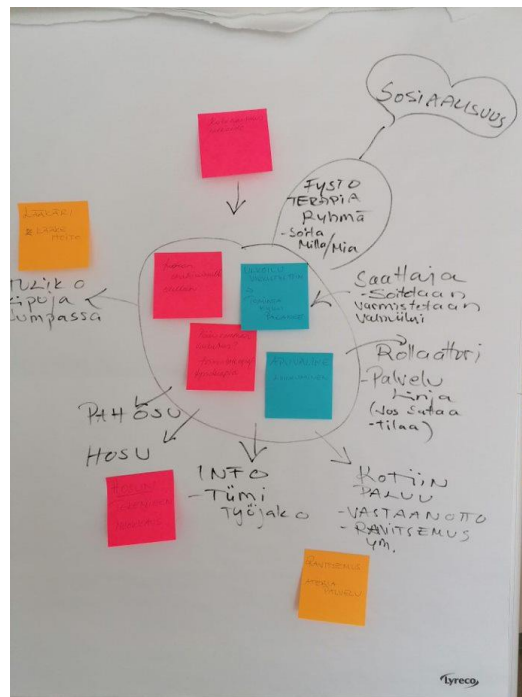
Työtehtävä (strukturoitu kysymys)

RAI:n käyttö vuosissa (strukturoitu kysymys)

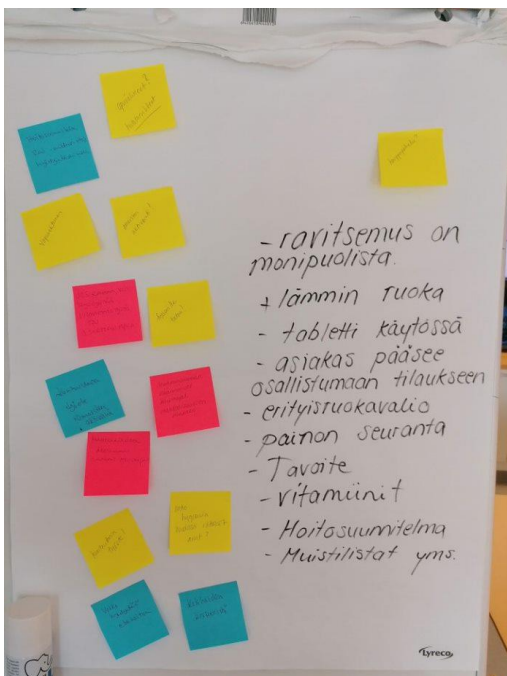
Kehittämistyöpajojen dokumentit



Työpaja ryhmä 1



Työpaja ryhmä 2



Työpaja ryhmä 3