

Koulutuksen vaikutus RAVA arviointeihin

Lotta Sokka, KTM, Liisa Klemola, TtM, Maija Valta, TtM

FCG Finnish Consulting Group Oy

Lotta Sokka, KTM, tuoteasiantuntija, FCG Finnish Consulting Group Oy, Torpankuja 5 C 16, 40740 Jyväskylä, FINLAND. Sähköposti: lotta.sokka@fcg.fi.

Abstract

Aging of the population creates demand for services for the elderly. At the same time it creates challenge for communities and other actors responsible for these services. The aim should be that the services are allocated on the grounds of actual functional limitations or other justifiable reasons. Any made decisions should be based on a holistic review of one's functional capacity, not on a score of any one test or criteria.

RAVA functional ability test is a test for the elderly with which functional capacity and need for help can be evaluated. With RAVA functional ability test one's functional capacity is evaluated by means of 12 functions and RAVA index is calculated. On the basis of the RAVA index one can be placed in a specific RAVA class. Also the acuity of the evaluated client must be stated. The implementation of the RAVA performance test requires that the implementing organization has a valid RAVA licence agreement. All the users of the RAVA functional ability test must also attend RAVA training.

The purpose of this study was to compare the RAVA evaluations made for the same person before and after RAVA training. The data was collected in RAVA training sessions during the spring 2011. The study shows that the evaluations made after the training differ from the ones made before. In four of the 12 evaluated functions the difference was significant and affected also the calculated RAVA index and RAVA class. Also the way the acuity of the evaluated client was experienced differed between the two evaluations made. The conclusion of this study is that RAVA training is highly important and the demand for compulsory RAVA training for the users is justified.

Keywords: data quality, functional capacity, RAVA functional ability test, acuity, effectiveness of training

Tiivistelmä

Väestön ikääntyminen luo kysyntää ikäihmisille suunnatuille palveluille ja samalla haasteita palveluista järjestämistä vastuussa oleville tahoille. Palvelut tulisi myöntää todellisen toimintakyvyn, sairauden tai muun perustellun syyn perusteella niin, että asiakkaat saavat palveluja yhtenäisten, tasavertaisten periaatteiden mukaisesti. Päätöksen tulee aina perustua asiakkaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn tarkasteluun, ei yksittäisen mittarin antamaan lukemaan tai kriteeriin.

RAVA -mittari on ikäihmisten toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioimiseen käytettävä mittari. RAVA -mittarilla asiakkaan toimintakykyä arvioidaan 12 perustoiminnon avulla. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA -indeksi, jonka perusteella asiakas voidaan sijoittaa RAVA -luokkaan. Myös asiakkaan hoitoisuus, eli arvioijan oma subjektiivinen kokemus arvioitavan asiakkaan hoidon raskaudesta, tulee arvioida. RAVA -mittarin käyttöönotto edellyttää käyttöönottavalta organisaatiolta voimassaolevaa lisenssiä sekä sitä, että kaikki RAVA -mittaria käyttävät henkilöt on koulutettu RAVA -arvioinnin oikeaoppiseen tekemiseen. Vain laadukkaan tiedon avulla voidaan tehdä oikeasuuntaisia päätöksiä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli verrata kuinka yhdenmukaisia samasta asiakkaasta tehdyt RAVA -arvioinnit olivat ennen ja jälkeen henkilökunnan koulutuksen. Tutkimusaineisto kerättiin kevään 2011 aikana järjestetyissä ennakkoon sovitussa RAVA -mittarikoulutuksissa. Tutkimuksessa selvisi, että ennen ja jälkeen koulutuksen tehdyissä RAVA -arvioinneissa oli eroja. Neljän arvioitavan toiminnon osalta ero oli tilastollisesti merkitsevä ja vaikutti RAVA -indeksiin. Näin myös RAVA -luokan muutos oli merkitsevä. Myös hoitoisuus arvioitiin erilailla koulutuksen jälkeen.

Tutkimuksen tulokset tukevat aiempia oletuksia koulutuksen vaikutuksesta ja tekevät RAVA -sopimusehdoissa olevan vaatimuksen siitä, että jokaisen RAVA -mittaria käyttävän henkilön on osallistuttava yhtenäiseen RAVA -koulutukseen, oikeutetuksi.

Avainsanat: tiedon laatu, toimintakyky, RAVA -toimintakykymittari, hoitoisuus, koulutuksen vaikutus

Johdanto

Ikäihmisten määrä niin Suomessa kuin muissakin teollistuneissa maissa on kasvanut huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Väestön ikääntyminen lisää ikäihmisille suunnattujen palveluiden kysyntää, mikä luo haasteita kunnille ja muille palveluista vastaaville tahoille. Tavoitteena tulee olla, että ikäihmisille tarjottavat palvelut myönnetään ensisijaisesti henkilön todellisen toimintakyvystä ilmenevien vajavuuksien mukaan.

Ikäihmisen toimintakyvyn arvioimiseen tarvitaan kattava toimintakykymittari. Sen lisäksi, että valitaan oikeanlainen mittari, tulee varmistua myös siitä, että mittarin käyttäjillä on valmiudet oikeanlaisen arvioinnin tekemiseen. Viikkumaa [1] vertaa luotettavaa toimintakykymittaria työkaluun, jolla on mahdollista saada aikaan hyvä tulos ainoastaan, mikäli sitä osataan käyttää oikein. Mikäli toimintakykymittarin avulla saatua tietoa käytetään päätöksenteon apuvälineenä, tulee varmistua siitä, että tehty arviointi on luotettava. Ammattihenkilöstöllä tulee näin ollen olla riittävät tiedot ja taidot käyttää valittua mittaria oikein ja annettujen kriteerien mukaisesti [1,2].

Tiedon laatu ja sen merkitys organisaatioiden päätöksenteossa

Sosiaali- ja terveydenhuoltosektorilla on tänä päivänä käytössä lukuisia eri tietojärjestelmiä. Se, kuinka paljon hyötyä erilaisten järjestelmien käytöstä käyttäjäorganisaatiolle on, perustuu pitkälle siihen, kuinka laadukasta järjestelmien sisältämä tieto on. Mikäli järjestelmiin tallennetun tiedon laatu on huonoa, myös järjestelmistä saatavan hyödyn määrä pienenee [3].

Tiedon laadulla on merkitystä myös silloin, kun arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuoltosektorilla tehtäviä päätöksiä. Mikäli jokin päätös perustuu huonolaatuiseen tietoon, voidaan päätöksen oikeellisuutta perustellusti kyseenalaistaa [3].

Tiedon laatuun vaikuttavat osaltaan myös tiedon tuottamiseen, tallentamiseen ja tulkitsemiseen osallistuvien ihmisten henkilökohtaiset tiedot ja taidot. Laadukkaankaan tiedon arvo käyttäjälle ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys vaan tiedon hyödyllisyys määräytyy sen mukaan, kuinka hyvin kyseinen tieto palvelee käyttäjän tarpeita [4-6].

Eri tietojärjestelmiin tallennetun tiedon määrä tänä päivänä on valtava. Organisaatioiden haasteena onkin tiedon hallinta sekä se, kuinka tietoa voidaan mahdollisimman tehokkaasti hyödyntää. Jotta organisaatiot voivat kehittää omaa toimintaansa, tulee myös tiedon hallintaa aktiivisesti kehittää [4].

RAVA -mittari ja toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa muun muassa henkilön kysyä suoriutua erilaisista päivittäisistä toiminnoista. Ikäihmisten toimintakyvyn arvioimisessa voidaan käyttää apuna erilaisia kyselyitä, haastatteluita tai havainnointia. Tavoitteena on saada mahdollisimman monipuolinen ja luotettava kuva ikäihmisen toimintakyvystä ja siinä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista [7-9].

RAVA -mittari on Tapio Rajalan ja Eero Vaissin kehittämä ikäihmisten (65-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioimiseen käytettävä mittari. RAVA -arvioinnissa ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avun tarvetta arvioidaan kahdentoista toiminnon avulla. Arvioitavat toiminnot ovat: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psykyke.

Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA -indeksi, jonka perusteella asiakas voidaan sijoittaa tiettyyn RAVA -luokkaan (Taulukko 1). Sekä RAVA -indeksiä että RAVA -luokkaa voidaan käyttää viitteellisenä apuvälineenä arvioitaessa yksittäisen ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avun tarpeen määrää [10]. RAVA -arviointi kuvaa asiakkaan toimintakykyä aina siinä ympäristössä, jossa arviointi on tehty. Eri ympäristössä tehdyt saman asiakkaan RAVA -arvioinnit voivat poiketa toisistaan, koska ympäristö voi joko parantaa tai heikentää asiakkaan toimintakykyä.

Taulukko 1. RAVA-luokka, RAVA-indeksi ja arvioitu avun tarve.

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
1	1,29-1,49	Satunnainen
2	1,50-1,99	Tuettu hoito
3	2,00-2,49	Valvottu hoito
4	2,50-2,99	Valvottu hoito
5	3,00-3,49	Tehostettu hoito
6	3,50-4,03	Täysin autettava

RAVA -arvioinnin yhteydessä arvioinnin tekijä ottaa kantaa myös asiakkaan hoitoisuuteen, jolla tarkoitetaan arvioijan subjektiivista näkemystä siitä, kuinka raskasta arvioitavan asiakkaan hoitaminen on. Valmiita arviointikriteereitä hoitoisuuden arvioimiseen ei siis ole, eikä niitä pidä laatia. Hoitoisuus arvioidaan RAVA -mittarin yhteydessä asteikolla 0-10, jossa 0 tarkoittaa erittäin helppohoitoista ja 10 erittäin raskashoitoista asiakasta. Hoitoisuuden arvio ei vaikuta asiakkaan RAVA -indeksiin tai RAVA -luokkaan, mutta sillä on erittäin suuri merkitys arvioitaessa esimerkiksi työkuormittavuutta ja siihen vaikuttavia syitä. Jos saman asiakkaan arvioi toinen työntekijä samaan aikaan helppohoitoiseksi ja toinen työntekijä raskashoitoiseksi, voidaan päätellä, että kuormittavuus johtuu jostain muusta kuin asiakkaan toimintakyvystä.

RAVA -arvioinnit tallennetaan RAVATAR -ohjelman kautta valtakunnalliseen tietokantaan. RAVATAR -ohjelman kautta käyttäjäorganisaatiot voivat tuottaa erilaisia raportteja, joiden tietoa organisaatiot voivat käyttää tekemiensä päätösten pohjana. Jotta edellä mainittujen päätösten oikeellisuus voidaan taata, tulee kaikki ohjelmaan syötetty tieto olla laadukasta ja vertailukelpoista.

RAVA -mittarin ja RAVATAR -ohjelman käyttöoikeus on lisenssin hankkineilla organisaatioilla. Lisenssiehtoihin sisältyy vaatimus henkilökunnan osallistumisesta RAVA -mittarikoulutukseen. Kaikesta RAVA -koulutuksesta vastaa FCG Finnish Consulting Group Oy. Organisaatioiden omat koulutukset ovat kiellettyjä arvioiden luotettavuuden varmistamiseksi.

Strongin ym. [6] mukaan tiedon laadun ongelmat voivat johtua muun muassa eri lähteistä saatavan tiedon ristiriitaisuudesta, tiedon saatavuuteen liittyvistä ongelmista tai ymmärtämiseen liittyvistä ongelmista. Eri tietolähteistä kerätyn tiedon epätarkkuus tai epätäydellisyys voi myös tuottaa ongelmia. Koulutuksen avulla pyritään RAVA -mittarin käyttäjät ohjeistamaan arviota varten tarvitsemansa tiedon oikeaoppiseen keräämiseen, jotta edellä

esitettyjen ongelmien esiintyvyys saataisiin minimoitua. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli verrata, kuinka yhdenmukaisia samasta asiakkaasta tehdyt RAVA -arviointit olivat ennen ja jälkeen RAVA -mittarikoulutuksen.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto kerättiin 14 paikkakunnalla pidetyissä RAVA koulutuksissa ajalla 15.2.-9.6.2011. Lupa aineiston keräykseen pyydettiin koulutuksen järjestävältä organisaatiolta ennen koulutusta. RAVA -arviointilomakkeet koodattiin juoksevalla numerolla siten, että jokaiselle koulutukseen osallistujalle oli kaksi samalla numerolla koodattua lomaketta. Numerosarjan perään lisättiin tunniste, jolla ennen koulutusta (A) ja sen jälkeen (B) tehdyt arviointit voitiin erottaa.

Lomakkeen taustatiedoissa kartoitettiin lisäksi seuraavat asiat: ammatti, kuinka kauan osallistuja on toiminut tässä ammatissa, toimiiko osallistuja esimiestehtävissä. Lisäksi kysyttiin osallistujan ikä, sukupuoli ja onko hän osallistunut aiemmin FCG:n järjestämään RAVA koulutukseen.

Koulutuksen alussa kouluttaja pyysi koulutukseen osallistuvaa hoitajaa valitsemaan mielessään asiakkaan, jonka toimintakyvyn hän tunsu hyvin. Tämän jälkeen koulutuksessa olevat hoitajat arvioivat valitsemansa asiakkaan ja täyttivät paperisen RAVA -lomakkeen niillä tiedoilla, mitä RAVA -mittarilomakkeessa on. Tämän jälkeen kouluttaja keräsi A-lomakkeet pois. Lomakkeisiin ei merkitty asiakasta koskevia tietoja, jotta arvioinnin kohteena ollutta asiakasta ei voitu tunnistaa.

Lomakkeiden poiskeräämisen jälkeen kouluttaja koulutti RAVA -mittarin 12 toimintoa ja niihin liittyvät kriteerit. Koulutuksen jälkeen hoitajat täyttivät B-lomakkeen samasta asiakkaasta kuin A-lomakkeen koulutuksessa saamansa tiedon perusteella. Nämä lomakkeet kerättiin pois koulutuksen päätyttyä.

Lomakkeisiin merkityt arviointit toiminnoista tallennettiin RAVATAR -ohjelmaan ja tulokseksi saatiin asiakkaan RAVA -indeksi ja -luokka. Yksittäisten toimintojen arviointit sekä RAVA -indeksi, -luokka ja hoitoisuus tallennettiin SPSS -ohjelmaan. Aineiston analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja verrannollisten parien t-testiä.

Tulokset

Arvioinnin teki yhteensä 832 hoitajaa. Koulutuksensa ilmoitti 786 hoitajaa, joista perus- tai lähihoitajia oli 63 % (n=494). Seuraavaksi suurin ryhmä olivat sairaanhoitajat 25 % (n=196). Muita ammattiryhmiä olivat esimerkiksi terveydenhoitajat, kodinhoitajat ja palveluohjaajat. Heidän ikänsä vaihteli 18–62 vuoden välillä, keskiarvon ollessa 43 vuotta. Työuran pituus vaihteli juuri aloitaneista 40 vuoteen. Arviointien tekijöistä oli 2 % (n=18) miehiä. Tiedon aiemmasta RAVA koulutukseen osallistumisesta oli täyttänyt 811 osallistujaa. Heistä 78 % (n=632) oli RAVA koulutuksessa ensimmäistä kertaa ja 22 % (n=179) osallistui toista tai useampaa kertaa koulutukseen. Taustatiedoissa kysyttiin myös toimiiko vastaaja esimiestehtävissä. Kohdan oli täyttänyt 817 vastaajaa, heistä 8 % (n=61) esimiestehtävissä.

Ennen koulutusta ja sen jälkeen tehtyjen arviointien yhdenmukaisuutta testattaessa tultiin tulokseen, että kaikissa toiminnoissa oli eroja. Seitsemässä toiminnossa (näkö, kuulo, rakon toiminta, syöminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke) A- ja B mittauksen välillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Nämä toiminnot pystyttiin arvioimaan lähes yhdenmukaisesti ilman koulutusta.

Aistitoimintoja arvioidaan RAVA -mittarilla näön ja kuulon osalta. Molemmat aistitoiminnot oli arvioinut 804 hoitajaa. Näön arvioinnissa on mahdollista valita kolmesta luokasta: normaali, heikko ja sokea. Näön kohdalla arvioinnin tehneistä hoitajista 93 % (n=746) oli valinnut saman luokan A- ja B-mittauksessa. Kuulon arvioinnissa voidaan valita normaali, alentunut tai kuuro - vaihtoehdoista. Arvioinnin tehneistä 92 % (n=739) oli valinnut saman luokan ennen ja jälkeen koulutuksen.

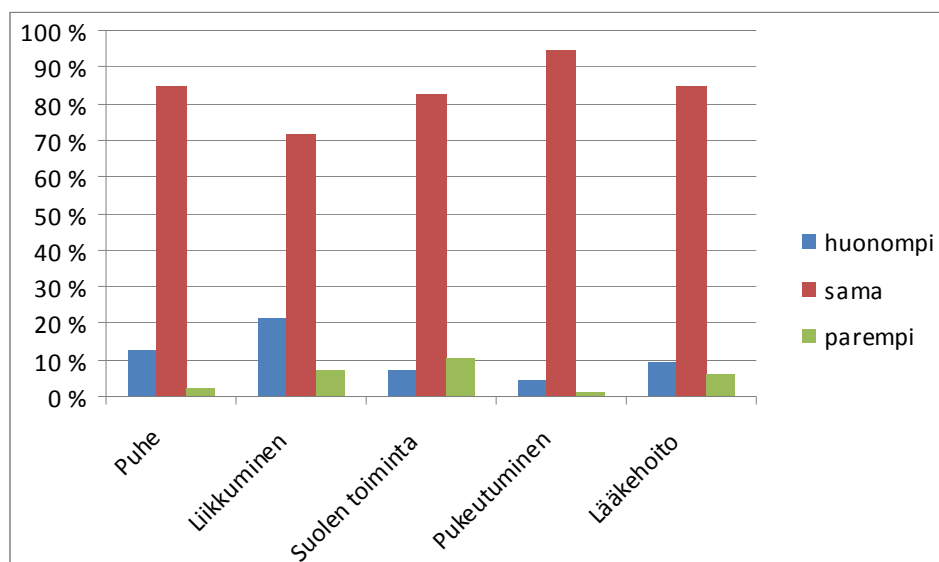
Rakon toiminnan ja syömisen oli arvioinut 804 hoitajaa. Rakon toiminnan kohdalla 91 % (n=728) hoitajista oli valinnut normaali, kasteleva tai katetri luokista saman uusintamittauksessa. Syömisen arvioinnissa on käytössä neljä luokkaa: itsenäinen, autettava, letkuruokinta ja syötettävä. Arvioinnin tehneistä 83 % (n=664) oli valinnut saman luokan ennen ja jälkeen koulutuksen.

Peseytymisen kohdalla toimintakyvyn kuvaamiseen on kaksi vaihtoehtoa: itsenäinen ja autettava. A- ja B-mittauksen oli täyttänyt 804 hoitajaa. Näistä hoitajista 96 % (n=768) arvioi toimintakyvyn samaan luokkaan. Tämä toiminto oli arvioitu kaikkein yhdenmukaisimmin.

Muistin kohdalla (802 arviointia) on valittavissa kolme luokkaa: normaali, alentunut ja muistamaton. Arvioinneista 85 % (n=680) oli yhdenmukaisia. Psykyen arviointia (803 arviointia) varten on käytössä seitsemän vaihtoehtoa: Normaali, masentunut, aggressiivinen, sekava, häiritsevä, harhaileva ja kontaktikyvytön. Hoitajista 82 % arvioi psyyken samaan luokkaan A- ja B- mittauksessa.

Viiden toiminnon: puhe (p<0,001), liikkuminen (p<0,001), suolentoiminta (p<0,05), sekä pukeutuminen (p<0,001) luotettava arviointi osoittautui vaikeaksi ilman koulutusta (Kuvio 1). Lisäksi muutos lääkehoidon arvioinneissa oli lähes merkitsevällä tasolla (p=0,056).

Kuvio 1. Koulutuksen jälkeen tehdyt arvioinnit suhteessa ennen koulutusta tehtyihin.



Puheen arvioinnissa on käytössä kolme eri luokkaa: normaali, epäselvä ja afasia. Puhekykyä oli arvioinut 804 hoitajaa. Puheen arvioinnissa 85 % (n=682) pysyi samassa luokassa koulutuksen jälkeen. Arviointiin osallistuneista 13 % (n=103) arvioi puhetta koskevan toimintakyvyn B mittauksessa huonommaksi kuin A-mittauksessa. Loput 2 % (n=19) arvioi puheeseen liittyvän toimintakyvyn paremmaksi koulutuksen jälkeen.

Liikkumisen arvioinnissa on käytössä seitsemän luokkaa: normaali, epävarma, itsenäinen telinekävelijä, Itsenäinen pyörätuolilla, talutettava, kaatuileva, nostettava pyörätuoliin tai muuhun vastaavaan sekä vuodepotilas. A- ja B-mittauksen oli tehnyt 803 osallistujaa. Liikkumista koskevilla arvioinneilla 71 % (n=573) pysyi samassa luokassa ennen ja jälkeen koulutuksen. Osallistuneista 22 % (n=173) arvioi liikuntakyvyn huonommaksi koulutuksen jälkeen ja 7 % (n=57) paremmaksi kuin ennen koulutusta. Tämä toiminto oli arvioitu kaikkein epähdenmukaisimmin.

Suolen toimintaa arvioitaessa (804 arviointia) on käytössä neljä luokkaa: normaali, alle, tuhriva ja toimitettava. Koulutuksen jälkeen 82 % (n=663) oli arvioitu samoin kuin ennen koulutusta. Osallistuneista 10 % (n=82) arvioi asiakkaan suolen toimintaan liittyvän toimintakyvyn paremmaksi koulutuksen jälkeen, vastaavasti 7 % (n=59) huonommaksi.

Pukeutumisen arvioinnissa on kaksi mahdollisuutta: itsenäinen ja autettava. Tämän kohdan oli arvioinut 803 hoitajaa. Heistä 94 % arvioi pukeutumisen samaksi ennen ja jälkeen koulutuksen (n=760). 4 % (n=34) arvioi asiakkaan koulutuksen jälkeen enemmän apua ja 1 % (n=9) vähemmän apua tarvitsevammaksi.

Lääkehoidon arvioinnissa on kolme vaihtoehtoa: itsenäinen, autettava ja valvottava (803 arviointia). Osallistuneista 85 % (n=683) arvioi avun tarpeen lääkehoidossa samaksi ennen ja koulutuksen jälkeen. Asiakkaan avun tarpeen vähäisemmäksi koulutuksen jälkeen arvioi 6 % (n=49) ja suuremmaksi 9 % (n=71).

Kahdentoista arvioidun toiminnon muutos ennen ja koulutuksen jälkeen vaikutti merkittävästi RAVA -indeksiin ($p<0,001$) ja sitä kautta RAVA -luokkaan ($p<0,001$). RAVA -indeksin ja luokan laskeminen edellyttää kaikkien 12 toiminnon arvioimista. Nämä pystyttiin laskemaan 801 hoitajan tekemistä arvioinneista. Hoitajien tekemien arviointien perusteella 69 % (n=553) asiakkaista pysyi samassa RAVA -luokassa. Luokka pieneni (avun tarve vähäisempi) 11 % (n=85) ja vastaavasti RAVA luokka suureni joka viidennellä (n=163).

Hoitoisuuden oli arvioinut A- ja B-lomakkeelle 506 hoitajaa. Hoitoisuuden muutos oli merkitsevä ($p<0,05$). Hoitajista 77 % (n=388) arvioi asiakkaan hoitoisuuden samaksi ennen ja koulutuksen jälkeen. Hoitoisuus merkittiin koulutuksen jälkeen raskaammaksi 10 % (n=51) asiakkaista. Kevyemmäksi hoitamisen arvioi koulutuksen jälkeen 13 % (n=67).

Pohdinta

RAVA -arvioiteja ja siitä saatuja tuloksia käytetään erittäin monissa kunnissa palvelujen myöntämisen kriteerinä. Tutkimustulokset vahvistavat sen oletuksen, että RAVA -arvioiteja tekevien hoitajien pitää osallistua koulutukseen ennen RAVA -mittarin käyttöä.

Tulosten mukaan mikään RAVA -toiminto ei ollut sellainen, joka arvioitiin kaikissa tilanteissa ennen ja jälkeen samalla tavalla. Tuloksista voidaan päätellä, että näön, kuulon, rakon toiminnan, peseutumisen, RAVA -arviointitulokset ennen ja jälkeen koulutuksen olivat eniten yhteneväiset (yli 90 %). Muiden toimintojen kohdalla arviointi pelkän lomakkeen ohjeiden perusteella oli vaikeampaa ja niiden ennen ja jälkeen arviointien yhteneväisyys jäi alle 90 %.

Vastauksena tutkimuskysymykseen voidaan siis todeta, että tilastollisesti merkitsevät arviointien erot ennen ja koulutuksen jälkeen asetelmalla tulivat esille seuraavissa toiminnossa: puhe, liikkuminen, suolentoiminta, sekä pukeutuminen. Lisäksi ero lääkehoidon arvioinneissa oli lähes merkitsevällä tasolla. RAVA -toiminnossa liikkumisen suhteen oli eniten eroavaisuutta ennen - jälkeen arvioinneissa (yhtenäisiä arvioiteja 71 %). RAVA -luokka muuttui

merkitsevästi 31 % kohdalla. Eroa oli kumpaankin suuntaan, mutta enemmän siten, että asiakkaan avun tarve arvioitiin suuremmaksi koulutuksen jälkeen. Koulutuksen jälkeinen muutos arvioinnissa voisi johtua siitä, että muistihäiriöisen asiakkaan ohjausta, neuvontaa ja muistuttamista ei mielletä avunantamiseksi eikä toimintakyvyn alenemaksi.

Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin sillä, että A-lomakkeet kerättiin ennen koulutusta. Näin estettiin se, että A-lomaketta olisi voinut muuttaa koulutuksen kuluessa. A- ja B-lomakkeen täytön aikaväli oli tarpeeksi pitkä (n. 2–3h), jotta vastaaja ei muistanut vastauksiaan ja asiakkaan toimintakyvyssä ei tapahtunut muutoksia.

Osassa lomakkeista kaikkia toimintoja ei ollut arvioitu. Näistä arvioinneista ei voitu laskea RAVA -indeksiä ja -luokkaa, mutta lomakkeita pystyttiin hyödyntämään yksittäisten toimintojen muutoksen vertailuissa. Koulutuksissa oli myös muutamia osallistujia, jotka eivät halunneet täyttää arviointilomaketta. Syytä kieltäytymiseen ei kysytty, koska osallistuminen oli vapaaehtoista.

RAVA -koulutuspalautteista voidaan aika ajoin lukea siitä, että henkilökunta kokee RAVA -koulutukset turhina. Tämä tutkimus kuitenkin osoitti sen, että koulutuksella on merkittävä vaikutus siihen, kuinka eri toimintojen kriteereitä tulkitaan. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sekä koulutuksen merkityksen korostamisessa että koulutuksen sisällön suunnittelussa. Koulutuksissa tulee panostaa entistä enemmän juuri niiden toimintojen kouluttamiseen, joissa oli eniten vaikeuksia (puhe, liikkuminen, suolentoiminta, pukeutuminen sekä lääkehoito) RAVA -mittariohjeiden tulkinnassa. Virheellisesti tehty arviointi voi johtaa virheellisiin tulkintoihin asiakkaan toimintakyvystä ja palvelujen tarpeesta.

Tämä tutkimus ei anna vastausta kysymykseen olivatko asiakkaan RAVA -arviointit tehty oikein, ainoastaan siihen poikkesivatko ennen ja jälkeen koulutuksen tehdyt arviointit toisistaan. Asiakkaan RAVA -arvioinnin luotettavuutta voidaan arvioida ainoastaan siten, että ulkopuoliset RAVA -asiantuntijat jalkautuisivat eri organisaatioihin oikeiden asiakkaiden äärelle arvioimaan asiakkaan toimintakykyä. RAVA -mittarin luotettavuuden ja toistettavuuden arviointi vaatii kuitenkin jatkotutkimusta. Jatkotutkimusaiheena mielenkiintoisia ovat esimerkiksi kuinka eri ammattiryhmien väliset RAVA -arviointit muuttuvat ennen ja jälkeen koulutuksen. Lisäksi mielenkiintoinen tutkimuskohde on selvittää RAVA -mittarin toistettavuutta kahden RAVA -koulutetun hoitajan rinnakkaismittauksilla.

Lähteet

[1] Vilkkumaa I. Toimintakyvyn mittaamisen laatu: ”raatilaisen puheenvuoro”. Teoksessa Talo S (toim.) Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus; 2001. s. 235-242.

[2] Alanen E. Toimintakyky ja hyvän mittausmenetelmän ominaisuudet. Teoksessa Talo S (toim.) Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus; 2001. s. 197-205.

[3] Redman TC. The Impact of Poor Data Quality on the Typical Enterprise. Communications of the ACM 1998; 41(2):79-82.

- [4] Miettinen M. Tiedon laadussa tunnistetut ongelmat: case diabetespotilas. Teoksessa Hyppönen H. (toim.) Sosiaali ja terveydenhuollon tutkimuspäivät, tutkimuspaperit 2008. Stakesin työpapereita 19/2008. Helsinki: Stakes; 1998.
- [5] Davenport T, Prusak L. Working Knowledge: How organizations manage what they know. Boston: Boston Harvard Business School; 1998.
- [6] Strong DM, Lee YW, Wang RY. Data Quality in Context. *Communications of the ACM* 1997;40(5):103-110.
- [7] Alén M, Kukkonen-Harjula K, Kallinen M. Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikunta- neuvonnan periaatteet. Teoksessa Era P (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: Kopijyvä Oy; 1997. s. 63-76.
- [8] Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Mittaaminen ja käyttö vanhustenhuollon arvioinnissa. Teoksessa Talon S (toim.) Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus; 2001. s. 93-106.
- [9] Mäkitalo J. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talon S (toim.) Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus; 2001. s. 65-92.
- [10] Rajala T, Lahtinen Y, Paunio P. Suurten kaupunkien 2. RAVA -tutkimus. Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Helsinki: Suomen Kuntaliitto; 2001.