



RAIHYJ-mittari lähijohtajan työväliseenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa

Katriina Niemelä, Raija Taskinen, Pia Vähäkangas, Satu Elo,
Leena Turkki ja Pentti Nieminen

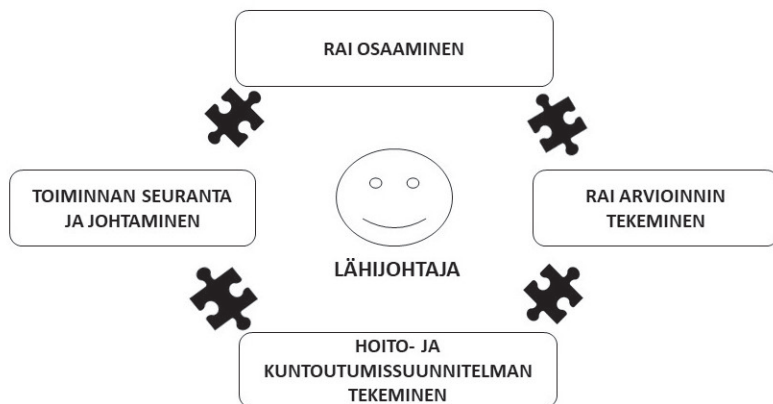
Johdanto

Ikääntyneiden palvelujärjestelmää koskevat kehittämishaasteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus asettavat haasteita johtamiselle (Maakunta- ja soteuudistus 2017). Erityisesti kotihoidon palvelujärjestelmiä on tärkeää rakentaa ja kehittää siten, että moniammatillinen toiminta ja sen johtaminen tukevat ikäihmisten arkiselviytymistä ja kuntoutumista (STM 2017). Näyttöön perustuva toiminta ja siihen liittyvä kehittämistyö ovat avainasemassa, koska niiden avulla on mahdollista parantaa hoitotuloksia ja hoidon laatua sekä arvioida toiminnan vaikutuksia (Mazurek, Fineout-Overholt, Giggelman & Cruz 2010; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011). Hoitotyössä tavoitteena on käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä sekä luotettavia mittareita tulosten arvioinnin mahdollistamiseksi (Carpenter & Hirdes 2013; Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014; Forbes ym. 2015). Esimerkkinä edellä mainituista on RAI-järjestelmä, jota Suomessa hyödynnetään ikäihmisten palveluissa hoidon suunnittelussa, kuntoutumista edistävässä toiminnassa ja hoidon laadun kehittämistyössä (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005; Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006; Heikkilä & Mäkelä 2015). RAI-järjestelmän hyödyntäminen edellyttää sekä

johtamista että johtamisosaamista, erityisesti lähijohtajan rooli on keskeinen (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012).

RAI on kansainvälisesti päteväksi osoitettu arviointijärjestelmä (Hawes ym 1997; Morris ym. 2000; Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006), jonka ensisijaisena käyttöalueena on toimia hoitotyössä asiakastasolla hoidon suunnittelun apuväliseenä. RAI ohjaa organisaation toimintaa kohti asiakaslähtöistä toimintaa, koska se edistää asiakkaan moniammatillista, kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia ja tukee kuntoutumista edistävän hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Se on väline, jolla kuvataan ikäihmisen toimintakykyä, terveydentilaa, sosiaalista verkostoa ja toimintaympäristöä. Kerätyn tiedon avulla saadaan kuva asiakkaan kokonaistilanteesta. RAI:n tuottaman tiedon avulla on myös mahdollista verrata asiakkaan nykyistä tilaa ja siinä tapahtunutta muutosta pidemmällä aikavälillä. (Finne-Soveri ym. 2009; Murakami & Colombo 2013; Blekken ym. 2016; Neufeld, Viau, Hirdes & Warry 2016.) Koska RAI-järjestelmän tuottama tieto perustuu asiakkaan tarpeisiin, ovat hoitajan osaamisen vaatimukset pitkälti samanlaiset koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa (Vähäkangas ym. 2012).

RAI-järjestelmää on hyödynnetty ikäihmisten palveluissa tuottavuuteen, hoidon laatuun ja asiakasrakenteeseen liittyvissä tutkimus-



Kuvio 1. RAI-järjestelmän hyödyntämisen ja osaamisen sisältöalueet (Vähäkangas ym. 2012).

ja kehittämishankkeissa (Björkgren & Fries 2004; Noro ym. 2005; Laine 2005; Laine ym. 2007; Finne-Soveri ym. 2014). RAI-järjestelmää käyttävissä organisaatioissa hoidon ja palvelujen laadun sekä kustannustehokkuuden on osoitettu paranevan järjestelmän käyttöönoton jälkeen (Morris ym. 1997; Phillips, Zimmerman, Bernabei & Jonsson 1997; Fries, Simon, Morris, Flodstrom & Bookstein 2001; Carpenter & Hirdes 2013; Murakami & Colombo 2013; Finne-Soveri ym. 2014; Neufeld ym. 2016).

Tässä kirjoituksessa tarkastelun kohteena oleva RAIHYJ-mittari on kehitetty osana EAKR-rahoitteista *Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun kehittäminen* -hanketta vuosina 2009–2012. Hankkeessa tarvittiin lähijohtajille työväline, jonka avulla RAI-järjestelmän käyttöön liittyvää osaamista sekä RAI-tiedon hyödyntämistä johtamisessa voitiin arvioida ja kehittää. Hankkeen jälkeen RAIHYJ-mittarin (RAI-järjestelmän hyödyntäminen johtamisessa) käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta testattiin laajemmalla aineistolla. Tässä kirjoituksessa kuvaamme kyseiseen laajempaan aineistoon liittyvän tutkimuksen tuloksia. Erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat RAIHYJ-mittarin käyttökelpoisuus johtamisen työvälineenä ja sen hyödyntämismahdollisuudet.

RAIHYJ-mittari lähijohtajan työvälineenä

RAIHYJ-mittari ryhmittelee RAI-järjestelmän käytön ja hyödyntämisen johtamisessa neljään sisältöalueeseen: RAI-osaaminen, RAI-arvioinnin tekeminen, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen sekä toiminnan seuranta ja arviointi (Kuvio 1).

RAI-osaaminen

Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, jotka koostuvat itsenäisesti työskentelevistä, pitkälle koulutetuista ja ammatillisesti erikoistuneista työntekijöistä (Pölkki 2011; Räsänen 2013). Ikäihmisten palveluita tuotetaan moniammatillisesti sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon organisaatioissa. Näissä palveluissa henkilöstöltä edellytetään gerontologista osaamista.

RAI-osaamisen asiakastason tavoitteena on edistää ikääntyneen henkilön kuntoutumista, jotta hän saavuttaa parhaan mahdollisen toimintakyvyn sekä auttaa häntä hyödyntämään omia voimavarojaan omatoimisuuden ja arjessa selviytymisen turvaamiseksi (Morris ym. 2000; Vähäkangas ym. 2012). Tavoitteen saavuttaminen edellyttää hoitajilta vahvaa hoitotyön osaamista, hyvää päätöksentekokykyä ja asian-

tuntijuutta sekä kykyä toimia moniammatillisen tiimin jäsenenä (Routasalo, Arve & Lauri 2004; Vähäkangas & Noro 2009; Vähäkangas ym. 2012). Meretojan (2003) mukaan yksi sairaanhoitajien ammattipätevyyden kehittämisen perusedellytyksistä on, että osaamisen arvioinnissa käytetään tieteellisesti testattuja arviointivälineitä. RAIHYJ-mittari on kehitetty lähijohtajien työvälineeksi osaamisen johtamisessa ja hoitajien asiantuntijuuteen kasvamisen tukemisessa (Vähäkangas ym. 2012; Vähäkangas 2010).

Lähijohtajan on huolehdittava siitä, että ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin, arviointien tekemiseen ja RAI-tietojen maksimaaliseen hyödyntämiseen liittyvät osaamisvaajeet ja puutteet tunnistetaan ja niihin puututaan avoimesti (Vähäkangas ym. 2012). Siksi avainasemassa on jatkuva koulutus ja uusien hoitotyöntekijöiden perehdyttäminen RAI-arviointien tekemiseen sekä RAI-tiedon hyödyntämiseen kuntoutumista edistävissä moniammatillisessa toiminnassa. Tällä varmistetaan arvioitujen tulosten oikeellisuus ja realismi. (Ristolainen 2007; Vähäkangas ym. 2012.) Hoitotyöntekijöiden tukeminen, ohjaaminen, muistuttaminen ja palautteen antaminen juurruttavat kehitetyn kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin käytäntöön ja kannustavat jatkuvaan oman osaamisen kehittämiseen (Vähäkangas ym. 2012). Toisaalta Klemolan (2016) mukaan asiakkaan yksilöllisen hoidon toteutuminen on pitkälti hoitajakoh- taista, vaikka lähijohtajan tulisi tukea yhteisön osaamista niin, että osaaminen muuttuu koko yhteisön toiminnaksi ja osaamista jaetaan (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012).

RAI-arvioinnin ja hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen

RAI-järjestelmän hyödyntäminen vaatii hoitajilta perehtymistä ikäihmisen toimintakykyä ja arkiselvytyksistä koskevan arvioinnin tekemiseen, atk-ohjelmiston käyttöön sekä siihen,

miten arvioinnista saatuja tietoja hyödynnetään kuntoutumista edistävissä hoitotyössä. Lisäksi hoitajat tarvitsevat työvälineitä ja asianmukaiset tilat arviointien tekemiseen. RAI-järjestelmän käyttöönottoprosessiin sisältyy hoitajien ja lähijohtajien koulutus. (Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006; Vähäkangas ym. 2012; Heikkilä & Mäkelä 2015.)

RAI-arviointien tekeminen on omahoitajan, moniammatillisen tiimin tai nimetyn RAI-vastuuhenkilön vastuulla. Lähijohtajan tehtävänä on huolehtia arviointien ajantasaisuudesta sekä ajankäytön mahdollistamisesta arvioinnin tekemiseen, jotta arviointitiedot ovat luotettavia. Tällöin ne ovat hyödynnettävissä myös kuntoutumista edistävissä hoitosuunnitelmas- sa. (Vähäkangas ym. 2012.) RAI-arvioinnista saadun tiedon avulla omahoitaja ja moniammatillinen tiimi pystyvät tunnistamaan asiakkaan voimavarat, ongelmat ja riskitekijät. Tämän jälkeen asetetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa kuntoutumista edistävän hoidon tavoitteet, valitaan tarkoituksenmukaiset auttamismenetelmät ja arvioidaan toteutunutta hoitoa. (Noro ym. 2001; Vähäkangas & Noro 2009.)

Ikäihmisten palveluissa töitä tehdään yksin tai useammasta hoitajasta ja muista ammattilaisista koostuvien tiimien jäseninä. Moniammatillinen yhteistyö- ja toimintamalli on perusta RAI-järjestelmän hyödyntämiselle. Se tukee myös kuntoutumista edistävää toimintaa. (Vähäkangas 2010.) RAI-arvioinnin luotettavuuden turvaamiseksi ikäihmistä koskevaa tietoa tulee kerätä useasta informaation lähteestä (dokumentit, asiakas, omaiset, eri asiantuntijat) sekä keskustelemalla moniammatillisen tiimin jäsenten kanssa. Työntekijöiden yhteinen näkemys kuntoutumista edistävästä hoidosta auttaa päätöksenteossa ja sitoutumisessa hoidon tavoitteisiin. RAI-arviointia voidaan hyödyntää kuntoutumista edistävän hoitotyön suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tehtyjen arviointien perusteella voidaan seurata hoidon vaikutuksia ja asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. (Noro ym. 2001; Vähäkangas & Noro 2009; Vähäkangas ym. 2012.)

Toiminnan seuranta ja johtaminen

RAI-järjestelmän avulla voidaan tunnistaa asiakkaiden tarpeet, kuntoutumismahdollisuudet ja mahdolliset riskitekijät sekä asiakas- että organisaatioitasolla. Hoitotyön johtamisella on keskeinen merkitys tuettaessa hoitajia kuntoutumista edistävässä hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. Lisäksi lähijohtajan rooli on tärkeä erityisesti toiminnan tulosten seurannassa ja arvioinnissa sekä hoidon laadun kehittämistyössä. (Vähäkangas ym. 2012.) Ikääntyneiden palveluissa hoitotyö on kehittynyt monimuotoiseksi ja erityisosaamista vaativaksi (Sarajarvi 2011). Se haastaa lähijohtajia kuntoutumista edistävän, moniammatillisen toiminnan kehittämisessä.

Laaksosen ym. (2012) mukaan lähijohtajan työkuva on muuttunut merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Heidän tehtävänsä organisaatioissa on keskeinen. He toimivat merkittävässä roolissa tiedonvälittäjinä organisaation eri tasojen välillä. (Reikko, Salonen & Uusitalo 2010.) RAI-järjestelmää käyttävän yksikön lähijohtajalla tulee olla hyvä RAI-osaaminen, jotta hän pystyy ohjaamaan, motivoimaan ja tukemaan hoitajia RAI-järjestelmän käytössä. (Vähäkangas ym. 2012.) Lähijohtajan vastuulla on työn tarkoituksenmukainen organisointi sekä työkäytäntöjen ja toiminnan kehittäminen. RAI-järjestelmä antaa välineitä henkilöstövoimavarojen kohdentamiseen asiakasrakenteen mukaisesti sekä laadun ja kustannusten seurantaan ja ohjaamiseen (Finne-Soveri ym. 2009).

Lähijohtajan rooli on keskeinen hoitajien asiantuntijuuden kehittämisessä (Räsänen 2013). RAI-järjestelmän käyttö ja hyödyntäminen perustuvat osaamiseen ja edellyttävät hoitajalta asiantuntijuutta. Lähijohtaja johtaa yksikössään RAI-järjestelmän käyttöä, henkilöstön osaamista ja asiantuntijuuteen kasvamista sekä hyödyntää järjestelmän tuottamaa tietoa toiminnan kehittämisessä. (Vähäkangas ym. 2012.) Lähijohtaja hyödyntää työssään osaa-

misen johtamisen menetelmiä, kun hän syvennä RAI-osaamista yksikössään.

Räsänen (2011) mukaan johtamisen laadulla on merkitystä ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaadulle ympärivuorokautisessa hoivassa. Kun esimies tunnistaa arjen toiminnassa asiakkaiden hoidon tarpeet sekä henkilökunnan toiminnan tavoitteet ja tarpeet, hän pystyy johtamaan ja kehittämään henkilökunnan osaamista sekä fokuoimaan toiminnan perustehtävään. Jatkossa tarvitaan uusia työvälineitä johtamisen tueksi. Forbes ym. (2015) selvittivät RAI-järjestelmän käytön kokemuksia kahdessa kotihoitoyksikössä. Haasteeksi tunnistettiin vaikeus saada lääkärit, asiakkaat ja heidän omaishoitajansa käyttämään RAI:ta osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Forbes kumpaneineen (emt.) totesi myös, että johtaminen ja yhteistyön laajuus ovat olennaisia tekijöitä, kun rakennetaan työyhteisöä, jossa hyödynnetään näyttöön perustuvia hoitotyön käytänteitä. Tiimityö on puolestaan avainasemassa, kun halutaan varmistaa näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen ja hyvien käytäntöjen jakaminen työyhteisössä. Vähäkankaan ja Noron (2009) mukaan RAI-osaamista hyödyntävä työyhteisö perustuu kuntoutumista edistävään toimintakulttuuriin, innostuneeseen ilmapiiriin, omahoitajuuteen sekä henkilöstön osamiseen ja sitoutumiseen.

Lähijohtajien käsityksiä RAI-osaamisesta ja RAI-tiedon hyödyntämisestä

Tässä kirjoituksessa kuvaamme RAIHYJ-mittarilla kerättyä tietoa lähijohtajien käsityksistä hoitajien RAI-käyttöön liittyvästä osaamisesta ja RAI-tiedon hyödyntämisestä johtamisessa.

RAIHYJ-mittari (RAI-järjestelmän hyödyntäminen johtamisessa) on tarkoitettu RAI-järjestelmästä saatavan tiedon hyödyntämisen, johtamisen ja toiminnan kehittämisen työvälineeksi. Mittari on julkaistu THL-raportissa

48/2012 (Vähäkangas ym. 2012). Yhteensä 131 koti- ja ympärivuorokautisen hoidon lähijohtajaa Oulussa, Espoossa ja Helsingissä vastasi kyselyyn. Kaikissa näissä kaupungeissa RAI-järjestelmää on käytetty useiden vuosien ajan. Tutkimuksemme tavoitteena oli mittarin luotettavuustestauksen lisäksi tuottaa uutta tietoa hoitajien RAI-osaamisesta ja osaamisen kehittämistarpeista lähijohtamisen tueksi. Tutkimuksessa kuvattiin myös, miten lähijohtajat hyödyntävät RAI-tietoa toiminnan johtamisessa. Kysely toteutettiin osana kaupunkien RAI:n hyödyntämiseen liittyvää kehittämistyötä.

Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat seuraavat kysymykset:

1. Millaiseksi lähijohtajat arvioivat hoitajien RAI-osaamisen koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä?
2. Millaiseksi lähijohtajat arvioivat hoitajien RAI-arvioinnin tekemiseen liittyvän toiminnan koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä?
3. Millaiseksi lähijohtajat arvioivat hoitajien hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen liittyvän osaamisen koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä?
4. Millaiseksi lähijohtajat arvioivat toiminnan seurannan ja arvioinnin koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä?

Kyselyn vastausprosentti oli 100 (n=131). Kotihoidon lähijohtajia oli 64, ja ympärivuorokautisessa hoidossa lähijohtajia oli 67. Lähestyimme kyselytutkimusta kvantitatiivisen lähestymistavan mukaisesti, jossa tutkimuksen luotettavuus liittyy pitkälti mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2011). RAIHYJ-mittarin luotettavuutta testattiin Cronbachin alfa -menetelmällä, joka tuki mittarin käyttöä tämän kaltaisissa kyselyissä.

Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon lähijohtajien arvioimaa hoitajien RAI-osaamista ja RAI-järjestelmästä saatavan tiedon hyödyntämistä johtamisessa mitattiin 24 kysymystä si-

sältävällä RAIHYJ-mittarilla (Taulukko 1). Sisältöalueet käsittelivät yksikkötason RAI-osaamista (7 kysymystä), RAI-arvioinnin tekemiseen liittyvää toimintaa (5 kysymystä), hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen liittyvää osaamista (6 kysymystä) sekä toiminnan seuranta ja arviointia (6 kysymystä).

Kysely tehtiin 5-portaisella Likert-asteikolla (1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä). Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen -hankkeen (Vähäkangas ym. 2012) asiantuntijaryhmien mukaan yksikön RAI-osaamisen hyvä taso edellyttää vastausvaihtoehtoja 1 (täysin samaa mieltä) tai 2 (samaa mieltä) kaikkien osa-alueiden kysymysten osalta. Muussa tapauksessa on organisaation toiminnassa kehitettävää. Koska RAI-järjestelmän hyödyntäminen edellyttää hyvää osaamisen tasoa, kysymysten vastausvaihtoehdot yhdistettiin dikotomisiksi kaksiluokkaisiksi muuttujiksi, jotka kuvaavat hyvän RAI-osaamisen ja tiedon hyödyntämisen tasoa. Alkuperäiset vastausvaihtoehdot 1 ja 2 nimettiin luokaksi 1 = hyvä taso ja vastausvaihtoehdot 3, 4 ja 5 nimettiin luokaksi 0 = kehitettävä taso. Kehitettävä taso edellyttää aina osaamisen parantamista ja lisäkoulutusta.

RAI-osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen

Tulokset osoittavat kokonaisuudessaan RAI-osaamisessa ja RAI-tiedon hyödyntämisessä olevan kehitettävää sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa. Taulukon 2 tuloksia tulkittaessa pienempi keskiarvo kuvaa parempaa osaamisen ja hyödyntämisen tasoa. Lähijohtajien mukaan RAI-osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen toteutuivat paremmin ympärivuorokautisessa hoidossa. Myös sisältöalueittain vastausten tulos oli samansuuntainen. Merkittävin ero oli sisältöalueissa RAI-osaaminen, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen sekä toiminnan seuranta ja arviointi. Paras tulos saavutettiin

Taulukko 1. RAIHYJ- mittarin sisältöalueet ja kysymykset.

Sisältöalue	Kysymys ¹
1 RAI-OSAAMINEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaikki hoitajat yksikössäni hallitsevat RAI-arvioinnin tekemisen 2. Kaikki uudet hoitajat saavat perehdytyksen RAI:n käyttöön yksikössäni 3. Yksikössäni on nimetty RAI-vastuuhenkilö/avainhenkilö ja hoitajat tietävät, kuka hän on 4. Yksikössäni on RAI-kansio, johon on kerätty RAI-perehtymisen kannalta keskeiset asiat 5. Hoitajat ovat motivoituneita tekemään RAI-arviointeja 6. Hoitajat tietävät miten RAI:ta voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa 7. Yksikössä osataan tulkita RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa
2 RAI-ARVIOINNIN TEKEMINEN	<ol style="list-style-type: none"> 8. RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla (voitit muuttunut oleellisesti, puolivuositain, uloskirjaus) 9. RAI-arvioinnin tekemiseen on rauhallinen tila 10. RAI-arvioinnin tekemiseen on riittävästi tietokoneita 11. Hoitajat täydentävät RAI-arviointia ohjelmistossa olevaa kysymyskohtaista "lisää merkintä" -kenttää hyödyntäen 12. Kun hoitajat ovat erimielisiä RAI-arvioinnin kysymysten vastauksista, asiasta keskustellaan moniammatillisessa tiimissä, hyödynnetään RAI- käsikirjaa ja muita RAI-ohjeita
3 HOITO- JA KUNTOU- TUMISSUUNNITEL- MAN TEKEMINEN	<ol style="list-style-type: none"> 13. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma päivitetään aina RAI-arvioinnin jälkeen 14. Kaikki hoitajat osaavat tulkita RAI-mittareiden tuottamia tuloksia 15. Kaikki hoitajat osaavat "aukikirjoittaa" RAI-mittarit hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan 16. Hoidon tavoitteet ovat hoitosuunnitelmassa mitattavassa muodossa kuvattu 17. RAI-mittareita hyödynnetään hoidon tavoitteiden asettamisessa 18. Kahden RAI-arvioinnin vertailua hyödynnetään hoito- ja kuntoutumissuunnitelman arvioinnissa
4 TOIMINNAN SEURANTA JA ARVIOINTI	<ol style="list-style-type: none"> 19. Yksikkökokouksissa/tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia 20. Yksikössä hyödynnetään RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa toiminnan kehittämisessä 21. Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen 22. Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen 23. RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä 24. Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen

¹ Vastausvaihtoehtoina 5-portainen Likert-asteikko, missä 1= täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä.

Taulukko 2. RAI- osaamisen ja RAI- järjestelmästä saatavan tiedon hyödyntämisen toteutuminen koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Sisältöalue	Kotihoito (n=64) Keskiarvo (keskihajonta)	Ympäri vuorokautinen hoito (n= 67) Keskiarvo (keskihajonta)	T-testin p-arvo
RAI osaaminen	2,60 (0,506)	2,28 (0,599)	0,01
RAI arvioinnin tekeminen	2,77 (0,558)	2,65 (0,669)	0,263
Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen	3,74 (0,594)	2,94 (0,665)	< 0,001
Toiminnan seuranta ja arviointi	2,79 (0,665)	2,39 (0,689)	0,001
Sisältöalueiden ka.	2,97 (0,420)	2,55 (0,555)	< 0,001

sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa sisältöalueessa yksi, RAI-osaaminen.

Suurin ero koti- ja ympärivuorokautista hoitoa vertailtaessa liittyi RAI-arviointien ajantasaisuuteen. Ympäri vuorokautisen hoidon lähijohtajista kolme neljästä arvioi, että RAI-arviointien ajantasaisuus oli hyvällä tasolla, kun taas kotihoidon lähijohtajista näin arvioi yksi neljästä. Samansuuntainen tulos oli lähijohtajien mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisessä. Molemmissa palvelutyypeissä perehdytyksessä, RAI-vastuuhenkilön nimeämisessä, rekrytoinnissa ja kehityskeskustelujen käymisessä ei ollut merkittäviä eroja.

Kokonaisuutena eniten kehitettävää lähijohtajat arvioivat olevan hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä. Suurimmat puutteet hoidonsuunnitteluosaamisessa olivat RAI-mittarien tulkitsemisessä ja RAI-mittarien sanallisessa kuvaamisessa ("aukikirjoitus"). Ympäri vuorokautisessa hoidossa näin arvioi yli kolme neljästä lähijohtajasta ja kotihoidossa lähes kaikki. Kun RAI-arviointi asiakkaan toimintakyvystä on tehty, tulee hoito- ja kuntoutumissuunnitelma päivittää (kysymys 13). Tämän kotihoidon lähijohtajat arvioivat toteutuvan yhdessä kymmenestä hoitosuunnitelmassa, kun taas ympärivuorokautisessa hoi-

dossa päivitys arvioitiin tehtävän ajallaan seitsemälle kymmenestä hoitosuunnitelmasta.

Lähijohtajien arvion mukaan kohtalaisen hyvin toteutui myös sisältöalue neljä, toiminnan seuranta ja arviointi. Yksikkökokouksissa ja tiimipalavereissa arvioitiin käsiteltävän säännöllisesti RAI-järjestelmän tuottamia tuloksia: näin arvioi puolet kotihoidon ja kolme neljästä ympärivuorokautisen hoidon lähijohtajasta. Samansuuntainen tulos oli hoidon laadun epäkohdista kertovien RAI-laatuindikaattorien tuottaman tiedon hyödyntämisessä toiminnan kehittämisessä. Kuitenkin lähijohtajien arvioiden mukaan heikoin tulos sisältöalueessa neljä oli säännöllisessä RAI-asiakastason hoidon tulosten seuraamisessa sekä RAI-arvioinnin toteuttamisessa ja hyödyntämisessä yksikössä "aukikirjoitettuna prosessina".

Kehittämishaasteet

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millainen RAI-osaaminen hoitajilla on lähijohtajien arvioiden mukaan, ja miten RAI-tietoa hyödynnetään lähijohtamisessa.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa RAIHYJ-mittarilla katsottuna tulos oli kaikissa mitta-

rin neljässä sisältöalueessa lähijohtajien arvion mukaan parempi kuin kotihoidossa, ja ero oli tilastollisesti merkitsevä. Suurin kehittämistarve molempien palvelutyyppien osalta liittyi lähijohtajien arvion mukaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen liittyvään osaamiseen.

Tutkimuksessa nousi esille myös lähijohtajien oman RAI-osaamisen kehittämistarve. Tämä näkyi ristiriitana kysymyskohtaisissa tuloksissa sisältöalueiden neljä ja yksi välillä. Ristiriita näkyi siinä, että lähijohtajat hyödynsivät oman arvionsa mukaan RAI-järjestelmästä saatavaa tietoa johtamisessaan ja käsittelivät sitä henkilöstön kanssa, mutta kuitenkin he samalla arvioivat hoitajien RAI-osaamisessa olevan paljon parannettavaa. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa kaupungeissa oli pönostettu RAI-järjestelmän käyttöön, kehittämiseen, koulutukseen ja koordinoitiin esimerkiksi palkkaamalla organisaatioon oma RAI-asiantuntija joko osa- tai kokopäiväisesti vastaamaan edellä mainituista sisältöalueista. Ympäri vuorokautisen hoidon paremmat tulokset saattavat osaltaan selittyä RAI-järjestelmän käyttöön ja hyödyntämiseen liittyvällä kehittämistyöllä, jota on tehty systemaattisemmin ja pidempään kuin kotihoidossa.

Vähäkankaan (2010) ja Vähäkankaan ym. (2012) mukaan RAI-järjestelmän käyttö ja siihen liittyvän käsitteistön hallinta vaativat koulutusta ja harjoittelua. Tässä tutkimuksessa lähijohtajat arvioivat sisältöalueessa yksi RAI-osaamisen suurimpien kehittämistarpeiden liittyvän sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa hoidonsuunnitteluosaamiseen sekä hoitajien ja lähijohtajan motivaatioon liittyen RAI-järjestelmän käyttöön ja siitä saatavan tiedon hyödyntämiseen.

Benner (1984) on kehittänyt hoitajien osaamisen tason arviointiin ja kehittämiseen hoitajien ammatillista osaamista kuvaavan asteikon novisista asiantuntijaksi, joka on käytökelpoinen kehitettäessä hoitajien RAI-osaamista sekä kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvää osaamista. Hoitajien motivaat-

ioon vaikuttaa lähijohtajan oma asenne RAI-järjestelmän käyttöön ja hyödyntämiseen sekä hänen antamansa roolimalli kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu (Vähäkangas 2010; Nikkilä & Paasivaara 2007). Myös riittävällä perehdytyksellä ja koulutuksella on vaikutusta motivaation kehittymiseen. Tutkimuksessa käytetty RAIHYJ-mittari antaa tietoa organisaation ja yksikön koulutussuunnitelman pohjaksi ja voi siten toimia lähijohtajan työvälineenä osaamisen arvioinnissa.

Sisältöalueessa kaksi eniten kehitettävää sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa oli lähijohtajien arvion mukaan RAI-arviointitietojen ajantasaisuudessa. Ero oli selvä myös palvelutyyppikohtaisesti tarkasteltuna. Kotihoidossa lähijohtajat arvioivat ainoastaan joka neljännen arvioinnin olevan aina ajan tasalla, kun vastaava arvio ympärivuorokautisessa hoidossa oli reilusti yli puolet. Tulos on yhteneväinen Klemolan (2016) tutkimustulosten kanssa, jossa kaikkien asiakkaiden hoitosuunnitelmat eivät olleet ajantasaisia, ja heidän toimintakykyään tarkastellaan enimmäkseen negatiivisten ja sairauskeskeisten muutosten kautta. Toimiva RAI-prosessi ja arviointitietojen ajantasaisuus vaativat lähijohtajalta organisoitua ja tiivistä seurantaa. RAIHYJ-mittari on uusi työväline, joka tuottaa tietoa toiminnan ja RAI-osaamisen johtamisen apuvälineeksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollossa on ohjelmistoja ja järjestelmiä saatavilla, mutta niitä käytettävän vähän, vähiten juuri osaamisen johtamisessa (Kivinen 2008). Klemolan (2016) tutkimuksessa todettiin, että hoitokertomusta ei aina ehditty katsoa ennen hoitotapahtumaa. Tarvitaan siis tiedon hallintaan liittyvää osaamista, jota tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin avulla on mahdollista kehittää. Mittari nostaa esille epäkohtia muun muassa hoitajien toimintakyvyn arviointiosaamisessa ja RAI-tiedon hyödyntämisessä hoidonsuunnitteluprosessissa, jolloin lähijohtaja voi huomioida sen hoitajien koulutussisällötä suunnitellessaan. Johtamisen näkökulmasta se nostaa esille niitä hoidonsuunnitteluun

liittyviä sisältöalueita, joita lähijohtajan omassa työssään tulisi kehittää. Lisäksi se antaa lähijohtajalle kokonaiskuvan, miten hän johtajana hyödyntää RAI-tietoa omassa työssään.

Kokonaisuutena lähijohtajat arvioivat heikoimmaksi osa-alueeksi sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa sisältöalueen kolme, hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen. Suurimmat puutteet hoidonsuunnitteluosaamisessa lähijohtajat arvioivat olevan RAI-mittarien tulkitsemisessä ja RAI-mittarien sanallisessa kuvaamisessa ("aukikirjoitus"). Koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa oli suuri ero myös hoito- ja kuntoutumissuunnitelman päivittämisessä RAI-arvioinnin jälkeen. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa herää ajatus, että RAI-osaaminen saattaa olla yhteydessä laajempaan hoidonsuunnittelun osaamiseen ja hoidon laadun arviointiin. Klemolan (2016) mukaan ikäihmisten toimintakyvyn arvioinneilla ei ollut merkitystä päivittäisen hoidon suunnittelussa, vaan hoitaminen perustui edellisen vuoron hoitajan suulliseen raporttiin tai hoitajan omaan havainnointiin.

Parhaiten lähijohtajien arvion mukaan toteutui sisältöalue neljä, toiminnan seuranta ja arviointi. Lähijohtajan tulisi käsitellä RAI-osaamista, RAI-arviointitiedon hyödyntämistä sekä saavutettuja hoidon tuloksia hoitajien kanssa käymissään kehityskeskusteluissa. RAIHYJ-mittari tuottaa lähijohtajalle tietoa hoitajien RAI-osaamisesta. Mittarin tuottamia tunnuslukuja on mahdollista hyödyntää esimerkiksi kehityskeskusteluissa. (Vähäkangas ym. 2012.) Poikelan (2005) mukaan kehityskeskusteluprosessi voidaan nähdä osana organisaation oppimisen johtamista. Suorituksen arviointi edellyttää lähijohtajalta tiivistä hoitajien ohjausta ja arviointia. Tällöin odotukset ja tavoitteet tulee määrittellä, asettaa arviointitasot ja palautteen antotavat (Ruoranen 2011). Vähäkangas (2010) toteaa tutkimuksessaan, että RAI-osaamisen vaatimus on huomioitava myös rekrytoinnissa. Vastoin aikaisempia tutkimuksia (mm. STM 2009; Ruoranen 2011) tämän tutkimuksen mukaan lähijohtajat kyl-

lä kävivät kehityskeskusteluja ja niissä oman arvionsa mukaan käsittelevät myös hoitajien RAI-osaamiseen ja hoidon suunnitteluun liittyvää osaamista. Se ei kuitenkaan näkynyt hoitajien osaamisena tarkasteltaessa esimerkiksi hoidonsuunnitteluun liittyviä tuloksia tai motivaationa hyödyntää RAI-arvioinnin tuottamaa tietoa omassa työssään. Myös Klemolan (2016) mukaan ikäihmisille laaditut hoitosuunnitelmat toteutuivat huonosti. Tämä herättää kysymyksen lähijohtajien omasta osaamisesta ja motivaatiosta RAI-järjestelmän tuottaman tiedon hyödyntämiseen, kuntoutumista edistävän toiminnan johtamiseen ja osaamisen johtamiseen. Vähäkangas (2010) ja Vähäkangas ym. (2012) ovat todenneet, että esimiehiltä edellytetään laaja-alaista RAI-osaamista ja panostamista omaan kuntoutumista edistävään osaamiseen. Henkilöstön vaihtuvuudella saattaa olla vaikutusta esimiesten arvioon hoitajien RAI-osaamisesta, etenkin, mikäli perehdytystä ja koulutusta ei ole jostain syystä pystytty järjestämään uusille työntekijöille.

Lopuksi

On mahdollista, että tässä tutkimuksessa saadut tulokset kertovat ikäihmisten palveluja tuottavien organisaatioiden hoidon suunnittelun tilasta laajemminkin Suomessa, mikä on merkittävä tieto palveluita kehitettäessä. Tiedon merkittävyyttä lisää hoito- ja palvelusuunnitelman lakisääteisyys Suomessa. Sen tulisi olla systemaattisen palvelutarpeen arvioinnin jälkeen kaiken asiakkaalle annettavan hoidon ja palvelun lähtökohta. Tiedonhallinta on tärkeä osa toimintaa, koska sillä on suora vaikutus ikäihmisten hoidon toteuttamiseen. Hoidon laatua voidaan siis parantaa hyvän tiedonhallinnan avulla. (Klemola 2016.) Voidaan kysyä, mihin asiakkaiden saama hoito ja palvelu tänä päivänä perustuvat, tai miten toteutuvat laadukkaat, asiakaslähtöiset palvelut, jos hoidonsuunnitteluosaaminen on myös yleisellä tasolla tämän tutkimuksen tulosten mukaista. Edellä

mainitulla on selkeä yhteys aikaisempaan tutkimukseen, jossa Noro kumppaneineen (2005) on todennut, että lähijohtajan tehtävänä on turvata henkilöstön asiantuntijuus ja osaaminen, jotta hyvä hoidon ja palvelun laadun taso säilyy. Jensdóttir kumppaneineen (2008) on lisäksi omassa tutkimuksessaan todennut, että käytettäessä standardoitua RAI-järjestelmää on mahdollista kehittää hoitotyön kirjaamista sekä selkiyttää hoitajien ja lääkärin välisiä rooleja.

Tutkimuksessa saatiin uutta tietoa RAI-järjestelmän tuottaman tiedon yhdistämisestä henkilöstön osaamiseen, yksikön toimintamalleihin ja käytäntöihin, hoidon suunnitteluun sekä johtamiseen. RAIHYJ-mittari voi toimia johtamisen työvälineenä tuottamalla tunnuslukuja lähijohtajan käyttöön. Näiden tunnuslukujen avulla saadaan tietoa yksikön RAI-osaamisen tasosta ja pystytään konkreettisesti lähijohtajan arvioimat kehittämistar-

peet. Lähijohtajien arvion mukaan suurimmat kehittämistarpeet liittyivät sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa hoidonsuunnitteluosaamiseen, RAI-järjestelmän tuottaman tiedon ymmärtämiseen ja soveltamiseen, RAI-arviointitietojen ajantasaisuuteen sekä hoitajien ja lähijohtajien motivaatioon liittyen RAI-järjestelmän käyttöön ja siitä saatavan tiedon hyödyntämiseen.

Saatuisten tulosten perusteella tärkeänä jatkotutkimushaasteena voidaan nähdä laaja-alainen koti- ja ympärivuorokautista hoitoa koskeva, hoidonsuunnitteluun ja kirjaamiseen liittyvän osaamisen systemaattinen selvittäminen esimerkiksi hoitosuunnitelmia analysoimalla.

Yhteydenotto:

Katriina Niemelä

katriina.niemela@gerofuture.fi tai

katriina.niemela@coronaria.fi



Kirjallisuus

- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. California: Addison Wesley.
- Björkgren, M. & Fries, B. (2004). Applying RUG-III for Reimbursement of Nursing Facility Care. *Int J Healthc Tech Manag*, 7, 82–99.
DOI: 10.1504/IJHTM.2006.007873
- Bleken, L.E., Vinsnes, A.G., Gjeilo, K.H., Norton, C., Morkved, S., Salvensen, O. & Nakrem, S. (2016). Exploring faecal incontinence in nursing home patients: a cross-sectional study of prevalence and associations derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1579–1591. doi: 10.1111/jan.12932.
- Carpenter, I. & Hirdes, J.P. (2013). Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. Teoksessa Carpenter I. & Hirdes J.P. (toim.), *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. In A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. Saatavilla osoitteessa: <http://www.interrai.org/assets/files/par-i-chapter-3-old-age.pdf>
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) (2006). *Kotihoidon asiakasrakente ja hoidon laatu: Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes M223.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Kiviniemi, K., Heikkilä, R., Björkgren, M., Vähäkangas, P., Tuomola, P. & Peiponen, A. (2009). RAI suuntaa kohti vanhuspalvelujen tuotteistamista ja integraatiota. *Premissi* 6, 20–23.
- Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. (2014) Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Lääkärilehti* 69, 3467–3473.
- Fries, B.E., Simon, S.E., Morris, J.N., Flodstrom, C. & Bookstein, F.L. (2001). Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist*, 41(2), 173–179.
- Forbes, D., Strain, L., Blake, C., Peacock, S., Harrison, W., Woytkiw, T., Hawranik, P., Thiessen, E., Woolf, A., Morgan, D., Innes, A. & Gibson, M. (2015). *Dementia Care Evidence: Context-*

- tual Dimensions that Influence Use in Northern Home Care Centres. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 15(1), 117–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v15i1.344>.
- Hawes, C., Morris, J.N., Phillips, C.D., Fries, B.E., Murphy, K. & Mor, V. (1997). Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26(2), 19–25.
- Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (2015). *Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa*. Raportti 2015/9. Helsinki: THL.
- Jensdóttir, A.B., Jónsson, P., Noro, A., Jonsén, E., Ljunggren, G., Finne-Soveri, H., Schroll, M., Grue, E. & Björnsson, J. (2008). Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care – Patient records compared with standardized assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 341–347. DOI:10.1111/j.1471-6712.2007.00534.x.
- Kivinen, T. (2008). *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Klemola, L. (2016). *Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmistien palveluissa: tiedonhallinnan näkökulma*. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2008-9>
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. (2012). *Lähihoitamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita.
- Laine, J. (2005). *Laatua ja tuotannollista tehokkuutta?* Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Tutkimuksia 151. Helsinki: Stakes.
- Laine, L., Rajala, T., Lahtinen, Y., Noro, A., Finne-Soveri, H., Talvinko, T. & Valvanne, J. (2007). Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaika vanhuslaitoshoidossa? RAVA-indeksi ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymittarin vertailu. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 44, 153–162. DOI: 568-1-2382-1-10-20080901.pdf
- Maakunta- ja soteuudistus. Valtioneuvosto. <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>. 24.11.2017. Luettu 30.12.2017
- Mazurek, B. M., Fineout-Overholt, E., Gigglesman, M. & Cruz, R. (2010). Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nursing Outlook*, 58 (6), 301–308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.002>.
- Meretoja, R. (2003). *Nurse competence scale*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Metsämuuronen, J. (2011). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. 4. korjattu laitos, e-kirja 1. painos. Helsinki: International Methelp, cop.
- Morris, J., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami, R., Bernabei, R., Carpenter, I., Gilgen, R., Hirdes, J.P. & Topinkova, E. (1997). Comprehensive Clinical Assessment in community Setting: Applicability of the MSD- *Journal of American Geriatrics Society*, 45(7), 1017–1024.
- Morris, J.N., Fries, B.E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, R., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquier, J., Frijters, D., Henrard, J., Hirdes, J.P. & Belleville-Taylor, P. (2000). *RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0*. Marblehead, MA: Opus Communications.
- Murakami, Y. & Colombo, F. (2013). Measuring quality in long-term care. Teoksessa Carpenter I. & Hirdes J.P. (toim.), *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care*. In *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. DOI: 10.1787/9789264194564-en
- Neufeld, E., Viau, K.A., Hirdes, J.P. & Warry, W. (2016). Predictors of frequent emergency department visits among rural older adults in Ontario using the Resident Assessment Instrument-Home Care. *Aust. J. Rural Health*, 24(2), 115–122. DOI: 10.1111/ajr.12213
- Nikkilä, J. & Paasivaara, L. (2007). *Arjen johtajuus: rutiinihoitamisesta tulkintataitoon*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbäck, R. (2001). *Rai-järjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking*. RAI-raportti. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194012>.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (2005). *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193742>.
- Phillips, C.D., Zimmerman, D., Bernabei, R. & Jonsen, P.V. (1997). Using the Resident assessment instrument for quality enhancement in nursing homes. *Age and Ageing*, 26(2), 77–81.

- Poikela, E. (toim.) (2005). *Oppiminen ja sosiaalinen pääoma*. Tampere: Tampere University. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-44-6413-3>.
- Pölkki, T. (2011). Yhteistyön edellytykset terveydenhuollossa ja tutkimuksessa. *Tutkiva hoitotyö*, 9(3), 3.
- Reikko, K., Salonen, K. & Uusitalo, I. (2010) *Puun ja kuoren välissä. Lähijohdajuus sosiaali- ja terveysalalla*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ristolainen, M. (2007). RAI-tulosten hyödyntäminen terveyskeskuksen sairaalassa. Teoksessa T. Itkonen, K. Lindman, H. Corin & A. Noro (toim.), *Kokemuksia vanhusten-uollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä* (s. 14–16). Helsinki: Stakes.
- Routasalo, P., Arve, S & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *Internat J Nurs Pract*, 10(5), 207–215. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2004.00480.x
- Ruoranen, R. (2011). Miten strategia kiteytetään 90 minuuttiin? Tutkimus kehityskeskusteluista. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Räsänen, R. (2011). *Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille*. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Räsänen, M. (2013). Johtamisen kompetenssin sisältö ja sen kehittyminen terveydenhuollon lähijohdajien kuvaamana. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 1, 48–64. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1616598>
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen*. Helsinki: WSOYpro OY.
- STM (2009). *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön*. Toimintaohjelma 2009–2011. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>.
- STM (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. Julkaisuja 2017:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>. 26.6.2017, luettu 24.11.2017.
- Vähäkangas, P. & Noro, A. (2009). Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. *Hoitotiede* 21(2), 97–108.
- Vähäkangas, P. (2010). *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.