

# RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking

**RAI-raportti 1/2000**

**Aiheita 17/2001**



**Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren,  
Unto Häkkinen, Juha Laine, Pia Vähäkangas,  
Satu Kerppilä, Raisa Storbacka**

Stakes ja Chydenius-Instituutti, Helsingin terveystoimisto ja sosiaalivirasto,  
Kokkolan kaupunki, Porvoon kaupunki, Oulunkylän kuntoutussairaala,  
Folkhälsan, Helsingin diakonissalaitos, Kuntokallio ja  
Vanhustyön keskusliitto.



**Stakes**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
CHYDENIUS-INSTITUUTTI



verkkojulkaisu ISBN 951-33-1056-6

ISBN 951-33-1116-3  
ISSN 1236-9845

Stakes monistamo, Helsinki 2001

## Esipuhe

Tämä yhteishanke on osoittanut, että osastoilla kaiken kiireen keskellä on halua ja motivaatioita osallistua oman työn kehittämiseen. Nyt käyttöön ottamamme järjestelmä ei suinkaan ole helpoimpia oppia eikä käyttää, mutta aikaa tietojen jäsentämiseen tarvitaan varmasti melko pitkään. Osastojen henkilökunta on osallistunut innokkaasti erilaisiin koulutustilaisuuksiin ja keskustelut tiedon hyödyntämisestä on aloitettu.

Haluan lämpimästi kiittää kaikkia pilottihankkeeseen vuonna 2000 osallistuneita osastoja ja niiden henkilökuntaa. Ilman heidän ponnistustaan RAI arviointien opetteluun ja tekemiseen ei tämä hanke olisi onnistunut.

Yhteishankkeella on oma johtoryhmä, joka on ohjannut hanketta ja ollut projektiryhmän tukena. Vuonna 2000 johtoryhmän työskentelyyn osallistuivat Talousjohtaja Pirkko Ekström, Helsingin diakonissalaitos, Vanhustyönjohtaja Viveca Hagmark, Folkhälsan, Perusturvajohtaja Matti Kaivosoja, Kokkolan kaupunki, Kehittämispäällikkö Hannele Kukkola, Vanhustyön keskusliitto, Kehittämispäällikkö Tuire Parviainen, Kuntokallio-Säätiö, Ylilääkäri Jaakko Valvanne, Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, Johtava lääkäri Pertti Soveri, Porvoon kaupunki, Hallintoylihoitaja Carola Schröder, Helsingin kaupunki, terveysvirasto sekä Johtajaylilääkäri Raimo Varis, Oulunkylän kuntoutussairaala.

Chydenius-Instituutin johtamassa EU-rahoitteisessa projektissa kehitettiin Raisoft-LTC atk-ohjelmisto, jota testattiin RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking- hankkeessa. Johan Boholm, Robert Åström ja Magnus Björkgren ansaitsevat lämpimät kiitokset hyvästä yhteistyöstä. RAI-käyttöönottovalmennuksen saralla pioneerityötä on tehnyt Pia Vähäkangas. Anita Hollanti taas on omistautunut RAI käsitteiden ja käsikirjan suomentamiseen.

Projektiryhmämme jäsenet ovat työskennelleet uutterasti ja useimmat ovat omistautuneet työnsä yli normaalin työajan. Erikoiskiitokset haluan esittää projektisihteerillemme Raisa Storbackalle, joka on osaltaan pitänyt hankkeen pyörimässä, välillä hyvinkin tiukassa aikataulussa. Tutkijamme, ylilääkäri Harriet-Finne Soveri oman työnsä ohessa hoiti menestyksekkäästi projektipäällikön tehtäviä kahden kuukauden ajan syksyllä 2000. Harrietille lämpimät kiitokset työlle omistautumisesta. RAI tietojen analyysistä ja Internet kuutioiden valmistelusta on vastannut ATK-suunnittelija Satu Kerppilä. Tuottavuus analyysistä on vastannut tutkija Juha Laine ja tämä on ollut mahdollista Akatemian Ikääntymisen tutkimusohjelman rahoituksella. Benchmarking hankkeiden henkisenä isänä on toiminut tutkimusprofessori Unto Häkkinen, joka myös toimii johtoryhmän puheenjohtajana.

Tänä vuonna kaikki pilottihankkeeseen osallistuneet jatkavat ja saman verran uusia innokkaita on tullut mukaan. Teemme yhdessä työtä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten hoidon edistämiseksi.

Helsingissä 2001,

Projektipäällikkö Anja Noro

## Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>RAI-järjestelmän esittely</b>	<b>3</b>
2.1	RAI-järjestelmän historia	3
2.2	RAI-järjestelmän käyttö	3
2.3	RAI-järjestelmän levinneisyys	6
2.4	interRAI	7
<b>3</b>	<b>RAI-järjestelmän keskeiset käsitteet</b>	<b>8</b>
3.1	Hoidon laatu	8
	Näyttöön perustuva laadukas hoito	8
	Laadukas hoito yksilötasolla	8
	Laadukas hoito osasto- tai laitostasolla	9
	Wisconsinin yliopiston laatukriteerit (HCSRA)	11
3.2	Voimavaratarve	13
	Pätevyys ja luotettavuus	13
	RUG-III luokituksen rakenne	13
	Kustannuspainot	16
	Voimavarojen kohdentaminen	16
3.3	Hoidon suunnittelu	17
	Resident Assessment Protocols	17
3.4	Keskeiset mittarit RAI-järjestelmässä	18
	Hierarkkinen ADL skaala (self-performance scale)	18
	Dementian oireet	20
	Masennuksen oireet:	22
	Käyttäytymiseen liittyvät oireet	22
	Sosiaalinen osallistuminen, SES	23
	Kivun ilmeneminen	23
	Ravitsemustilan arviointi	23
<b>4</b>	<b>Tuottavuus ja henkilökuntarakenne</b>	<b>24</b>
	Henkilökuntatiedot	24
<b>5</b>	<b>Benchmarking toiminnan esittely</b>	<b>26</b>
5.1	Mitä on benchmarking?	26
5.2	Benchmarking-yhteistyöhankkeen tavoitteet	26
5.3	Toiminnan periaatteet	27
5.4	Osallistujat vuonna 2000	27
5.5	Yhteistyöhankkeen vaiheet	27
	Käyttöönottovalmennus	27
	RAI-arvioinnit	28
	Kustannus- ja henkilötietojen keruu	28
	Työkokoukset	28
	Osastokohtainen palaute	28
	Internet – palautetietokanta	29
	Internet palvelu	29
	RAIsoft atk-ohjelmisto	29
5.6	RAI-tietojärjestelmän tuottaman tiedon hyödyntäminen	29
	Yksilö- ja osastotaso	29
	Osastotason vertailutiedot ja palaute, Stakes	29

<b>6 Tulokset</b> .....	<b>31</b>
6.1 Asukkaiden taustatietoja .....	31
6.2 Voimavaravaativuus eli RUG-luokitus .....	31
6.3 Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tunnistimet .....	33
6.4 Depression, häiritsevän käyttäytymisen ja kivun tunnistaminen .....	35
6.5 Hoidon laadunindikaattoreita .....	37
6.6 Tuottavuus ja henkilöstömitoitus .....	40
<b>7 Pohdintaa</b> .....	<b>42</b>
Lähteet .....	42
Liite 1. MDS 2.0 lomake	
Liite 2. Laatuindikaattoreiden muodostaminen	
Liite 3. Johtoryhmän jäsenet	
Liite 4. Laitosten ja osastojen yhteyshenkilöt	

---

RAI-järjestelmän Copyright InterRAI, Suomessa Stakes ja Chydenius-Instituutti  
RAIsoft-sopimus InterRAI Oy RAIsoft Ltd.

---

Internetosoitteita:

<http://www.stakes.fi/finrai>

<http://rai.chydenius.fi>

<http://www.raisoft.com>

## Lyhenteet

ADL .....	Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot
BMI .....	Body Mass Index, painoindeksi
CPS .....	Cognitive Performance Scale (Kognitiivisten toimintojen asteikko)
OBRA .....	Omnibus Budget Reconciliation act
MDS .....	Minimum Data Set, vähimmäinen (vähin) tarvittava tietomäärä
MMSE .....	Mini Mental State Exam
RAI .....	Resident Assessment Instrument, Asiakkaan arviointi menetelmä
RAPs .....	Resident Assessment Protocols, hoidon suunnittelun apuväline
RUG .....	Resource Utilization Groups luokittelu henkilökuntavoimavarojen käytön mukaan
RUG-III .....	Resource Utilization Groups luokittelu henkilökuntavoimavarojen käytön mukaan. Kolmas versio, joka käsittää 44 alaluokkaa
RUG-III/22 .....	Resource Utilization Groups luokittelu henkilökuntavoimavarojen käytön mukaan. Kolmas versio, joka käsittää 22 alaluokkaa
RAI-AC .....	RAI-Acute Care, akuuttihoiton RAI
RAI-AL .....	RAI-Assisted Living, palvelutaloasumisen RAI
RAI-HC .....	RAI-Home Care, kotihoidon RAI
RAI-NH .....	RAI-Nursing Home, pitkäaikaishoidon RAI
RAI-MH .....	RAI-Mental Health, psykiatrisen sairaalahoidon RAI
RAI-PAC .....	RAI-Palliative Care, saattohoidon RAI
HCSRA .....	Center for Health Systems Research and Analysis (University of Wisconsin-Madison)
SES .....	Social Engagement Scale, sosiaalisen osallistumisen asteikko
QI .....	Quality Indicator, laadun indikaattori

# 1 Johdanto

Vanhustenhoito on ollut viime vuosina jatkuvasti esillä julkisessa keskustelussa, keskeisenä haasteina hoidon laatu, hoidon kustannukset ja henkilöstön mitoitust ja jaksaminen. Syksyn 2000 kunnallisvaaleissa vanhusten hoito oli yksi suurista teemoista. Yhteinen ymmärrys vallitsee siitä, että laitoshoidossa olevat ovat huonokuntoisempia, tulevat hoitoon myöhemmin, ja ovat hoidossa vähemmän aikaa (Noro 1998, 2000), mutta myös kotihoidon piirissä on yhä huonokuntoisempia vanhuksia. Osittain tämä selittyy sillä, että pitkäaikaisen laitoshoidon paikkoja on vähennetty ja kotihoidon piirissä keskitytty paljon apua tarvitsevien hoitoon. Laitos- ja kotihoidon riittävyys, omaishoidon tukeminen ja järkevien hoito- ja palvelumuotojen tarjoaminen ovat kunnille haasteellisia. Vuoden 2001 alussa julkaistiin vanhuspalvelujen laatusuosituksen, jotka kohdistuvat kuntien päättäjiin (STM ja Kuntaliitto 2001. Vaarama et al. 2001). Seuraavaksi kaivataankin jo yksilötasoisista työskentelyvälinettä vanhuspalveluihin.

Tässä raportissa esitellään yksilöpohjainen arviointimenetelmä eli RAI (Resident Assessment Instrument) ja sen hyödyntäminen. Laitoshoidossa asuvien vanhusten arviointiin tarkoitettu järjestelmä koostuu arviointilomakkeesta nimeltä Minimum Data Set 2.0 (MDS 2.0), tähän perustuvasta hoitosuunnitelman apuvälineestä (Resident Assessment Protocols, RAPs) sekä käsikirjasta. MDS 2.0 tietopohjalta on tämän lisäksi kehitetty useita mittareita toimintakyvyn, hoidon laadun ja voimavarojen arvioimiseen.

RAI arviointijärjestelmää käytetään ja hyödynnetään ensisijaisesti asiakkaan / potilaan hoitotyössä hoitosuunnitelmien kohentamiseksi ja pitkäaikaisasukkaan hoidon parantamiseksi. RAI arviointijärjestelmää voidaan myös hyödyntää asiakas-/potilas- ja osastotasolla hoitotyössä, osastojen toiminnan laadun ja tuottavuuden arvioinnissa, pitkäaikaishoidon maksupeerusteena sekä yleisemminkin hallinnossa, tutkimuksessa ja tilastoinnissa. RAI-järjestelmään sisältyy yksityiskohtaista tietoa asiakkaasta, ja sen avulla pystytään seuraamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta ja kustannuksia sekä yksilö- että laitostasolla. RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää valtakunnallisesti vanhusten laitoshoidon arvioinnissa. Koottua tietoa voidaan käyttää myös kansainvälisessä vertailussa.

Stakesin ja Chydenius-Instituutin yhteisprojekti: *RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking*, toteutettiin vuonna 2000 yhdessä Helsingin terveystieteiden ja sosiaaliviraston, Kokkolan ja Porvoon kaupunkien ja Oulunkylän kuntoutussairaalan sekä Folkhälsanin, Helsingin diakonissalaitoksen, Kuntokallion ja Vanhustyön keskusliiton kanssa. Kaikki osallistuneet tahot olivat mukana suunnittelemassa yhteistä hanketta jo vuoden 1999 aikana.

RAI:n käyttöönottovalmennus alkoi osassa laitoksia jo syksyllä 1999, ja loput koulutettiin tammi-maaliskuussa 2000. RAIssoft atk-sovelluksen käyttöönottokoulutus toteutettiin maaliskuussa 2000. Ohjelmistoa käytettiin osastoilla vuoden aikana ja se koettiin erittäin toimivaksi ja helppokäyttöiseksi. Vuonna 2001 RAIssoft muuttui kaupalliseksi tuotteeksi, ja sitä markkinoi Oy RAIssoft Ltd.

RAI arvioinnit suoritettiin kahdesti, huhtikuussa ja lokakuussa. RAI arviointien lisäksi koottiin osastokohtaisia henkilökunta- ja toimintatietoja sekä kustannustietoja. Tiedonkeruut todettiin toimiviksi ja niitä jatketaan vuonna 2001 osallistuvien kanssa. Osallistuvat osastot ovat saaneet käyttöönsä kahden poikkileikkausaineiston osasto- ja laitostason benchmarking tulokset RAI-arvioinneista, Internet-pohjainen palautetietokanta on käytössä ja se esiteltiin

vuoden viimeisessä työkokouksessa joulukuussa 2000. RAI-arvioinneista on olemassa kolme erillistä tietokantaa: 1) osastoilla on oma RAIsoft tietokanta asiakkaista, 2) Stakesissa on yhteistietokanta osallistuneiden osastojen RAI-arvioinneista, 3) Stakesissa on Internet-vertailutietokanta tuloksista.

Tässä RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon Benchmarking-projektin loppuraportin ensimmäisessä osassa (RAI-raportti I/2000) käydään läpi projektin suunnittelu, edistyminen ja arvioidaan kuinka hyvin projektin tuotokset saavutettiin. Raportti I on tarkoitettu myös opaskirjaseksi niille, joille RAI-järjestelmä on ennestään tuntematon ja jotka haluavat tutustua siihen. Loppuraportin toinen osa (RAI-raportti II/2000) luovutetaan vain projektiin osallistuvien käyttöön ja siinä esitetään keskeiset tulokset tulkintoineen laitos- ja osastotasolla.



## 2 RAI-järjestelmän esittely

### 2.1 RAI-järjestelmän historia

RAI kehitettiin Yhdysvalloissa, jossa käytiin 1980 -luvulla vastaava keskustelu hoidon laadusta kuin Suomessa viimeaikoina. Seurauksena oli senaikaisen laitoshoidon sisällön laajamittainen kartoitus, jonka pohjalta laadittiin lista parannusehdotuksia. Niistä valtaosa hyväksyttiin valtakunnallisen lakiuudistuksen (OBRA 87) yhteydessä toimeenpantaviksi kaikissa vanhainkodeissa (nursing home). Yhtenä heikkoutena laitoshoidossa nähtiin systemaattisuuden puute hoidon suunnittelussa ja hoidon arvioinnissa.

Uudistusten työkaluksi laadittiin monivaiheisen rakennusprosessin tuloksena RAI. Järjestelmän rakennusvaiheessa läpikäytiin ja analysoitiin 80 erilaista mittaria, jotka olivat yleisessä tutkimuskäytössä (Morris ym. 1990, Hawes ym. 1997, RAI käsikirja 2000). RAI:n luotettavuus ja pätevyys (reliabiliteetti ja validiteetti) on sen jälkeen testattu ja todettu hyväksi useissa eri maissa (Clauser & Fries 1992, Sgadari ym. 1997), myös Suomessa (Björkgren ym. 1998).

### 2.2 RAI-järjestelmän käyttö

Tutkittava henkilö arvioidaan kokonaisvaltaisesti RAI:n avulla. Arviointiin käytettävä tietopohja Minimum Data Set 2.0 (MDS 2.0, Liite 1), sisältää lähes 400 tekijää 18 eri osa-alueelta (Taulukko 1). Tiedot voidaan koota kaavakkeella tai tallentaa suoraan tietokoneelle.

RAI:n kokonaisarvioinnin suorittamisesta vastaa sairaanhoitaja / hoitotyön tiimi. RAI arvioinnin luotettavuuden turvaamiseksi on tärkeä käyttää tiedon keruussa useita informaatiolähteitä ja keskustella tiedon objektiivisuudesta tiimissä. Tiedon lähteitä ovat asiakas itse, hänen omaisensa, muut hoitajat ja asiantuntijat. Tietoa kerätään dokumenteista ja tarkkailemalla asiakasta. Siten tieto on luotettavaa ja objektiivista. Arvioinnin tekijä(t) päättävät viimekädessä vastausvaihtoehtojen valinnoista.

Seuraavat tietolähteet ovat tärkeitä RAI arvioinnissa:

- Asiakkaan dokumenttien läpikäyminen
- Asiakkaan haastattelu ja havainnointi
- Muiden hoitajien kanssa keskustelu
- Muun asiantuntijan kanssa keskustelu (esim. fysioterapeutti, sosiaalihoitaja jne)
- Lääkärin kanssa keskustelu
- Omaisten tai läheisten kanssa keskustelu

**Taulukko 1.** MDS 2.0 osa-alueet

---

TAUSTATIEDOT	AA. AB. AC. AD.
A. TAUSTATIEDOT	
B. KOGNITIIVINEN KYKY	B1. Koomassa B2. Muisti B3. Muistamiskyky B4. Päivittäisiin päätöksiin liittyvät kognitiiviset taidot B5. Ajoittaisen sekavuuden/hajanaisen ajattelun/ heikentyneen valppauden merkit B6. Kognitiivisen tilan muutos
C. KOMMUNIKAATIO / KUULO	C1. Kuulo C2. Kommunikaation apuvälineet/tekniikka C3. Ilmaisutavat C4. Ymmärretyksi tuleminen C5. Puheen selkeys C6. Kyky ymmärtää muita C7. Muutos kommunikaatiossa/kuulossa
D. NÄKÖ	D1. Näkökyky D2. Näköön liittyvät vaikeudet/rajoitukset D3. Näköön liittyvä apuväline
E. MIELIALA JA KÄYTÖS	E1. Masennuksen, ahdistuksen tai surullisuuden merkit E2. Mielialan pysyvyys E3. Mielialan muutos E4. Käytökseen liittyvät oireet E5. Käytökseen liittyvien oireiden muutos
F. PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI	F1. Aloitekyky ja osallistuminen F2. Epävakaat ihmissuhteet F3. Entiset roolit
G. FYYSINEN TOIMINTA- KYKY JA RAKENTEEL- LISET ONGELMAT	G1. (A) Päivittäisten toimintojen suorituskyky (ADL) G1. (B) Annettu ADL-apu G2. Kylpeminen G3. Tasapainotesti G4. Toiminnalliset liikunnan rajoitteet G5. Apuvälineet liikkuesssa G6. Siirtymisapuvälineet G7. Toimintojen osittaminen G8. Fyysisiä päivittäisiä toimintoja koskevat kuntoutumismahdollisuudet G9. Muutos päivittäisissä toiminnoissa
H. PIDÄTYSKYKY VIIMEISEN 14 VRK:N AIKANA	H1. Pidätyskyvyn luokitus kaikkien työvuorojen aikana H2. Suolen toiminta H3. Apuvälineet ja ohjelmat H4. Muutos virtsanpidätyskyvyssä

---

---

I. DIAGNOOSIT	I1. Sairaudet I2. Infektiot I3. Muita ajankohtaisia tai tarkempia diagnooseja ja ICD-10 koodeja
J. TERVEYDENTILA	J1. Terveystilaa koskevia ongelmia J2. Kivun oireet J3. Kivun sijainti J5. Terveystilan vakaus
K. SUUN TERVEYS / RAVITSEMUSTILA	K1. Suun ongelmat K2. Pituus ja paino K3. Painon muutos K4. Ravitsemusongelmat K5. Ravitsemustapa
L. SUUN TERVEYS / HAMPAISTO	L1. Suun terveys ja sairauksien ehkäisy
M. IHON KUNTO	M1. Haavaumat (syystä riippumatta) M2. Haavauman tyyppi M3. Parantuneiden haavojen anamneesi M4. Muut ihon ongelmat tai leesiot M5. Ihon hoito M6. Jalkojen ongelmat ja hoito
N. AKTIIVISUUS JA HARRASTAMINEN	N1. Hereillä oloaika N2. Keskimääräinen harrasteisiin osallistumisaika N3. Mieluisin harrastamisympäristö N4. Mieluisimmat harrasteet (nykyiseen toimintakykyyn sopeutettuina) N5. Toivoo muutosta päivittäisiin rutiineihin
O. LÄÄKITYS	O1. Lääkkeiden lukumäärä O2. Uudet lääkkeet O3. Injektiot O4. Niiden päivien lukumäärä, jolloin sai seuraavia lääkkeitä
P. ERITYISHOIDOT	P1. Erityishoidot, toiminnot ja ongelmat P2. Mielialaan, käytökseen ja kognitioon vaikuttaminen P3. Hoitajien antama kuntoutus ja ylläpitohoito P4. Laitteet ja pidäkkeet P5. Hoitajaksot sairaalassa P6. Päivystyspoliklinikkakäynnit P7. Lääkärikäynnit P8. Lääkärin määräykset P9. Poikkeavat laboratoriotulokset
Q. YLEISTILA JA ULOSKIRJAUSMAHDOLLISUUDET	Q1. Uloskirjausmahdollisuudet Q2. Yleinen muutos hoidon tarpeessa
R. TIETOJA ARVIOINNISTA	R1. Osallistuminen arvioon R2. Arvioijien nimet

---

RAI-järjestelmä osoittaa hyödyllisyytensä siinä vaiheessa, kun arvioinnin tietoja ryhdytään käyttämään vanhuksen hoidon hyväksi (Taulukko 2). Tästä nimikin tulee: Resident Assessment Instrument. Arvioinnin tiedoista rakennetaan hoitosuunnitelmalle tavoitteet. Arviointitiedoista on hyötyä myös silloin, kun tuloksia käytetään päätöksenteossa hoidon suunnittelussa ja hallinnossa.

**Taulukko 2.** Resident Assessment Instrument perustermit

Minimum Data Set 2.0 (MDS 2.0)	Kaavake, jolle tiedot kerätään tai atk-sovelluksen tietosisältö
Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI 2.0)	MDS 2.0 ja Resident Assessment Protocols (RAPs) ja Käsikirja

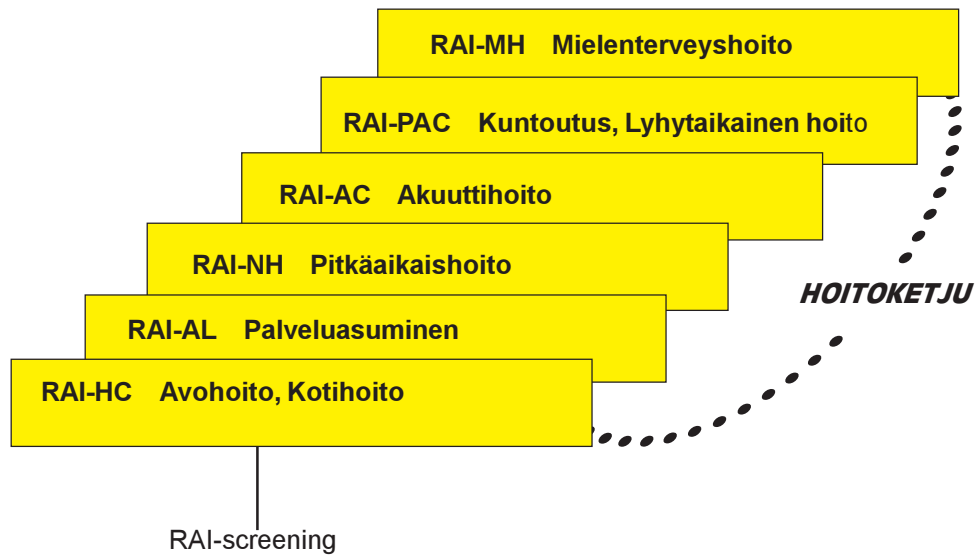
Arviointiin kuluva aikaa on vaikea määrittää, sillä kyseessä on hoitotyön lomassa tapahtuva prosessi: tutkittavaa tarkkaillaan ja hänen kanssaan keskustellaan. Kysymyslomakkeen täyttäminen käsin paperilomakkeelle tai suoraan atk-sovellukseen vie arviointiin tottuneelta hoitajalta puolesta tunnista tuntiin. Atk-pohjaisessa järjestelmässä uudelleenarvioinnista esim. puolivuotisarviointi, suoriudutaan paljon nopeammin, koska edellisen arvioinnin tiedot ovat uuden arvioinnin pohjana.

Uusien asukkaiden arviointi aloitetaan heti hoitoon tullessa. Tavoitteena on, että arviointi olisi saatettu loppuun kahden viikon kuluessa. Tällöin ensimmäiseksi viralliseksi arviointipäivämääräksi määritetään päivä 14 hoitoontulosta. MDS-kaavakkeen kysymyksissä on aina määriteltävä ajanjakso, jota kysymys koskee. Ensimmäisen arvion kohdalla MDS-kaavakkeessa tarkoitettu “seitsemän viimeksi kulunutta vuorokautta” tarkoittaa siis niitä seitsemää päivää, jotka edeltävät päivää numero 14 hoitoontulosta lukien. Uusi arviointi tehdään silloin, kun asiakkaan voimantila muuttuu oleellisesti tai, kun on syytä tarkistaa hoitosuunnitelma sekä puolen vuoden välein. Tavoitteena on ajantasalla pysyvä hoitosuunnitelma. Suomalaiset hoitotyön asiantuntijat suosittavat pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien asukkaiden hoitotyön tavoitteiden tarkistamista vähintään puolivuositain (Isola ja Voutilainen 1998).

## 2.3 RAI-järjestelmän levinneisyys

RAI on kansainvälisessä käytössä ja käännetty 17 eri kielelle. Yhdysvalloissa RAI on lakisääteinen kaikissa pitkäaikaishoitoa tuottavissa laitoksissa. MDS 2.0:n pohjalta rakennettua RUG-III luokitusta käytetään pitkäaikaisen laitoshoidon maksuperusteena julkisissa Medicare ja Medicaid vakuutusjärjestelmissä. Esimerkiksi Islannissa se on valtakunnallinen vanhustalvelujen laatuinstrumentti. Myös Kanadassa RAI on lakisääteinen järjestelmä tietyissä provinseissa. RAI on tutkimus- tai rutiinikäytössä kaikissa Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Hollannissa, Saksassa, Ranskassa, Sveitsissä, Italiassa, Espanjassa, Tsekin tasavallassa ja Japanissa (Hawes et al. 1997). Lisäksi järjestelmää käytetään Taiwanilla, Etelä-Koreassa ja Hong-Kongissa. Yhteinen tapa arvioida ja kirjata arviot mahdollistaa kansainväliset vertailut asiakastalalla erilaisista palvelurakenteista huolimatta.

RAI-järjestelmässä on omat versiot vanhustalveluiden eri tasoille (Kuvio 1). Pitkäaikaiseen kotihoitoon ja akuuttisairaanhoidon tarkoitettavat versiot ovat levinneet toistaiseksi laajimmalle laitoshoitoversion lisäksi. RAI-HC järjestelmä on otettu lakisääteiseen käyttöön viidessä osavaltiossa Yhdysvalloissa. Myös Hong-Kongissa ja Japanissa RAI-HC on valtakunnallisessa käytössä. Sveitsissä suunnitellaan laajempaa käyttöönottoa. Vuoden 2001 aikana on tarkoitus Suomessakin aloittaa kotihoidon RAI järjestelmän testaus sekä akuuttihoitoon liittyvä tutkimus.



Kuvio 1. RAI-järjestelmä hoidon eri tasoilla

## 2.4 interRAI

RAI järjestelmien oikeuksista vastaa voittoa tavoittelematon kansainvälinen järjestö *interRAI* Corporation. Järjestö koostuu alan tutkijoista ja asiantuntijoista. Toimintaan kuuluu RAI-järjestelmien edelleen kehittäminen, mittareiden rakentaminen ja testaaminen MDS-tiedostojen pohjalta sekä RAI:n käyttöönoton tukeminen eri maissa. Järjestön toimintaperiaatteiden mukaan RAI-järjestelmää saa hyödyntää veloituksetta käytännön työssä sekä tutkimusluontoisiin tarkoituksiin edellyttäen, että järjestelmää ei muuteta. Käyttäjien on kuitenkin solmittava *interRAI* n kanssa sopimus. Jos järjestelmää hyödynnetään kaupallisesti, *interRAI*:lle maksetaan tekijänoikeusmaksut. Näin menetellään mm. kaupallisten ATK-sovellusten suhteen. Suomessa RAI vastuu-organisaatioina toimivat Stakes ja Jyväskylän yliopiston Chydenius-Instituutti. RAI:n hyödyntäminen Suomessa tapahtuu näiden organisaatioiden kautta. Oy Raisoft Ltd:llä on erillinen sopimus *interRAI*:n kanssa

# 3 RAI-järjestelmän keskeiset käsitteet

## 3.1 Hoidon laatu

### Näyttöön perustuva laadukas hoito

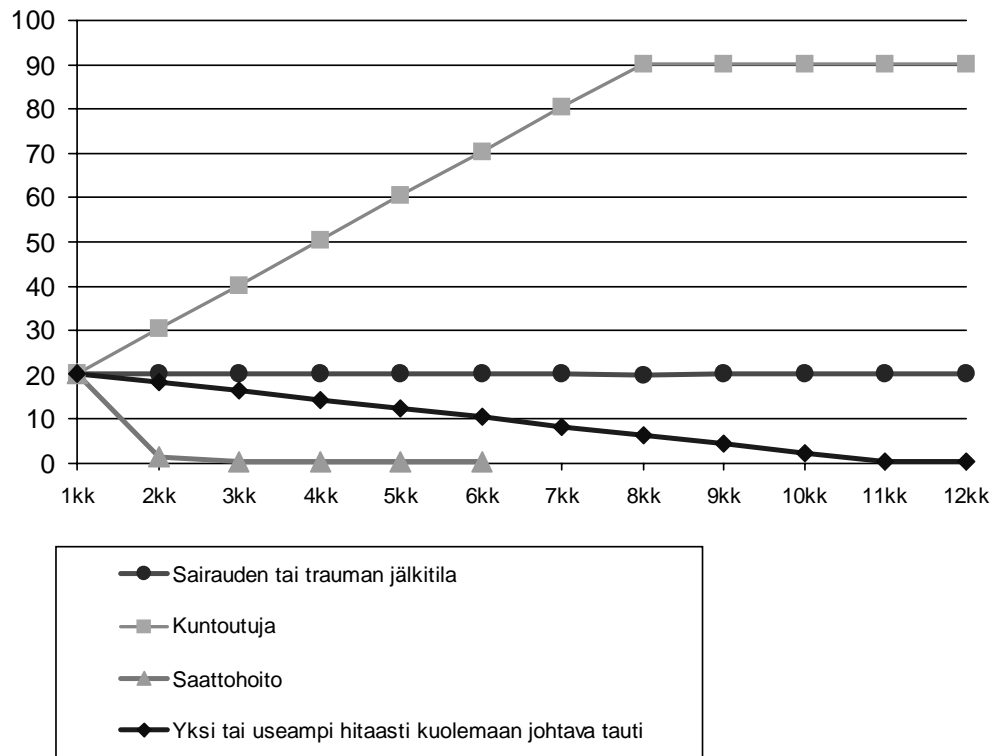
Laadukas hoito tarkoittaa sitä, että asukkaat saavat sitä hoitoa, mitä he tarvitsevat aina kun tämä ylipäänsä on mahdollista. Heitä ei kuitenkaan altisteta sellaisille toimenpiteille tai hoidoille, joista he eivät hyödy tai joista aiheutuu suoranaista haittaa. Jos jonkin hoidon tai toimenpiteen teho hiipuu tai tulos on saavutettu, kyseinen hoito tai toimenpide lopetetaan. Jokaisen yksilön kohdalla tavoitteena on mahdollisimman suuren omatoimisuuden säilyttäminen niin pitkään kuin mahdollista fyysisesti, psyykkisesti, kognitiivisesti ja sosiaalisesti. Laadukas hoito tarkoittaa siis voimavarojen taloudellista ja järkevää suuntaamista ja kohdentamista yksilön parhaaksi. Tällainen on mahdollista vain yhteistuumin sen henkilön kanssa, jota asia koskee.

### Laadukas hoito yksilötasolla

RAI-järjestelmän laadukkuuden peruste on arviointi. Jokainen asukas arvioidaan perusteellisesti täyttämällä MDS-kaavake tai syöttämällä tämän kaavakkeen sisältämät tiedot suoraan tietokoneelle. Kerätyt tiedot sisältävät kaikki pitkäaikaisasukkaan persoonallisuudelle, hyvinvoinnille ja omatoimisuudelle sekä terveydelle oleelliset osa-alueet. RAI-järjestelmän mittareiden avulla tunnistetaan kunkin yksilön vahvuudet, joiden varaan toimenpiteet rakennetaan. Tavoitteet asetetaan yksilöllisesti sen perusteella mihin kaikkiin ongelmiin on vielä mahdollista vaikuttaa. Keinot valitaan yhdessä asiakkaan kanssa.

RAI-järjestelmä kannustaa määrävälein tehtäviin arvioihin juuri sen vuoksi, että edellisen arvion perusteella tehtyjen toimenpiteiden onnistuminen ja hyöty on viisasta punnita määräajan kuluttua. Hyödyttömistä hoidoista ja toimenpiteistä kannattaa luopua, mutta hyödyllisiä hoitoja ja toimenpiteitä luonnollisesti jatketaan. Tällä tavoin ohjataan sekä asukkaan että henkilökunnan voimavarat vain niihin tekijöihin, jotka ovat vielä käännettävissä asukkaan hyödyksi.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuva henkilö sairastaa useimmiten yhtä tai useampaa vähitellen kuolemaan johtavaa sairautta (kuvio 2). Tämä raihnauttava prosessi huonontaa väistämättä toimintakykyä aste asteelta ja vaikuttaa siihen, mikä on realistinen hoidon tavoite ja minkälaiselle aikavälille kukin tavoite kannattaa yksilön kohdalla asettaa. Mitä hitaammin raihnautuminen tapahtuu, sen paremmin ollaan hoidossa onnistuttu. Samoin ollaan onnistuttu, jos huononemisen prosessi saadaan kokonaan pysähtymään edes osaksi jäljellä olevaa elinaikaa.



**Kuvio 2.** Fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn ennustemallit laitostasumisen alkamisesta. Vaaka-akselilla aika. Pystyakselilla toimintakyky. 0 = täysin toisen ihmisen varassa oleva asukas, 100 % = täysin itsenäinen ja oma-aloitteinen asukas (Finne-Soveri ym. 2001, mukaellen Kane 1998)

### Laadukas hoito osasto- tai laitostasolla

lääkkeitä, raihnautumassa olevia, onnettomia tai masentuneita henkilöitä on mahdollista hoitaa laadukkaasti, vaikka heillä on lähitulevaisuudessa väistämätön kuolema. Laadukkaan hoidon toteutuminen osastotasolla on pulmallinen mitattava ja sisältää runsaasti sudenkuoppia, jotka johtuvat pääsääntöisesti siitä, että eri laitoksissa ja osastoilla hoidetaan hyvin erilaisia asukkaita (taulukko 3).

Useimmissa kunnissa vanhuksien tahtoa ohjataan tiettyihin laitoksiin tai tietyille osastoille tarkkojen etukäteen määritettyjen kriteerien mukaan. Esimerkiksi kävelykykyiset tai apuvälineen turvin itsenäisesti selviytyvät ohjataan jollekin kevyesti miehitetylle palvelurakenteen tasolle, kuten esim. palvelutaloihin. Näillä vanhuksilla on vielä itsenäisyyttä, elämää ja toimintakyvyn ennustetta jäljellä. Sensijaan kahden henkilön nostettavat ja käännettävät potilaat, joilla on aivohalvauksen jälkitila tai loppuvaiheen dementiaa sairastavat ohjataan vanhainkotien tai terveyskeskusten vuodeosastoille. Näiden vanhusten itsenäinen suoriutuminen on rajoittunutta ja heidän jäljellä olevan elämän ennusteensa on lyhyempi. Laadun näkökulmasta tarkastellen on perusteetonta päätellä kyseessä olevien vanhusten kunnon ja ennusteen nojalla mitään siitä, onko hoidon laatu hyvää vai huonoa siinä paikassa, johon heidät on ohjattu. Jos joltakin osastolta löytyy suuri osuus psykoottisia asukkaita, on oleellista olla selvillä siitä, tulevatko asukkaat osastolla psykoottisiksi vai ohjataan psykoottiset vanhuksat juuri tälle nimettömälle osastolle hoitoon. Tämä ilmiö on nimeltään valikoitumisen aiheuttama vinouma eikä se kerro hyvistä tai huonoista hoidon laadusta mitään.

**Taulukko 3.** Laadun mittaamisen sudenkuoppia esimerkkien valossa

Ilmiö	Esimerkki
1. Valikoitumisen aiheuttama vinouma (selektiobias)	Sairaudet, ennuste ja toimintakyky tai varallisuus vaikuttavat siihen, mille palvelurakenteen tasolle vanhus päätyy palvelujen tarpeen alkaessa. Useilla paikkakunnilla toimitaan seuraavasti: <b><u>Terveyskeskuksen vuodeosastot:</u></b> Sairaimmat, huonokuntoisimmat ja eniten lääkärin apua tarvitsevat ohjataan terveyskeskusten vuodeosastoille <b><u>Vanhainkodit:</u></b> Vanhainkodit hoitavat pääosin keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavat jonkin verran toimintakykyä omaavat vanhukset. <b><u>Palvelutalot:</u></b> Muotoutumaton käsite. Kognitioltaan terveimmät. Joskus dementiaa sairastavien ryhmäasumista. Asukkailla saattaa olla paljon toimintakykyä jäljellä tai he voivat olla toimintakyvyltään vanhainkotitasoisia. <b><u>Yksityiset laitokset</u></b> Varakkaimmat hakeutuvat yksityisiin laitoksiin. Ensisijaisesti mielenterveyden häiriöistä kärsiviä häiriön asteesta riippuen on myös ohjattu asumaan palvelutaloihin ja vanhainkoteihin mielisairaaloita lakkautettaessa. <b><u>Yhteenveto:</u></b> Hoidon laadun tulkinnessa on otettava huomioon tapa sijoittaa vanhuksia eri hoitopaikkoihin.
2. Väärän vertailukohteen valitseminen Riskiryhmiä ei ole määritetty tai samankaltaisia osastoja ei ole verrattu toisiinsa	<b>Esimerkiksi :</b> - verrataan painehaavojen esiintymistä kahdella osastolla huomioimatta, että toinen osasto hoitaa pääsääntöisesti kävelykyisiä asiakkaita ja toinen vuodepotilaita. - verrataan lääkkeiden määrää kahdella osastolla huomioimatta, että toisella osastolla asustaa monisairaita vanhuksia, joiden somaattinen terveydentila on epävakaata ja toisella muistamattomia hyväkuntoisia muuten terveitä henkilöitä. - jne.
3. Esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden merkitys	<b>Esimerkiksi:</b> Osastolla on runsaasti painehaavoja. Runsaat painehaavojen määrä ei vielä kerro, hoidetaanko osastolla hyvin vai ei. Monet osastot vastaanottavat huonossa ravitsemus- ja terveydentilassa olevia vanhuksia, joilla tulovaiheessa on useitakin ihorikkoja. Oleellista onkin saadaanko iho paranemaan ja kehittykö ihon pysyvästä punoituksesta (1.asteen painehaava) lainkaan ihorikkoa (2-4 asteen painehaava) ja onko uhkaava tilanne onnistuttu välttämään oikealla tunnistamisella ja hoidolla.
4. Potilasrakennetekijän valitseminen laadun kriteeriksi	Osa laadun indikaattoreiksi valituista muuttujista saattaa kuvastaa asiakasrakennetta pikemmin kuin hoidon laatua. Oleellista on valita tekijä, johon hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa, mutta joka hoitamattomana johtaa epäsuotuisaan tulokseen.



Hoidon laadun osoittimeksi valitun tekijän tulee todellakin mitata laatua - ei jotakin muuta tekijää. Sen tulee olla asia, johon hoitotyöllä tai lääketieteellisellä hoitotoimenpiteellä voidaan vaikuttaa. Tämän lisäksi tuloksia tulkittaessa tulee tulkitsijan olla selvillä siitä, kehen tai mihin omia tuloksia kannattaa verrata, mitä saatu tulos merkitsee ja kannattaako korjaaviin toimenpiteisiin ryhtyä vai ei.

## Wisconsinin yliopiston laatukriteerit (HCSRA)

MDS 2.0 -lomakkeen avulla kerätyistä muuttujista voidaan rakentaa monenlaisia laatuindikaattorien järjestelmiä ja tällaisia eri versioineen on olemassa useita. Eräs vanhimmista ja vaikiintuneimmista indikaattorien järjestelmistä on David Zimmermannin työryhmän kehittämä (Zimmerman ym. 1995; Karon ym. 1996; Phillips ym. 1997). Tämä ajatusmalli perustuu asiakkaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja siihen, onko tarpeeseen vastattu vai ei. Luvun alkupuolella esitetyt sudenkuopat on pyritty huomioimaan.

Hoidon laatua seurataan sekä esiintyvyytenä että ilmaantuvuutena. Laatuindikaattoreita voidaan myös tarkastella joko hoidon lopputuloksina tai hoitoprosesseina, joihin voidaan vielä vaikuttaa. Kaiken kaikkiaan seurattavia laatualueita on 12 ja niillä noin 30 laatuindikaattoria (Taulukko 4). Hoidon laadun indikaattoreiden laskentaperuste on esitelty liitteessä 2.

Indikaattoreiksi on poimittu kielteisiä ilmaisimia kuten mm. painehaava, kaatuilu, oireinen masennus ilman hoitoa tai liikkumista estävien välineiden käyttö. Tällaisten ilmaisimien visuaalinen tarkastelu on sikäli yksinkertaista, että mitä korkeampi on kutakin laadun indikaattoria kuvaava pylväs tai numeroarvo, sen todennäköisemmin kyseisellä alueella on laadun ongelma ja se kannattaa valita kehittämisen kohteeksi.

Toisin kuin aikaisemmissa pitkäaikaishoidossa käytetyissä laadun mittauksissa, Zimmermannin ja kumppaneiden kehittämässä laadun indikaattoreissa huomioidaan riskiryhmät. Toisen tärkeä oivallus on ilmaantuvuuden huomioiminen (kts. Taulukko 3). Suurin osa pitkäaikaishoidon asukkaista sairastaa jotakin rappeuttavaa sairautta, jonka vuoksi hänen kuntonsa tulee huononemaan toimenpiteistä riippumatta (Kane 1998). Tällöin hyvän hoidon merkinä on mahdollisimman hidaskuntaminen yksilötasolla. Tällainen voidaan saada kiinni vain yksilötasoisella pitkittäisseurannalla, ei toistuvilla poikkileikkausarvioilla. Tässä esitetyt indikaattorit kuvastavat yhdysvaltalaisesta käsitystä huonosta hoidosta. Järjestelmää ollaan parhaillaan tarkistamassa. Indikaattoreiden pätevyyttä yksilötasolla on testattu ja niiden tärmällisyyttä tarkistettu projektissa, joka kattoi koko yhdysvaltojen pitkäaikaishoidon ja jonka budjetti oli 5 miljoonaa USD, eli yli 30 miljoonaa Suomen markkaa. Budjetin laajuus kuvaa laadun arvioimisen vaikeutta.

Pohjoismaissa ei enää aikoihin ole ollut tapana asentaa virtsakatetria tai avannetta henkilöille, jotka ovat dementiakehityksen myötä käyneet pidätyskyvyttömiksi. Loppuvaiheen dementiaa sairastaville ei liioin mieluusti asenneta nenämahaletkia. Näin kuitenkin tapahtuu Yhdysvalloissa ja Saksassa huolimatta siitä, että toimenpiteistä ei tutkimusten mukaan ole asukkailla hyötyä.

Suomalaista pitkäaikaishoitoa luonnehtii mm. suuri vuodepotilaiden osuus (Noro et al. 2000), pieni henkilökuntamiehitys (Vaarama ym. 2001) ja monialaisen kuntoutuksen vähäisyys (Finne-Soveri ym. 2001). Onkin todennäköistä, että hoidon laatua arvioitaessa yhteispohjoismainen hyvän hoidon osoittimiin keskittyvä asiantuntijapaneeli tuottaa tulevaisuudessa sopivampia hyvän hoidon indikaattoreita meikäläisiin olosuhteisiin - niiden luotettavuuden ja täsmällisyyden testaaminen tulee olemaan haaste.

**Taulukko 4.** Hoidon laatualueet ja niiden indikaattorit

(e) = esiintyvyys (i) = ilmaantuvuus

**I Onnettomuudet**

1. Mikä tahansa onnettomuus (e)
2. Uudet murtumat (i)
3. Kaatuilu (e)

**II Käytös ja tunne-elämä**

1. Käyttösoire, joka vaikuttaa muihin (e)  
Matala riski  
Korkea riski
2. Masennuksen oireet tai masennusdiagnoosi (e)
3. Masennus ilman hoitoa (e)

**III Kliininen hoito**

1. Yhdeksän lääkettä tai enemmän

**IV Kognitio**

1. Aivojen vajaatoiminta (i)

**V Pidätyskyky**

1. Virtsan / ulosteen pidätyskyvyttömyys (e)  
Matala riski  
Korkea riski
2. Virtsan / ulosteen pidätyskyvyttömyys (e) –ei suolen / rakon koulutussuunnitelmaa
3. Katetri (e)  
Matala riski  
Korkea riski
4. Ulosteen pakkautuminen (e)

**VI Infektioiden hallinta**

1. Virtsatieinfektio (e)

**VII Ravinto ja syöminen**

1. Painon lasku (e)
2. Letkuravitsemus (e)
3. Kuivuma (e)

**VIII Toimintakyky**

1. Vuoteeseen hoidettavat potilaat (e)
2. Toimintakyvyn lasku (i) koskien pitkään säilyviä taitoja  
Matala riski  
Korkea riski
3. Nivelten toiminnallinen liikelaajuuden menetys (i)  
Matala riski  
Korkea riski
4. Harjoittelun / taitojen parantamisen / liikelaajuuden ylläpitämisen puute liikuntakyvyttömillä asukkailla

**IX Psykykläkkeiden käyttö**

1. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman psykoottisia (tai vast.) oireita.  
Matala riski  
Korkea riski
2. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (e)
3. Unilääkkeiden käyttö (e) useammin kuin kahdesti viikossa

**X Elämän laatu**

1. Liikkumista estävien välineiden päivittäinen käyttö (e)
2. Vähäinen / olematon aktiviteetteihin osallistuminen (e)

**XI Ihon hoito**

1. 1-4 asteen painehaavat (e)  
Matala riski  
Korkea riski
2. Uudet painehaavat (i)

## 3.2 Voimavaratarve

RUG-III (Resource Utilization Groups, Version III) luokitus on kehitetty osoittamaan pitkäaikaisasiakkaiden kustannuseroja (Fries ym. 1994). Lähtökohtana on luokitella asiakkaat voimavarakäytön suhteen toisistaan poikkeaviin, mutta sisäisesti homogeenisiin ryhmiin. Luokitusryhmille lasketut kustannuspainot määrittävät ryhmien välisiä kustannuseroja. Koska pitkäaikashoidossa ei ole selkeitä hoitajaksoja, RUG-III luokitus mittaa hoidon vaatimia voimavaroja hoitopäivää kohti. Luokitus kuvaa hoidon tuotosta (asiakkaat) myös kliinisesti mielekkäällä tavalla. Luokitteluryhmät ovat kliinisesti yhdenmukaisia ja ne kuvaavat tyypillisiä pitkäaikashoidon asiakasryhmiä. Yhdysvalloissa julkiset vakuutusyhtiöt Medicare ja Medicaid käyttävät RUG-III-luokitusta maksujärjestelmän pohjana. Käytännössä vanhusten laitoshoidosta maksettu hoitopäivähinta vakioidaan asiakkaan voimavaratarpeella. Suomessakin RUG-III luokitusta voidaan soveltaa voimavarojen kohdentamiseen vanhusten pitkäaikashoidossa. Laitostasolla RUG-III on tärkeä johtamisen apuväline, jota voidaan hyödyntää osastojen henkilökuntamitoituksen/-rakenteen määrittelyssä, asiakkaiden sijoittelussa ja kustannusten seurannassa. Myös hoidon laadun ja tuottavuuden arvioinnissa luokitus antaa mahdollisuuden yhdenmukaisiin vertailuihin, koska sen avulla osaston potilasrakenne voidaan huomioida.

### Pätevyys ja luotettavuus

RUG-luokituksen pätevyys ja luotettavuus on testattu laajasti sekä Yhdysvalloissa, jossa luokitus kehitettiin, että kansainvälisesti (Hollanti, Ruotsi, Suomi, Iso-Britannia, Espanja, Italia, Tsekin tasvalta, Japani ym.). Suomessa RUG-III luokitus testattiin vuonna 1995 vanhainkohteissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (Björkgren ym. 1998). Luokituksen hyvä pätevyys perustuu siihen, että järjestelmä kykenee luokittelemaan asiakkaat todellisen voimavarakäytön mukaan. Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa RUG-III luokitus on selittänyt 35-55% potilaiden kustannusvaihtelusta ja se on todettu käyttökelpoiseksi kaikissa maissa, joissa sitä on testattu. Hyvä luotettavuus tarkoittaa sitä, että luokitusryhmä on sama riippumatta hoitohenkilöstä, joka suorittaa hoitotarpeen arvioinnin, jonka pohjalta asiakas luokitellaan. RUG-luokituksen pätevyteen ja luotettavuuteen liittyvät tutkimusartikkelit löytyvät lähdeluettelosta.

### RUG-III luokituksen rakenne

Luokituksen uusin versio RUG-III perustuu MDS (Minimum Data Set) tietopohjaan ja käsittää 44 ryhmää (Fries et al. 1994). Suomessa sovellettu luokitus on tästä lyhennetty versio ja käsittää 22 ryhmää (Kuvio 3.). Hierarkkisen ryhmittelyperiaatteen mukaan asiakas luokitellaan ensin kliiniseen pääluokkaan. Näitä on RUG-III luokituksessa seitsemän järjestettynä voimavaratarpeen mukaan: *Monialainen kuntoutus*, *Erittäin vaativa hoito*, *Eriyishoito*, *Kliinisesti monimuotoinen*, *Kognitiivisten toimintojen heikentyminen*, *Käytöshäiriöt ja Heikentynyt fyysinen toimintakyky* (Kuvio 4). Seuraava luokittelukriteeri on fyysinen toimintakyky kuvattuna RUG-III ADL indeksillä (Taulukko 5). Indeksiperustuu neljään ADL toimintoon: liikkuminen sängyssä, siirtyminen, ruokailu ja wc:n käyttö. Indeksiperustelee 4-18, alhaisin arvo tarkoittaa omatoimista ja korkein arvo täysin autettavaa henkilöä kaikissa neljässä ADL-toiminnossa.

## RUG-III/22 luokitusjärjestelmä

<b>Potilas/asiakas</b>					
↓					
Monialainen kuntoutus	kyllä	ADL			
↓ ei			4-6 RFA 0,98	7-15 RFB 1,62	16-18 RFC 2,52
Erittäin vaativa hoito	kyllä	HOIDOT			
↓ ei	ADL>6		1 SE1 1,57	2 SE2 1,40	3+ SE3 2,18*
Erytishoito	kyllä	ADL			
↓ ei			4-13 SSA 1,26	14-16 SSB 1,31	17-18 SSC 1,87
Kliinisesti monimuotoinen	kyllä	ADL			
↓ ei			4-5 CA 0,68	6-10 CB 0,90	11-16 CC 1,26
Kognitiivisten toimintojen heikentyminen	kyllä	ADL			
↓ ei	ADL<11		4-5 IA 0,45	6-10 IB 0,76	
Käytöshäiriöt	kyllä	ADL			
↓ ei	ADL<11		4-5 BA 0,48	6-10 BB 0,90	
Heikentynyt fyysinen toimintakyky	kyllä	ADL			
			4-6 PA 0,42	7-8 PB 0,77	9-10 PC 1,04
					11-15 PD 1,15
					16-18 PE 1,29
HUOM: Kursivoidut numerot edustavat RUG-III/22 ryhmien suomalaiset kustannuspainot					
* arvioitu kustannuspaino					

Kuvio 3. RUG-III luokitusjärjestelmä

### 1. MONIALAINEN KUNTOUTUS

Mikä tahansa yhdistelmä fysio-, toiminta- tai puheterapiasta. Asiakaan on täytettävä seuraavat:

- asiakas saa vähintään 45 minuuttia kuntoutusta (fysio-, toiminta-, tai puheterapiaa) viikossa ja asiakas saa yhden kolmesta terapiamuodosta vähintään 4 päivää viikossa.

### 2. ERITTÄIN VAATIVA HOITO

ADL-pisteet 7 tai enemmän, sekä vähintään yksi seuraavista:

- laskimonsisäinen ravitseminen (subclavia)
- IV-lääkitys
- imu
- trakeostomian hoidot
- ventilaattori tai respiraattori

### 3. ERITYISHOITO

ADL-pisteet 7 tai enemmän, sekä vähintään yksi seuraavista:

- kaksi tai useampi haavautumaa (mikä tahansa etiologia) tai – 3:n tai 4:n asteen painehaavaa ja kaksi tai useampi ihon hoitomuotoa
- letkuravitseminen (pääosin laskimonsisäinen) ja afasia
- kirurgiset haavat tai ihorepaleita tai viilto-/ leikkuuhaavoja (muut kuin kirurgiset) ja kirurginen haavan hoito tai siteet tai salvat/ paikallislääkkeet
- hengitysterapia 7 päivää viikossa
- CP ja ADL pisteet 10 tai enemmän
- kuume ja oksentelu tai painonlasku tai letkuravitseminen (pääosin laskimonsisäinen) tai keuhkokuume tai kuiva (erittää enemmän nesteitä kuin ottaa)
- MS ja ADL pisteet 10 tai enemmän
- tetraplegia (neliraajahalvaus) ja ADL pisteet 10 tai enemmän
- sädehoito

### 4. KLIINISESTI MONIMUOTOINEN

Potilas/henkilö täyttää vähintään yhden seuraavista:

- letkuruokinta (pääosin parenteraalinen)
- tajuton
- septikemia (verenmyrkytys)
- palohaavoja (2:n tai 3:n asteen)
- kuiva (erittää enemmän nesteitä kuin ottaa)
- hemiplegia/hemipareesi (puolihalvaus) ja ADL pisteet 10 tai enemmän
- sisäinen verenvuoto
- keuhkokuume
- sairauden terminaalivaihe, elinaikaa jäljellä 6 kk tai vähemmän
- kemoterapia
- dialyysi
- lääkärin määräykset muutettu neljänä tai useampana päivänä ja yksi tai enemmän lääkärinkäyntiä viimeisen 14 vrk:n aikana
- lääkärin määräykset muutettu kahtena tai useampana päivänä ja kaksi tai enemmän lääkärinkäyntiä viimeisen 14 vrk:n aikana
- diabetes ja injektiot (päivittäin) ja lääkärin määräykset muutettu kahtena tai useampana päivänä.
- verensiirrot
- happihoito
- jalan infektio tai jalan avohaava ja siteet

### 5. KOGNITIIVISTEN TOIMINTOJEN HEIKENTYMINEN

Asiakas luokitellaan aivojen toimintamittarin (Cognitive Performance Scale, CPS) perusteella.

ADL-pisteet = 4-10 ja kognitiiviset toiminnot heikentyneet CPS mittarin mukaan seuraavissa:

- päivittäisiin päätöksiin liittyvät kognitiiviset taidot
- ymmärretyksi tuleminen
- Lähimuisti (CPS arvo > 2)

### 6. KÄYTÖSHÄIRIÖT

ADL-pisteet = 4-10 ja yhden seuraavista käyttäytymiseen liittyvistä oireista:

- vaeltelu
- karkea, uhkaava kielenkäyttö
- fyysinen pahoinpitely
- sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen
- kielteinen suhtautuminen hoitoon
- harhaisuus
- harhaluuloisuus

### 7. HEIKENTYNYT FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Ei vastaa muiden kliinisten ryhmien vaatimuksiin, tai kognitiivisten toimintojen heikentyminen ja käytöshäiriöt kriteerit täyttävä mutta ADL-indeksi on 11 tai enemmän.

**Kuvio 4.** RUG-III/22 luokituksen kliinisten pääryhmien kriteerit

**Taulukko 5.** RUG-III ADL indeksi

Liikkuminen sängyssä, wc:n käyttö ja siirtyminen:	
Itsenäinen tai ohjauksen tarvetta	1
Tarvitsee rajoitetusti apua	3
Tarvitsee runsaasti apua tai täysin autettava:	
yhden henkilön fyysinen apu	4
kahden tai useamman henkilön fyysinen apu	5
Ruokailu:	
Itsenäinen tai ohjauksen tarvetta	1
Tarvitsee rajoitetusti apua	2
Tarvitsee runsaasti apua tai täysin autettava	3

Pisteet lasketaan neljästä ADL toiminnosta (MDS 2.0 osio G). Pistemäärä vaihtelee 4 -18. Alhaisin arvo 4 tarkoittaa omatoimista ja korkein arvo 18 täysin autettavaa henkilöä kaikissa neljässä ADL-toiminnossa.

## Kustannuspainot

Kustannuspainot kuvaavat ryhmien välisiä suhteellisia kustannuseroja. Luokituksen halvimman (PA=0,42) ja kalleimman (RFC=2,52) ryhmän välillä on noin kuusinkertainen kustannusero. Suomalaiset kustannuspainot, jotka laskettiin vuonna 1995, on tarkoitus päivittää vuoden 2002 aikana. Kustannuspainojen laskennassa otettiin huomioon ne kustannukset, jotka vaihtelevat hoitotarpeen mukaan. Pitkäaikaishoidossa ne ovat pääosin henkilöstömenoja. Kustannuspainojen laskennassa potilaskohtainen hoitoaika mitattiin siten, että kukin työntekijä seurasi oman työaikansa jakautumista (minuutin tarkkuudella) hoidettavien kesken. Potilaskohtainen hoitoaika muutettiin kustannusmuuttujaksi painottamalla sitä hoitohenkilökuntaryhmien palkoilla. RUG-III/22 ryhmien kustannuspainot laskettiin lopulta siten, että kunkin ryhmän keskimääräinen palkkapainotettu potilaskohtainen aika jaettiin koko aineiston keskimääräisellä palkkapainotetulla potilaskohtaisella ajalla. Kustannuspaino 1,00 vastaa siinä tapauksessa järjestelmän keskivertohintaista asiakasta.

Esimerkiksi jos asiakas on luokiteltu ryhmään CD, hän kuuluu Kliinisesti monimuotoinen ryhmään (kriteerit kuvattuna kuviossa 4) ja hänen RUG-III ADL indeksinsä on 17-18 (täysin autettava). CD ryhmän kustannuspaino on 1,31. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas on noin 30 % kustannusvaativampi kuin järjestelmän pitkäaikaishoidon keskimäärin.

## Voimavarojen kohdentaminen

Suomessa RUG-III luokitusta ei toistaiseksi sovelleta maksujärjestelmän pohjana, mutta sellainen voidaan kehittää, mikäli kunnat haluavat siirtyä potilasrakennepohjaiseen maksujärjestelmään. On muistettava, että luokitusjärjestelmä ja maksujärjestelmä ovat sinänsä kaksi eri asiaa. Luokittelujärjestelmän kehittäminen on enemmän tieteellinen kysymys, kun taas maksujärjestelmän kehittäminen on enemmän poliittinen kysymys. Jos luokittelujärjestelmän pohjalta kuitenkin halutaan kehittää maksujärjestelmää, luokittelujärjestelmän on oltava luotettava ja pätevä.

RUG-III -luokituksesta voidaan kehittää maksujärjestelmä monella eri tavalla. Yksinkertaisessa mallissa kunnat voisivat hyödyntää RUG-III tietoja päätöksenteon tukena esimerkiksi budjettikeskusteluissa. Varsinaisessa maksujärjestelmässä, jossa luokitus yhdistetään suoraan voimavarojen kohdentamiseen, on yleensä käytetty kahta lähestymistapaa: hintapohjainen ja budjettipohjainen. Hintapohjaisessa järjestelmässä määritellään jokaiselle RUG-III ryhmälle

oma hoitopäivähinta. Luokitusryhmät muodostuvat eri tuotosryhmiä, joiden pohjalta hoitopäivähinta lasketaan. Esimerkiksi, jos pitkäaikaispotilas on luokiteltu ryhmään CD (kustannuspaino 1,31) ja keskimääräinen hoitopäiväkustannus on määritelty 500 mk:ksi, RUG-III vakioitu hoitopäivähinta olisi  $1,31 \times 500 \text{ mk} = 655 \text{ mk}$ . Vastaavasti, jos asiakas on luokiteltu ryhmään PB (kustannuspaino 0,77), RUG-III vakioitu hoitopäivähinta olisi  $0,77 \times 500 \text{ mk} = 385 \text{ mk}$ . Budjettipohjaisessa järjestelmässä laitoksen vuosibudjetti määritellään yleensä edellisen vuoden RUG-III vakioitujen hoitopäivien perusteella. Luokitusperusteisen maksujärjestelmän kehittämiseen liittyy useita yksityiskohtia. Yksi niistä on maksujärjestelmän kattavuus eli tulisiko järjestelmään sisällyttää kaikki toiminnan kustannukset (välittömät ja pääomakustannukset). Toinen rahoittajan näkökulmasta tärkeä asia on miten maksujärjestelmää valvotaan mahdollisen väärinkäytön rajoittamiseksi.

Laitoksissa RUG-III luokitusta voidaan jo nyt hyödyntää johtamisen apuvälineenä voimavarojen kohdentamisessa osastojen/yksiköiden välillä. RUG-III järjestelmän kustannuspainojen perusteella voidaan arvioida eri osastojen voimavaratarvetta. Osastojen eroja voidaan tasoittaa joko siirtämällä asiakkaita tai henkilökuntaa.

### 3.3 Hoidon suunnittelu

#### Resident Assessment Protocols

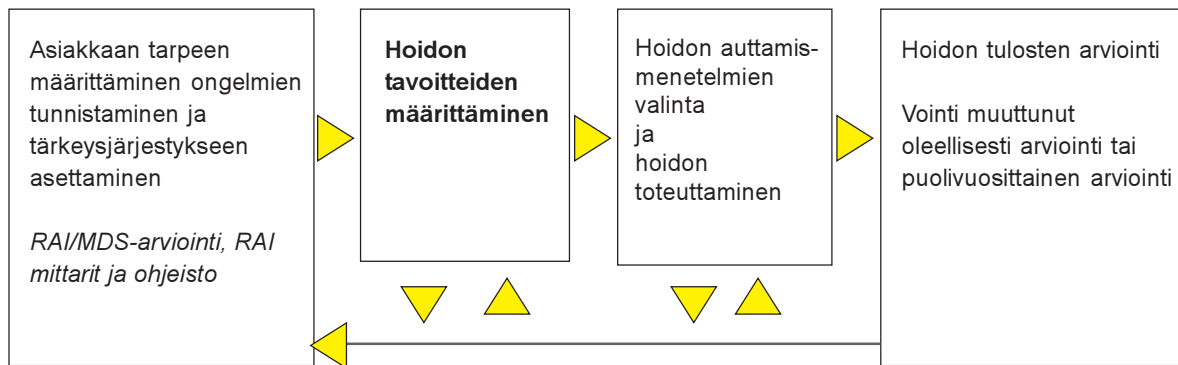
RAI tietojärjestelmällä tarkoitetaan sekä tiedonkeruuta että tapaa, jolla tietoa jäsenellään, priorisoidaan ja lopulta hyödynnetään yksilötasolla asiakkaan hoitosuunnitelman laadinnassa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Kyseessä on suunnitelmallisen hoitamisen apuväline, jonka tärkein rakenne on asiakkaan arvioinnin ohjeisto/tarkistuslista, Resident Assessment Protocols (RAPs).

RAPs tarkistuslistasta (Taulukko 6) ja käsikirjan ohjeistosta on hyötyä etenkin asiakkaan tarpeen määrittämisessä, kun selvitetään, mitkä ovat asiakkaan keskeiset ongelmat ja miten niihin puututaan. Tarkoituksena on varmistaa, ettei hoidettavissa olevia tauteja tai tiloja jää huomaamatta ja että hoito kohdentuu tehokkaasti asiakkaan avainongelmiin. Tavoitteena on myös hyödyntää hoidossa asiakkaan omia voimavaroja.

RAISOFT-LTC atk-sovellusta hyväksi käyttäen on mahdollista saada asiakaskohtainen palaute välittömästi asiakkaan MDS tiedonkeruun suorittamisen jälkeen. Atk-sovellus tuottaa välittömästi RAI:n sisältämän 18-kohtaisen tarkistuslistan, joka auttaa hoitajaa ja hoitoryhmää tunnistamaan asiakkaan voimavarat ja asettamaan asiakkaan ongelma-alueet tärkeysjärjestykseen. Tämän jälkeen laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hoidolle tavoitteet, valitaan tarkoituksenmukaiset hoitotyön auttamismenetelmät, toteutetaan hoito ja arvioidaan hoidon tulokset. (Kuvio 5).

**Taulukko 6.** Resident Assessment Protocols (RAPs)

1. Akuutti sekavuus	10. Aktiviteetit
2. Kognitiivisen kyvyn vaje/dementia	11. Kaatumisen uhka
3. Näkö	12. Ravitsemustila
4. Kommunikointikyky	13. Letkuravitsemus
5. ADL toiminnot	14. Nestetasapaino
6. Virtsanpidätyskyky/katetri	15. Suu ja hampaisto
7. Psykososiaalinen hyvinvointi	16. Painehaava tai sen uhka
8. Mieliala	17. Psykyen lääkitys
9. Käyttöoireet	18. Liikkumista rajoittavat välineet



**Kuvio 5.** RAI/MDS arvioinnin käyttö hoitotyön prosessia soveltaen

RAI arviointi alkaa asiakkaan tullessa osastolle, jolloin hänelle tehdään ensimmäinen sisäänkirjausarviointi (Kuvio 6). Asiakkaan MDS tiedonkeruu ja asiakkaan tilan arviointi tehdään 14 vuorokauden aikana. Kun MDS arviointi on tehty, asiakkaan tiedot syötetään RAIssoft atk-sovellukseen, josta voidaan tulostaa RAPs tarkistuslista ja muut mittarit tulostettua. Arvioinnin toivotaan olevan valmis viimeistään 14 päivänä asiakkaan tulopäivästä. Omahoitaja vastaa arvioinnin kirjaamisesta kaavakkeelle tai tietokoneelle kuultuaan asukasta, hänen läheistään sekä muita tiiminsä jäseniä. Kun arviointi on kirjattu, siirrytään hoitosuunnitelman laatimiseen yhdessä asukkaan ja / tai hänen hoitoon osallistuvan läheisensä kanssa. *Hoitoprosessin kulku ja RAI integroituminen siihen määritellään osastotasolla.*

Asiakkaan voinnin muuttuessa oleellisesti tehdään uusi arviointi, jonka perusteella tarkistetaan hoitosuunnitelman tavoite ja keinot. Jos asiakkaan vointi pysyy muuttumattomana, asiakas arvioidaan puolivuositain (puolivuositainen arviointi), jolloin myös hoitosuunnitelma tarkistetaan. RAI arvioinnin tarkoituksena on pitää pitkäaikaishoidossa olevan asiakkaan hoitosuunnitelma ja RAI tiedot ajan tasalla.

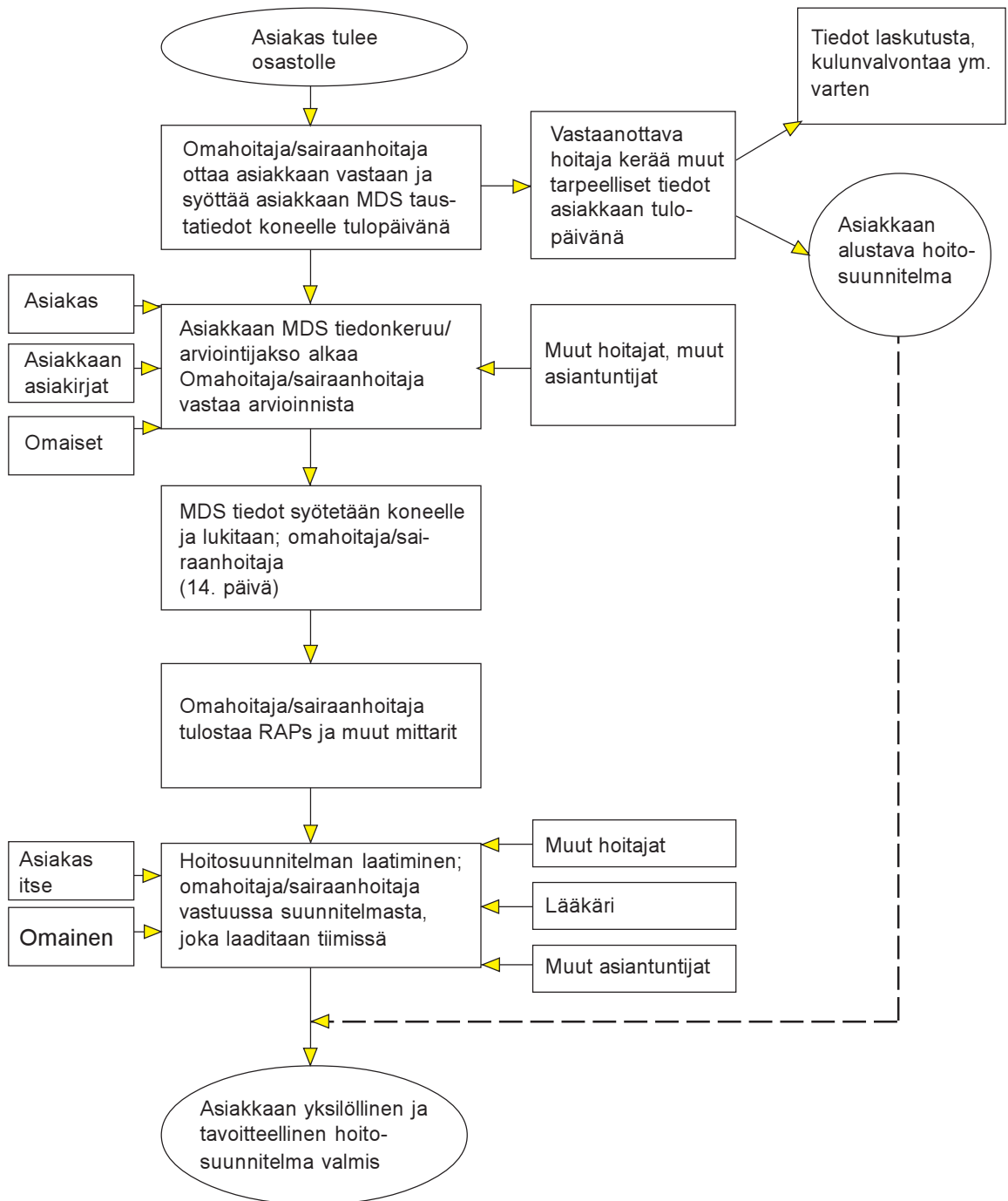
RAI ei ole sidoksissa mihinkään erityiseen hoitotyön malliin eikä filosofiaan. Sen tuottamaa tietoa asukkaasta voidaan soveltaa moniin erilaisiin tapoihin kirjata ja hoitaa.

### 3.4 Keskeiset mittarit RAI-järjestelmässä

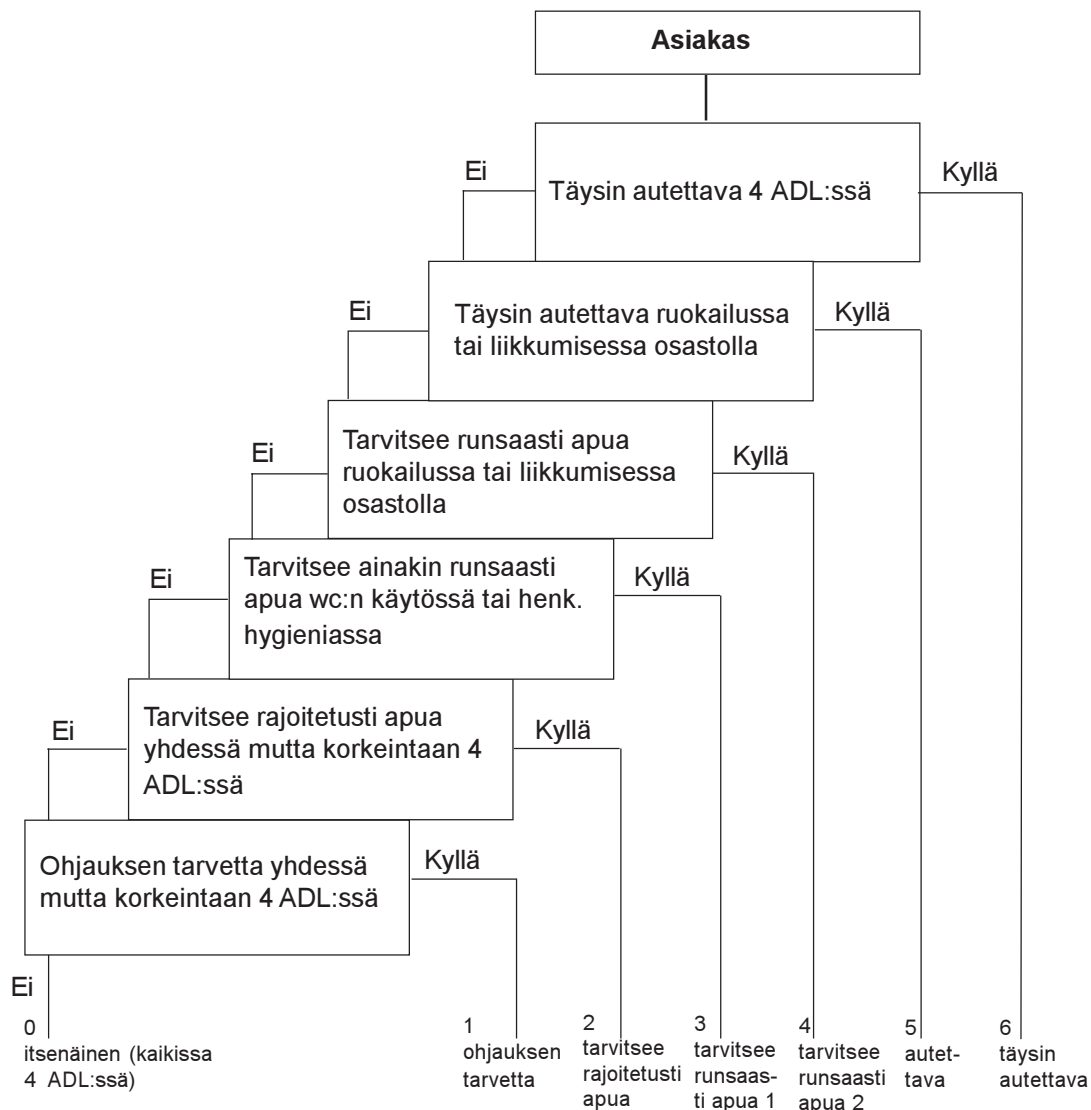
#### Hierarkkinen ADL skaala (self-performance scale)

Fyysinen toimintakyky voidaan luokitella monin tavoin, mm. siten, että luokittelussa huomioidaan ensimmäisenä ja viimeisenä huonontuvat toimintakyvyn osa-alueet suhteessa tarvittavaan avun määrään. Näin luokitellen saadaan kliinisesti käyttökelpoinen arvio fyysisestä toimintakyvystä (Kuvio 7). ADL asteikko (0-6) muodostuu asiakkaan suorituskyvyn perusteella neljästä ADL toiminnosta: liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Mitä suurempi arvo on sen huonompi on asiakkaan fyysinen toimintakyky.





**Kuvio 6.** Hoitoprosessin kulku ja RAI-järjestelmän integroituminen siihen (asiakkaan ensimmäinen sisäänkirjausarviointi ja hoitosuunnitelman rakentaminen)



Lähde: Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. Journal of Gerontology: Medical Sciences 1999, Vol. 54A, No. 11, M546-M553.

**Kuvio 7.** Fyysinen toimintakyky mittari – ADL skaala (hierarkkinen)

## Dementian oireet

Asiakkaiden kognitiivista kykyä, eli aivojen mahdollista vajaatoimintaa mitataan CPS (Cognitive Performance Scale) -mittarilla, joka on rakennettu MDS lomakkeen kognitiivisen kyvyn osuudesta (OSA B). CPS-mittarin luokitus perustuu viiden muuttujan yhdistämiseen. Mittarin muuttujat ovat lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, kyky suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, tajunnan taso ja kyky syödä itse. Mittarin asteikko on nolasta kuuteen. RAIsoft atk-ohjelmisto laskee automaattisesti asteikon lukemat arvioinnin jälkeen. Luokitus on kuvattu kuviossa 8, jonka viimeisellä rivillä on MMSE (Mini mental State Exam) -luokituksen keskiarvot CPS-luokituksen eri luokissa (RAI käsikirja, 2000). Näin asteikon lukemia voi verrata suoraan MMSE-testin lukemiin. Kannattaa muistaa, että mikään käytössä olevista testeistä ei kerro aivojen vajaatoiminnan *syytä*, ainoastaan sen, toimivatko aivot normaalisti vai ei.

### Häiriötä

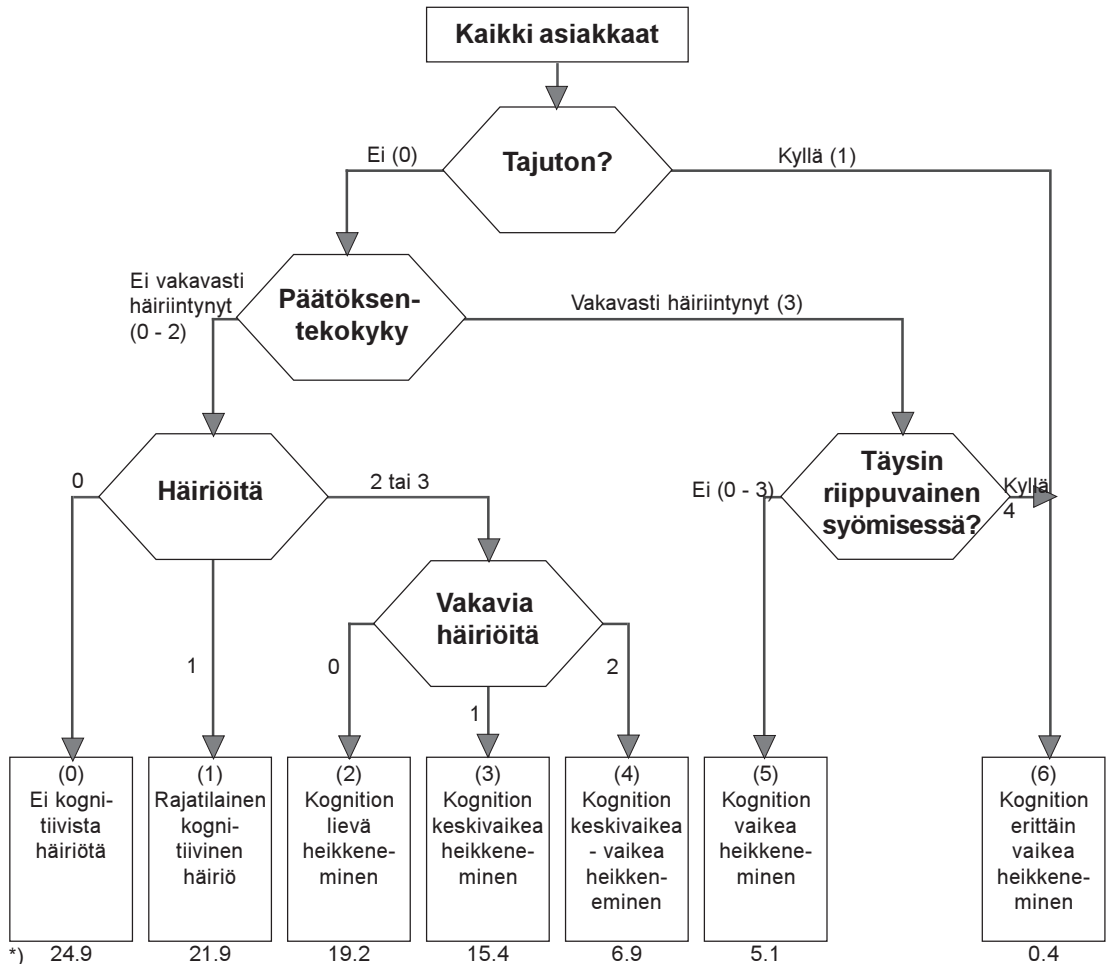
(Seuraavien määrä:)

1. Päätöksentekokyky: Alentunut = 1 - 2
2. Ymmärretyksi tuleminen: Alentunut 1 - 3
3. Lähimuisti: Muistiongelmia = 1

### Vakavia häiriötä

(Seuraavien määrä:)

4. Päätöksenteko: Kohtalaisen alentunut = 2
5. Ymmärretyksi tuleminen: Joskus/Ei koskaan = 2 - 3



\*) Keskiarvo Mini-Mental -luokituksella, jossa 30 on paras ja 0 huonoin arvo.

**Kuvio 8.** MDS CPS-mittari (Cognitive Performance Scale)

### Masennuksen oireet

Aikaisempi tutkimus osoittaa, että masennuksen diagnoosi kirjataan yleensä noin 15%:lle pitkäaikaisasukkaista (RAI käsikirja 2000, Finne-Soveri 2000). Kuitenkin masennukseen viittavia oireita esiintyy huomattavasti runsaammin, noin joka kolmannella asukkaalla. Oireinen masennus on eräs niistä sairauksista, joihin on saatavissa lievittävä, jopa parantavaa hoitoa ja sen vuoksi masennuksen tunnistaminen ja siihen reagoiminen on eräs tärkeimmistä pitkäaikaishoidon tehtävistä. Masennuksen oireista lasketaan summamuuttuja, johon sisältyy 7 eri masennukseen liittyvää oiretta, joiden avulla on muodostettu asteikko 0-14 (Taulukko 7). Mikäli asiakas saa asteikolla kolme pistettä tai enemmän, on syytä epäillä masennusta (Burrows et al, 2000).

**Taulukko 7. Masennusmuuttujan muodostaminen**

Arvot	MDS 2.0	Kysymys [OSA E. Mieliälä ja käyttäytyminen]
0, 1 tai 2	E1a	Kielteisiä ilmaisuja: ”mitään ei ole väliä, parempi olla kuollut”, ”miksi elää näin kauan”, ”antakaa kuolla”.
0, 1 tai 2	E1d	Jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku: asiakas ärsyyntyy helposti, on kiukkuinen siitä että on joutunut kyseiseen laitokseen tai suuttuu saadusta hoidosta
0, 1 tai 2	E1f	Epärealistiselta vaikuttavan pelon ilmaisuja: hylätyksi tulemisen, yksinäjäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko
0, 1 tai 2	E1h	Terveysteen liittyvät toistuvat valitukset, etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan
0, 1 tai 2	E1i	Toistuvat ahdistuneet valitukset/huoli (ei-terveydellinen); esim. toistuva huomionherättämisen tarve/tarvitsee vakuuttelua aikatauluista/aterioista/pyykistä/ vaatteista/ihmissuhteista
0, 1 tai 2	E1l	Surullinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme – esim. otsa rypyssä
0, 1 tai 2	E1m	Itku, kyynelehtiminen

0 = Ei viitettä tällaisesta oireesta viimeisen 30 vrk:n aikana

1 = Oire ilmenee korkeintaan viitenä päivänä viikossa

2 = Oire ilmenee päivittäin tai miltei päivittäin (6-7 päivänä viikossa)

*Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000 Mar;29(2):165-72.*

### Käyttäytymiseen liittyvät oireet

Dementiakehityksen eri vaiheisiin liittyy runsaasti erilaisia käyttäytymisen poikkeavuuksia, (Saarela et al.). Ympäristöä häiritsevä käytös esiintyy päivittäin 17 - 38% :lla eri laitoksissa (Ribbe et al. 1997) RAI:ssa kirjatut häiritsevän käyttäytymisen osiot ovat seuraavat: Vaeltelu; karkea, uhkaava kielenkäyttö; fyysinen pahoinpitely; sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen; kielteinen suhtautuminen hoitoon. Käyttäytymistä tarkastellaan sekä oireiden esiintymisen tiheytenä eli kuinka monena päivänä oire ilmeni viimeisen 7 vuorokauden aikana sekä oireen pysyvyytenä/muuttuvuutena. Lisäksi arvioidaan mikä nykyisen tilanteen suhde on edelliseen arvioon.

### Sosiaalinen osallistuminen, SES

Sosiaalinen osallistuminen tarkoittaa sitä kuinka paljon asiakkaalla on joko aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta erilaisiin yhteisiin tapahtumiin laitoksessa. Indeksi muodostetaan laskeamalla väittämät kohdasta F, osiosta 1, indeksin minimi on 0 ja maksimi on 7. Indeksi on luokiteltu kolmeen luokkaan, jossa

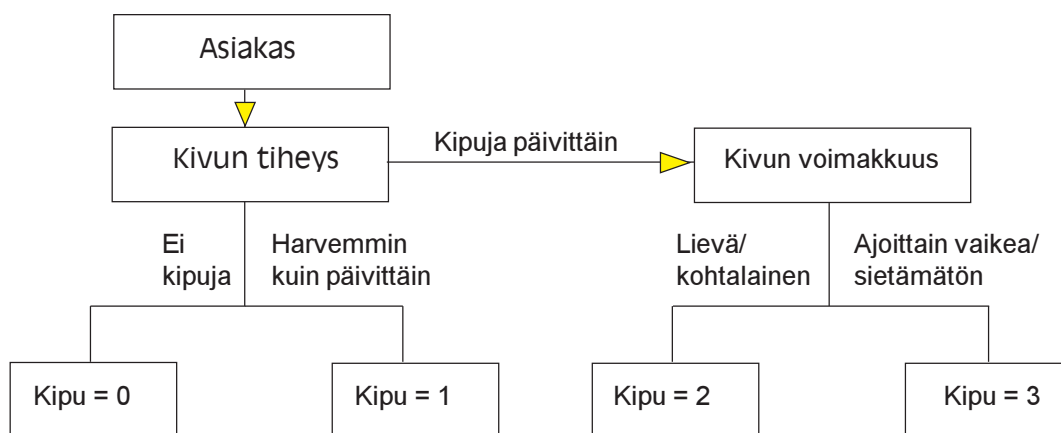
- 0 ei aloitekykyä / osallistumista;
- 1 - 3 kohtuullisesti aloitekykyä / osallistumista;
- 4 - 6 paljon osallistumiskykyä / osallistumista.

## Kivun ilmeneminen

Pitkäaikaishoidossa kipu on eräs niistä elämänlaatua haittaavista tekijöistä, joihin löytyy helpotusta. Pohjoismaissa noin joka neljäs pitkäaikaishoidon asukas kärsii jokapäiväisistä kivuisista (Finne-Soveri ym. 2000). Kipu tulisi aina antaa asukkaalle itsensä arvioitavaksi. Tämä onnistuu konkreettisin kysymyksin keskivaikean ja vaikean dementian rajalle asti (CPS = 4). Jos kognition aste on tätä matalampi, hoitajan on arvioitava kipu pääättelemällä asukkaalle kasvojen ilmeistä ja käytöksestä (RAI käsikirja 2000).

Kipuskaalaan (Kuvio 9) sisältyy kivun tiheys (a) ja voimakkuus (b) kohdasta J osiosta 2.

- 0 ei kipuja
- 1 kipuja harvemmin kuin päivittäin
- 2 kipuja päivittäin, kohtalainen kipu
- 3 kipuja päivittäin, ajoittain vaikea/sietämätön kipu



Kuvio 9. Kipuskaala

## Ravitsemustilan arviointi

Painoindeksi kertoo, onko henkilö saanut riittävästi energiaa (kaloreita) ja tällöin paino ei laske. Painoindeksi ei kuitenkaan ilmaise mikä nautitun ravinnon koostumus on ollut, onko nautittu riittävästi valkuaisaineita, kalsiumia tai vitamiineja.

Painoindeksin (BMI = Body Mass Index) avulla arvioidaan, onko henkilö aliravittu, normaalipainoinen vai ylipainoinen. Se lasketaan seuraavalla kaavalla:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Pituus} * \text{Pituus}}{\text{Paino}}$$

# 4 Tuottavuus ja henkilökuntarakenne

Tuottavuudella tarkoitetaan tuotosten ja panosten suhdetta (tuotos / panos) eli tuottavuus kuvaa tuotannon määrän ja siihen käytettyjen tuotannontekijöiden (työ, pääoma jne.) suhdetta. Tuottavuus on tapana määritellä toiminnan kautta joko siten, että annetuilla resursseilla tuotetaan mahdollisimman paljon tai että tuotos tuotetaan mahdollisimman vähäisin voimavaroin.

Tässä projektissa pitkäaikaishoidon tuotoksella tarkoitetaan potilasrakennevakioituja hoitopäiviä, joka lasketaan kertomalla yksikön tuottamat hoitopäivät vuoden aikana yksikön keskimääräisellä kustannuspainolla (RUG-III). Yksikön keskimääräinen kustannuspaino saadaan laskemalla keskiarvo yksikön potilaiden kustannuspainoista. Potilasrakenteen vakioiminen mahdollistaa eri osastojen tuottavuuden vertailemisen, vaikka osastojen potilasrakenteet olisivatkin erilaisia.

Pitkäaikaishoidon tuotoksen aikaansaavilla panoksilla tarkoitetaan puolestaan sekä osastolla vuoden aikana syntyneitä toiminnan markkamääräisiä kokonaiskustannuksia että osastolla vuoden aikana tehtyjä henkilötyövuosia. Panoksena voidaan käyttää myös palkkapainotettuja henkilötyövuosia, joka lasketaan kertomalla osaston kunkin ammattiryhmän tekemät henkilötyövuodet kullekin ammattiryhmälle annetulla palkkapainolla. Vertailuarvona käytetään sairaanhoitajien palkkapainoa, joka on 1. Perus- ja lähihoitajien palkkapaino on 0.85 ja lääkärien 1,6 jne. Palkkapaino kertoo karkeasti eri ammattiryhmien peruspalkkojen suhteellisen eron. Palkkapainon avulla osastojen tuottavuutta voidaan verrata, vaikka osastojen henkilökuntarakenteet olisivatkin erilaisia.

Tuottavuustietoja ei saada sellaisenaan suoraan RAI –tietojärjestelmästä, vaan suurin osa tarvittavista osastokohtaisista tiedoista kerätään erikseen laitoksien taloushallinnosta. Tähän mennessä tuottavuuden tarkastelemisessa on käytetty yksinkertaisinta tuottavuustietoa, tuottavuusindeksiä, jossa yksi määrätty tuotos jaetaan yhdellä määrättyllä panoksella. Kaikkien osastojen tuottavuuden keskiarvo on täsmätty sadaksi, jonka jälkeen eri osastojen tuottavuusindeksit osoittavat prosentuaalisen eron keskimääräiseen tuottavuuteen. Esimerkiksi indeksin arvo 110 ilmaisee, että osaston toiminta on 10 prosenttia keskimääräistä tuottavampaa. Indeksien arvo 90 puolestaan merkitsee, että osaston toiminta on 10 prosenttia keskimääräistä tehottomampaa. Tiedot ovat vuodelta 1999. Internetissä olevassa benchmarking -tietokannassa on esitetty kolme tuottavuusindeksiä (taulukko 8). Tiedot ovat vuodelta 1999.

Lähtövalaisuudessa tuottavuutta tullaan tarkastelemaan entistä syvällisemmin ja varmasti myös paremmalla aineistolla. Pelkän tuottavuusindeksin avulla osastojen tuottavuutta voidaan verrata vain keskimääräiseen tuottavuuteen yhden panos- ja tuotostiedon suhteen, kun taas esimerkiksi nk. DEA –menetelmällä ja nk. stokastisella frontier –mallilla voidaan ottaa vertailuarvoksi tuottavuudeltaan paras osasto. Näiden menetelmien etuna on myös se, että niissä voidaan käyttää yhtä aikaisesti useita panos- ja tuotostietoja.

## Henkilökuntatiedot

Osastojen henkilökuntamäärää ja ammattirakennetta kuvaavat tiedot ovat tärkeitä sekä benchmarking –toiminnan että henkilöstömitoituksen suunnittelun kannalta. Lisäksi tiedot ovat pe-

**Taulukko 8.** Benchmarking –tietokannassa olevat tuottavuusindeksit

Tuottavuusindeksi	Tietosisältö
Tuottavuus 1	Kustannuspainotetut hoitopäivät, (indeksi, kaikkien osastojen keskiarvo 100) / Kokonaiskustannukset
Tuottavuus 2	Kustannuspainotetut hoitopäivät (indeksi, kaikkien osastojen keskiarvo 100) / Henkilötyövuodet
Tuottavuus 3	Kustannuspainotetut hoitopäivät (indeksi, kaikkien osastojen keskiarvo 100) / Palkkapainotetut henkilötyövuodet

rustana hoidon laatuun ja potilasrakenteeseen perustuvan henkilöstömitoituksen suunnitteluun, mikä voidaan tulevaisuudessa tehdä RAI –tietojärjestelmää hyödyntämällä. Henkilökuntatiedot kerättiin kyselylomakkeen avulla osastojen osastonhoitajilta.

Osastojen nykyinen henkilökuntamitoitus selvitettiin kysymällä osastonhoitajilta, kuinka monta eri ammattiryhmien työntekijää osastolla työskentelee keskimäärin sekä aamu/päivä-, iltta- ja yövuoroissa. Henkilökuntamitoitusta laskettaessa otettiin kuitenkin huomioon vain ammattihenkilöstö, johon sisällytettiin seuraavat ammattiryhmät: lääkärit, sairaanhoitajat, diakonissat, perus-, lähi-, mielenterveys-, kodin- ja yöhoitajat sekä hoito- ja laitosapulaiset. Luonnollisesti henkilökuntamitoitus olisi näyttänyt suuremmalta, jos mukaan olisi otettu esimerkiksi kuntoutushenkilökunta tai muut osastoilla väliaikaisesti työskentelevät ammattiryhmät. Henkilökuntatiedot ovat vuodelta 1999. Internetissä olevassa benchmarking -tietokannassa on esitetty neljä henkilökuntamitoitukseen liittyvää tietoa (taulukko 9).

Tietokannasta löytyvät myös tiedot osaston hoitopäivän hinnasta ja kuormitusasteesta vuodelta 1999. Hoitopäivän hinta laskettiin seuraavasti: osastolla vuoden aikana syntyneet kokonaiskustannukset / osastolla vuoden aikana tehdyt hoitopäivät. Kuormitusaste puolestaan laskettiin seuraavasti: hoitopäivät / (hoitopaikat\*365) \* 100.

**Taulukko 9.** Benchmarking –tietokannassa olevat henkilöstötiedot.

Tietosisältö
Päivävuorossa työskentelevä ammattihenkilöstö / koko keskimääräinen ammattihenkilöstö, %
Yövuorossa työskentelevä ammattihenkilöstö / koko keskimääräinen ammattihenkilöstö, %
Iltavuorossa työskentelevä ammattihenkilöstö / koko keskimääräinen ammattihenkilöstö, %
Keskimääräinen ammattihenkilöstö yhteensä vuorokauden aikana / hoitopaikka

# 5 Benchmarking toiminnan esittely

**R**AI-tietojärjestelmää voidaan hyödyntää pitkäaikaishoidon suunnittelussa ja arvioinnissa usealla tavalla osasto-, laitos- ja kuntatasolla. Esimerkiksi RUG-III järjestelmän perusteella voidaan määrittellä pitkäaikaishoidon suorite siten, että eri osastojen ja laitosten toiminnan ja kustannusten vertailussa voidaan ottaa huomioon potilasrakenteessa olevat erot. Tämä mahdollistaa eri yksiköiden tuottavuuden vertailun. Lisäksi RAI:n perusteella voidaan verrata eri yksiköiden toiminnan laatua esim. laatuindikaattoreiden (QIs) avulla. RAI-mittarien avulla on mahdollisuus kehittää pitkäaikaishoidon jatkuvaa seurantaan koskeva vertailutietokanta, joka sisältää tietoa sekä muiden (vertailtavien) yksiköiden että oman yksikön toiminnasta pidemmällä aikavälillä. Omien toimintojen systemaattinen vertailu ja 'toimialan parhaiden' yksiköiden prosesseista oppiminen on tärkeä lähtökohta yksikön omien toimintamallien ja prosessien kehittämiseksi.

RAI-tietojärjestelmää voidaan hyödyntää pitkäaikaishoidon suunnittelussa ja arvioinnissa usealla muullakin tavalla. RUG-III luokitus soveltuu hinnoittelu perusteeksi kunnan (tai muun vanhustenhuollon rahoittajan) ostaessa/myydessä palveluja muille kunnille tai ostaessa palveluja yksityiseltä sektorilta. Luokitusjärjestelmän perusteella voidaan arvioida voimavarojen ja henkilöstön tarve osastotasolla myös laitoksen sisällä. Yhdysvalloissa ollaan parhailaan kehittämässä, RAI:n pohjalta, järjestelmää, jonka avulla myös hoidon laatu otetaan huomioon pitkäaikaishoidon maksujärjestelmissä.

## 5.1 Mitä on benchmarking?

Benchmarking-toiminnalla ymmärretään yleisesti hoitotoiminnan vertailua yksiköiden välillä ja parhaimmista käytännöistä oppimista. Toiminta tapahtuu yhteistyössä osallistuvien laitosten ja tutkijoiden kanssa. RAI soveltuu tähän erinomaisesti, koska se on kansainvälisesti laajasti validoitu ja testattu ja sen avulla voidaan tehdä järjestelmällistä vertailua luotettavasti yksilö-, laitos- ja kuntatasolla. Jatkossa benchmarking-toimintaa voidaan laajentaa kattamaan useita vanhustenhoidon osa-alueita ja vuonna 2001 aloitamme kotihoitoon soveltuvan RAI-järjestelmän testaamisen.

## 5.2 Benchmarking-yhteistyöhankkeen tavoitteet

Projekti on yhteistyöhanke, joka perustuu molemminpuoliseen vuorovaikutukseen, jossa työkokouksissa keskustellaan toimintatavoista, tuloksista ja järjestelmän käytännön hyödyntämisestä.

Projektissa tavoitteena oli

- 1) ottaa käyttöön RAI-tietojärjestelmä ja sen tietokonesovellus hoitotyön käytännön suunnitteluun sekä potilasrakenteen (case-mix), hoidon laadun, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja kustannus-vaikuttavuuden arviointiin,



- 2) kouluttaa osallistuvien kuntien/laitosten työntekijät sekä RAI:n että tietokonesovelluksen käyttöön,
- 3) luoda Stakesiin tietokanta, johon RAI tiedot kertyvät ja luoda palaute/vertailutietokanta Internetiin,
- 4) tarjota osallistujille palautetta, jossa arvioidaan hoidon laatua, hoidon kustannuksia RUG-luokittelun ja erikseen kerättävien osastokohtaisten kustannus- ja voimavaratietojen avulla sekä hoidon tuottavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta ja näiden yhteyttä hoidon laatuun.

Projektissa lisätavoitteena oli hyödyntää RAI-tietojärjestelmää asiakas-/potilas- ja osastotasolla hoitotyössä sekä hallinnossa vuorovaikutteisesti osallistuvien laitosten kanssa.

### 5.3 Toiminnan periaatteet

- Osallistuminen perustui kunnan/laitoksen/yhteistyötahon ja Stakesin väliseen yhteistyösopimukseen. Koska ensimmäisenä vuonna oli kyse järjestelmän pilotoinnista jouduttiin osallistujien määrää rajoittamaan.
- Tietolähteenä käytettiin pääosin tietokoneella kerättävää RAI-lomakkeeseen sisältyviä tietoja sekä erikseen kerättäviä osasto/laitoskohtaisia kustannus- ja henkilöstötietoja.
- Osallistuvien kuntien/laitosten ja muiden yhteistyötahojen edustajista muodostettu johdoryhmä seurasi ja ohjasi projektin kulkua.
- FinRAI-projektiryhmä koordinoi toimintaa. Käytännön työ tapahtuu eri osapuolien edustajien muodostamissa ryhmissä kunta- ja laitostasolla, joissa käytiin läpi saatuja kokemuksia, tuloksia ja niiden hyödyntämistä. Projektiryhmän työskentelyä varten pyydettiin laitosten ryhmistä yhteyshenkilöt.

### 5.4 Osallistujat vuonna 2000

Ensimmäisenä vuonna hankkeeseen osallistui 83 osastoa kolmesta kaupungista Helsingistä, Kokkolasta ja Porvoosta sekä osastoja Oulunkylän kuntoutussairaala, Helsingin Diakonissalaitokselta ja Folkhälsanilta. Yhteistyöhankkeeseen osallistuivat myös Kuntokallion ja Vanhustyön keskusliiton edustajat. Kaikkiaan kokonaisarviointeja oli tehty potilaista 4200. Keväältä kokonaisarviointeja oli 2400 ja syksyiltä 1800. RAI-järjestelmään kirjattuja potilaita oli kevään aikana 3194 ja syksyllä 2276 eli yhteensä 5470.

### 5.5 Yhteistyöhankkeen vaiheet

#### Käyttöönottovalmennus

RAI-käyttöönottovalmennus toteutettiin Helsingin sosiaalivirastossa tammi- maaliskuussa. Helsingin terveystieteiden virastossa ja Porvoossa käyttöönottokoulutus valmennus järjestettiin jo syksyllä 1999. Tiedonkeruun aikana huhtikuussa ja osin toukokuuta oli puhelinpäivystys 1 pv/vko sekä mahdollisuus lähettää sähköpostia.

Kokkolassa RAI vastaavat (1sh/osasto) koulutettiin RAI järjestelmän käyttöön syksyllä 1999 ja muu hoitohenkilöstö keväällä 2000. RAI-järjestelmän käyttöönoton ja koulutusmallien kehittämisessä on Kokkolassa oma EU:n tavoite 2 rahoitteinen hanke, jossa kehitetään pitkäaikaispotilaan hoidon suunnittelua ja hoidon kirjaamista.

ATK-koulutusta, jossa opetettiin RAIsoft atk-sovelluksen käyttöä annettiin projektiin osallistuvalla henkilökunnalle 3 tuntia. Koulutustilaisuuksia järjestettiin Helsingissä, Kokkolassa ja Porvoossa maaliskuun aikana. Yhden päivän koulutustilaisuus lääkäreille järjestettiin syyskuussa Helsingissä.

## **RAI-arvioinnit**

Osastojen asukkaat arvioitiin huhtikuussa ja lokakuussa. Mikäli asukkaiden kunto muuttui kesä-syyskuun aikana heille tehtiin uusi arviointi. Uudet asiakkaat arvioitiin heidän tullessaan hoitoon. Tiedot arvioinneista siirrettiin kaksi kertaa Stakesiin, toukokuussa ja marraskuussa.

## **Kustannus- ja henkilötietojen keruu**

Talouslyhdysenkilöiden kanssa muotoiltiin tiedonkeruu, jossa osastojen resurssi- ja toimintatiedot koottiin yhteen. Eräänä vaikeutena oli kustannustietojen allokointi tietyille osastoille. Talouslyhdysenkilöiden kokous järjestettiin kaksi kertaa. Ensimmäisessä tapaamisessa suunniteltiin kustannus- ja henkilötietojen keruuta ja niiden jyvitystä osastoittain. Kesän aikana elektroninen lomake oli talouslyhdysenkilöillä testattavana ja tiedot koottiin elokuun 16. päivään mennessä. Osastoille lähetettiin myös kyselylomake, jossa selvitettiin osaston henkilökuntarakennetta.

## **Työkokoukset**

Työkokouksia järjestettiin kolme kertaa. Yhden päivän työkokous oli tammikuussa ja joulukuussa, kahden päivän kokous syyskuussa vuonna 2000. Projektin ensimmäisessä työkokouksessa keskusteltiin ja tehtiin ehdotuksia projektisuunnitelmaan. Lisäksi käytiin läpi hankkeen kulku.

Toisessa työkokouksessa kehiteltiin tietokannan sisältöä, esiteltiin alustavia tuloksia sekä keskusteltiin asiantuntijoiden alustusten pohjalta saatujen vertailutulosten hyödyntämisestä pitkäaikaishoidossa. Työkokouksessa oli myös ryhmätöitä.

Loppukokouksessa esiteltiin Internet-palvelun ja vertailutietokannan tekninen toteutus. Loppukokouksessa käytiin läpi projektin jatkosuunnitelmia. Työkokouksiin on osallistunut osastoilta sekä hoitajia, osastonhoitajia, ylihoitajia, lääkäreitä, taloushenkilöitä ja ATK-ihmisiä sekä kunnan päättäjiä.

## **Osastokohtainen palaute**

Jokainen yhteishankkeeseen osallistunut osasto sai omaa osastoa koskevan palautteen 2 kertaa, syyskuussa ja joulukuussa. Palautteessa oli mukana oman osaston keskiarvotiedot, oman laitoksen keskiarvotiedot ja vertailutiedot vanhainkoti, terveyskeskus ja kaikki. Joulukuun palautteen sai myös sähköisessä muodossa.

## **Internet – palautetietokanta**

Projektiin osallistuvat saivat käyttöönsä Internet-tietokannan, jonka perusteella he voivat verrata omaa toimintaansa muihin laitoksiin/osastoihin. Internet-palautetietokanta valmistui joulukuussa 2000.

Palautetietokannat on jaettu viiteen kokonaisuuteen:

1. Taustamuuttajat
2. RUG-III/22
3. Mittarit
4. Laatuindikaattorit
5. Tuottavuus

Perusyksikkönä on osasto sekä vertailuarvot kaikki, terveyskeskus ja vanhainkoti. Palautetietokantoihin pääsevät tutustumaan vain projektiin osallistuvat.

## **Internet palvelu**

Stakes ylläpitää Internetissä hankkeen palvelusivuja, joihin kerätään benchmarking tietokannan lisäksi hyödyllistä tietoa RAI järjestelmästä, ohjeet tietokannan käytöstä sekä muuta tarpeelliseksi havaittua informaatiota. Osallistujilla on käyttäjätunnukset ja salasanat Internet-palveluun. Osoite on [www.stakes.fi/finrai](http://www.stakes.fi/finrai)

## **RAIsoft atk-ohjelmisto**

RAIsoft atk-sovellus oli testattavana vuonna 2000 osallistuneilla osastoilla. Osastoilla on ollut käytössä 1 tietokonesovellus ja tietokanta/osasto sekä atk-sovelluksen käyttöopas. ATK-henkilöiden koulutus järjestettiin Stakesissa, Helsingissä elokuussa.

Vuonna 2001 alussa RAIsoft ohjelmisto muuttui kaupalliseksi tuotteeksi ja siihen sisältyy myös käsikirja. RAIsoftLTC atk-ohjelmistoa markkinoi Oy RAIsoft Ltd.

## **5.6 RAI-tietojärjestelmän tuottaman tiedon hyödyntäminen**

### **Yksilö- ja osastotaso**

Pilottivuoden aikana ovat tarkentuneet RAI-tietojärjestelmän hyödyntämisen tasot. Tietoja voidaan hyödyntää yksilö ja osastotasolla. Tiedot perustuvat RAI-arviointeihin ja sisältyvät RAIsoft tietokantaan. Yksilötason tiedot ovat osaston omassa käytössä. RAIsoft tietokannasta tulee yksilötason palaute hoidon suunnitteluun eli RAPS, voimavaratarveluokitus eli RUG-III 22 alaluokitus, ja dementian arvioimiseksi CPS-luokitus, depressiomittari ja kipuskaala. Tietokannasta saa omaa osastoa koskevaa keskiarvotietoa RUG-III pääluokista, dementiasta (CPS) ja kustannuspainoista.

### **Osastotason vertailutiedot ja palaute, Stakes**

Osastokohtaisista tietokannoista lähetetään kopio Stakesiin 2 kertaa vuodessa. Osastotason tietojen analyysi tehdään Stakesissa benchmarking projektissa. Analyysissa tuotetaan yli laistosten ja kuntarajojen meneviä osastoittaisia tunnuslukuja. Osastoittain voidaan tarkastella lai-

toksia ja kaikkien osallistuvien laitosten keskiarvotietoja eli erikseen vertailulukuja terveyskeskus, vanhainkoti, palvelutalo ja kaikki yhteensä.

Osastokohtaisina tunnuslukuina tuotetaan tietoa potilasrakenteesta, dementiasta, depressiosta, RUG-III pääluokista, ADL:stä sekä hoidon laatuindikaattoreista (esiintyvyys ja ilmaantuvuus) riskiryhmittäin sekä kustannus- ja henkilökuntatiedoista osastoittain kohdennettuna (erillinen tiedonkeruu). Näihin kansallisiin vertailutietoihin tullaan jatkossa yhdistämään ajan- tasaiset kansainväliset benchmarking luvut. Osastokohtaiset tiedot ovat vain yhteistyöhankkeeseen osallistuvien osastojen, laitosten käytössä ja tutkijoiden käytössä Internet palautetietokannassa.

Osallistuminen benchmarking-hankkeeseen mahdollistaa parhaimmista käytännöistä oppimisen ja henkilöstön verkostoitumisen yli laitos- ja kuntarajojen. Yhteisissä työkokouksissa käydään läpi saatuja tuloksia ja käytännön tulosten hyödyntämistä. Lisäksi laitostasolla käydään ryhmissä läpi tuloksia ja niiden merkitystä.

# 6 Tulokset

## 6.1 Asukkaiden taustatietoja

Vuonna 2000 RAI-arvioinnit tehtiin 2 kertaa ja seuraavassa esitetyissä tuloksissa on 4200 potilasarviointia. Asukkaista 26 % oli miehiä ja 74 % naisia. Hoitoaika oli keskimäärin kolme vuotta vanhainkodeissa ja noin kaksi vuotta terveyskeskuksissa. Asiakkaiden keski-ikä oli 83 vuotta vanhainkodeissa ja 81 vuotta terveyskeskuksissa (Taulukko 10). Alle 65-vuotiaiden määrä oli noin 3 % vanhainkodeissa mutta noin kymmenes terveyskeskuksissa. Noin puolet pitkäaikaishoidettavista oli yli 85 -vuotiaita ja yli 90 -vuotiaita oli noin viidennes. Eli pitkäaikaishoidossa olevat painottuvat vanhoihin ikäryhmiin.

Seuraavassa havainnollistetaan muutamien esimerkkien avulla tietosisältöä, joka saadaan vertailutietokannasta. Esimerkeissä käytetään vertailuarvoja terveyskeskus ja vanhainkoti. Vertailutietokannassa on lisäksi käytettävissä jokaiselle osastolle omat arvot. Vertailuarvot kertovat siitä mikä tilanne on keskimäärin, mutta lisää sisältöä ja suuria eroja tuovat esiin osastokohtaiset luvut. Osastot poikkeavat huomattavasti toisistaan potilasrakenteensa, laadun ja tuottavuuden suhteen.

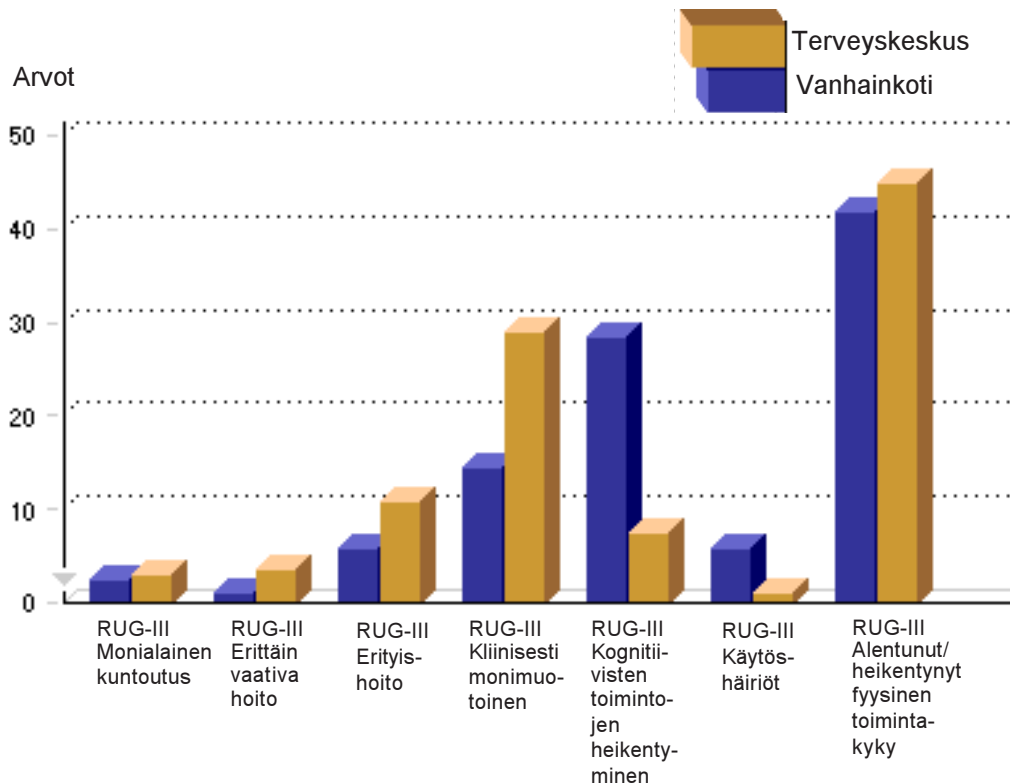
## 6.2 Voimavaravaativuus eli RUG-luokitus

Tarkasteltaessa RUG pääluokituksen mukaan terveyskeskusosastojen ja vanhainkotosastojen eroja nähdään että terveyskeskusten asiakkaat painottuvat erityishoitoon, kliinisesti monimuotoiseen ja alentuneeseen toimintakyvyn luokkiin (Kuvio 10.). Tämä tarkoittaa sitä, että terveyskeskuksissa tarvitaan perinteistä kirurgissisätautista sairaanhoitajan ammattitaitoa perushoidon osaamisen lisäksi.

Vanhainkodeissa pääpaino on viidennessä ja seitsemännessä pääryhmässä. Viidenteen pääryhmään kuuluvat henkilöt, joilla on vähintään keskivaikea dementia, mutta toimintakykyä on vielä jäljellä, eikä heillä ole hoitohenkilökunnan aikaa merkittävästi sitovia muita ongelmia tai komplikaatioita.

**Taulukko 10.** Keski-ikä ja ikäjakauma laitoksittain ensimmäisessä (N=2482) ja toisessa (N=1865) aineistossa 2000

	Keski-ikä		Ikäluokka									
			Alle 65 %		65–74 %		75–84 %		85–90 %		Yli 90 %	
	1/2000	2/2000	1/2000	2/2000	1/2000	2/2000	1/2000	2/2000	1/2000	2/2000	1/2000	2/2000
Kaikki	81,8	81,9	6	6	12	12	34	37	30	29	17	17
Vanhainkodit	83,8	83,4	2	3	10	10	38	39	33	31	18	17
Terveyskeskukset	80,6	80,8	9	8	14	13	33	35	28	28	16	16



**Kuvio 10.** Asiakkaiden jakauma RUG-päälukittain laitoksissa (%)

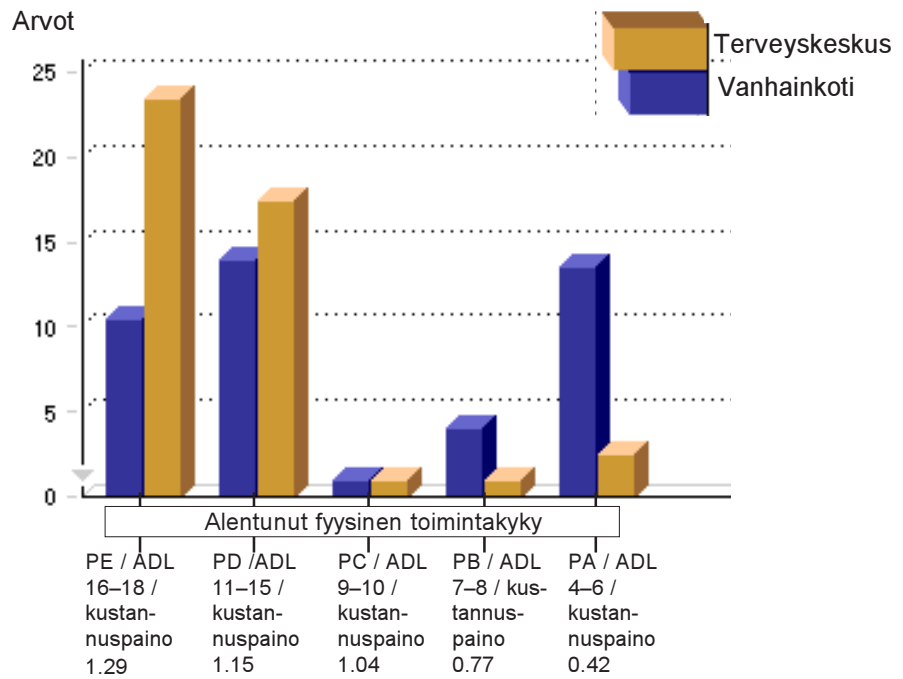
Seitsemäs pääryhmä, alentunut fyysinen toimintakyky taas käsittää henkilöt, joilla on vielä fyysistä toimintakykyä jäljellä ja dementiaakin on keskivaikeaa lievempi TAI henkilöt, joiden fyysinen toimintakyky on erittäin vaikeasti alentunut pitkälle edenneen demensian vuoksi.

Kannattaa huomata, että kuudes pääryhmä, käytöksen oireet, käsittää henkilöt, joiden kognition vaje ei yllä lievää dementiaa pidemmälle, ja joiden fyysinen toimintakyky on korkeintaan kohtalaisesti alentunut. Demensiaan liittyvänä käytösoireilua esiintyy runsaasti keskivaikeassa ja vaikeassa demenssiassa, jotka siis määrittelyn mukaisesti ovat tämän ryhmän ulkopuolella.

Resurssivaativuutta arvioitaessa voidaan tarkastella viimeistä RUG-päälukitusta alentunut/heikentynyt fyysinen toimintakyky. Seuraavassa kuvioissa on esitetty millaisista RUG-alaluokituksista tämä päälukitus muodostuu (Kuvio 11.).

Alaluokituksilla PE-PA on jokaisella omat kustannuspainonsa, jotka kertovat näiden asiakkaiden resurssivaativuudesta. Tällöin luokat PE ja PD sijoittuvat paljon resurssia vaativiin luokkiin (PE=1,29 ja PD=1,15 ja PC=1,04). Seitsemäs päälukitus on hoidon laadun kannalta sikäli mielenkiintoinen, että kuntouttavalla työotteella on ratkaiseva merkitys sille, voidaanko fyysisen toimintakyvyn alenemista hidastaa vai ei. Kustannuspainon lisääntyminen luokasta PA luokkaan PE havainnollistaa sen, että työn määrä kolminkertaistuu pelkän fyysisen toimintakyvyn alenemisen myötä.

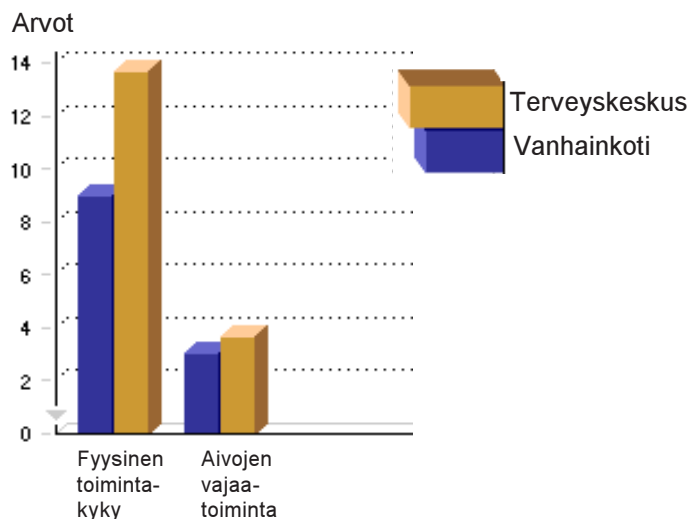
Jos tarkastellaan kustannuspainojen perusteella terveyskeskuksia ja vanhainkoteja havaitaan, että terveyskeskusten keskiarvo on 1,2 ja vanhainkotien 0,88. Tämä tarkoittaa, että terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetaan keskimäärin 20% raskaampia potilaita, kun taas vanhainkodeissa asuvien henkilöiden hoidonsaanti on keskimäärin 10 % vähäisempi keskimäärin. Vanhainkotiasteiden keskiarvot eroavat toisistaan enemmän kuin terveyskeskusasteiden keskiarvot, eli työn raskauden suhteen terveyskeskusasteet ovat keskenään samankaltaisempia kuin vanhainkodit.



Kuvio 11. Asiakkaiden jakauma alentuneen toimintakyvyn luokassa laitoksittain (%)

### 6.3 Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tunnistimet

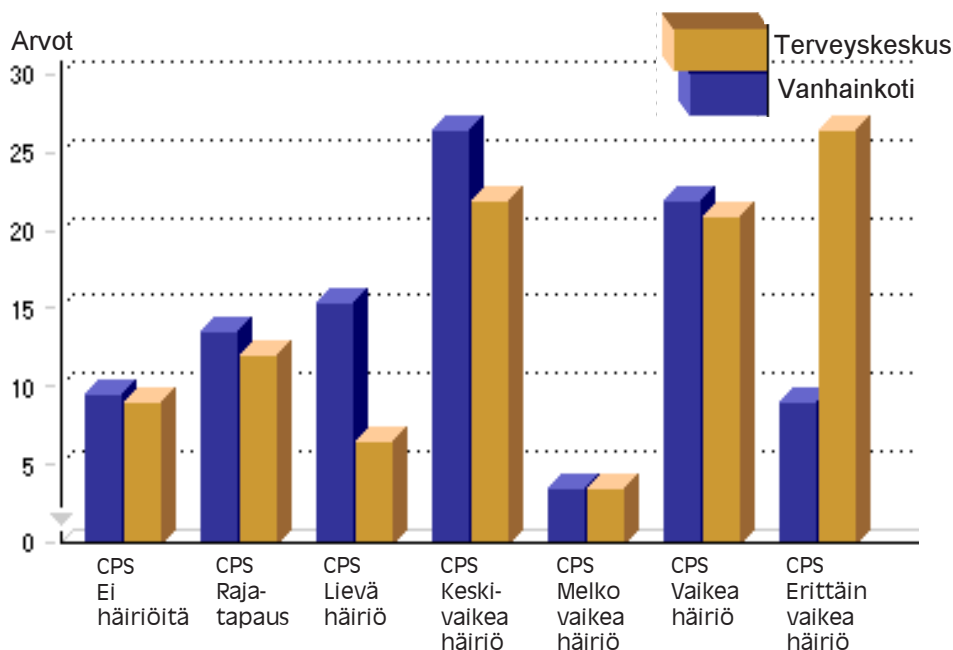
Potilasrakennetta voidaan tarkastella myös fyysisen toimintakyvyn vajeen ja dementoitumisen perusteella (Kuvio 12.). Seuraavassa on esitetty ko. skaalojen keskimääräiset arvot. Fyysisen toimintakyvyn alenema on vähäisempi kuin terveyskeskuksissa, dementiaa on hieman enemmän terveyskeskuskissa



Kuvio 12. Fyysisen toimintakyvyn ja aivojen vajaatoiminnan keskiarvot laitoksittain (%)

Arvio dementoitumisesta perustuu RAI-arvioinneista laskettuun CPS asteikkoon. Seuraavassa tarkastellaan tämän CPS asteikon perusjakaumaa (Kuvio 13.). Vain 10% arvioiduista sijoittuu kognitiivisen kykynsä suhteen CPS-luokkaan nolla ja rajatapausten luokkaan sijoittuu noin 10 %. Joka neljännellä on keskivaikea tai melko vaikea häiriö. Erittäin vaikea häiriö on vain osalla vanhainkodeissa mutta neljänneksellä terveyskeskusosastoilla.

Kliinisestä näkökulmasta tarkasteltuna fyysisen toimintakyvyn ylläpito alkaa olla haastava tehtävä viimeistään vaikeassa dementiassa ja yhä haastavampi erittäin vaikeassa dementiassa. Tällaisia asukkaita on aineistossa miltei joka toinen, vanhainkodeissa 35 % ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 52 %.



**Kuvio 13.** Aivojen vajaatoiminnan (CPS) jakauma laitoksittain (%)

Aineistosta voidaan laskea myös hierarkkinen fyysisen toimintakyvyn mittari, joka on esitelty kuviossa 7. Hierarkkisen toimintakyvymittarin perusteella voidaan erottaa ne, joilla on vähän tai ei ollenkaan ongelmia suorituskyvyssä niistä, jotka ovat täysin autettavia neljässä ADL:ssä, jotka ovat liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Vanhainkodeissa asuvista noin 40 % sijoittuu luokkiin tarvitsee rajoitetusti tai runsaasti apua 1 luokkiin (Taulukko 11). Vastaavasti terveyskeskuksissa 60 % asukkaista sijoittuu luokkiin autettava eli liikkumisessa osastolla tai ruokailussa ja täysin autettava kaikissa 4 ADL:ssä. Tämä fyysisen toimintakyvyn mittari kertoo kuinka suuri joukko näillä ulottuvuuksilla on täysin toisten avusta riippuvaisia.

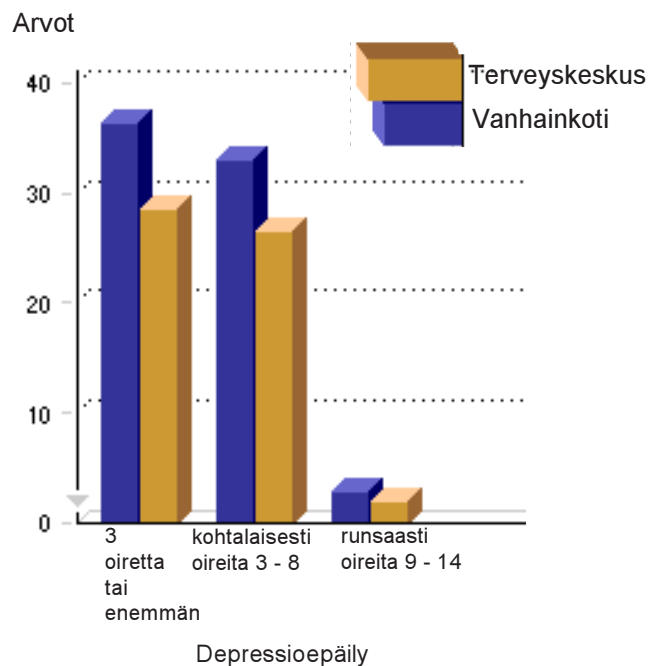
**Taulukko 11.** Fyysisen toimintakyvyn mittari

Laitos	Itsenäinen	Ohjauksen tarvetta	Tarvitsee rajoitetusti apua	Tarvitsee runsaasti apua 1	Tarvitsee runsaasti apua 2	Autettava	Täysin autettava
Vanhainkoti	11	12	20	21	7	18	9
Terveyskeskus	4	3	5	14	7	35	32
Yhteensä	7	7	11	17	7	28	23



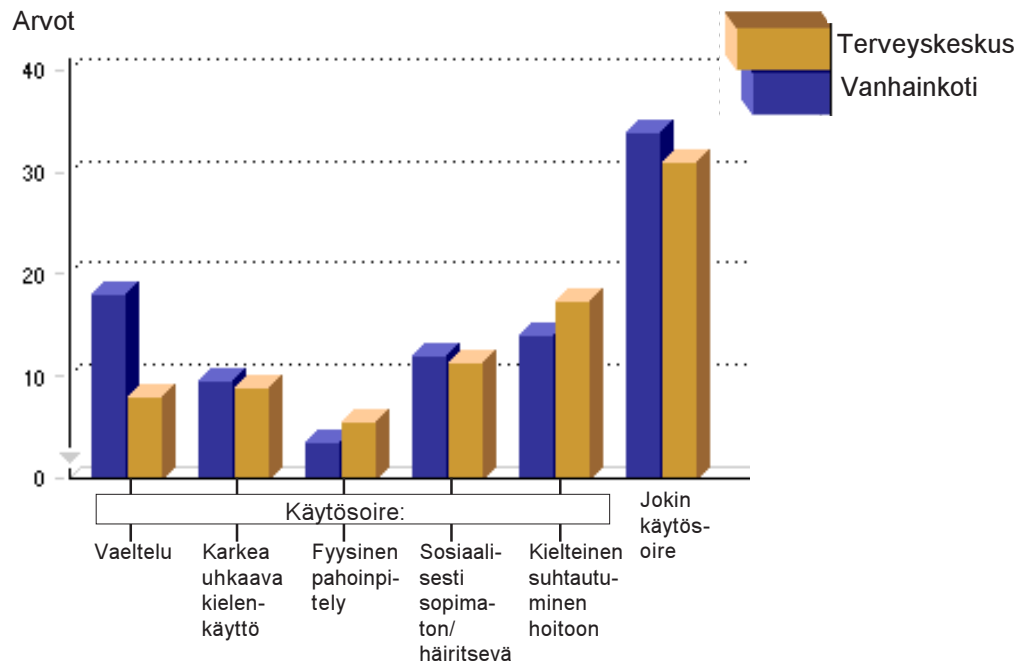
## 6.4 Depression, häiritsevän käyttäytymisen ja kivun tunnistaminen

Masennusmittarin lukemia arvioitaessa kannattaa muistaa, että mittari ei huomioi onko asukkaalla lääkitys vai ei. Masennuksen epäily on jaettu kolmeen luokkaan (Kuvio 14.). Jos potilaalla on kolme oiretta tai enemmän voidaan epäillä oikeutetusti masennusta. Näitä henkilöitä on arvioituissa kolmannes. Näistä kolmanneksella on 3-8 oiretta ja noin 4 %:lla on 9 oiretta tai enemmän. Masennusoireiden ilmenemistä voidaan, kuten kipuakin tarkastella myös laadun näkökulmasta: masennus on elämänlaatua huonontava ilmiö, johon usein voidaan vaikuttaa hyvällä hoidolla.



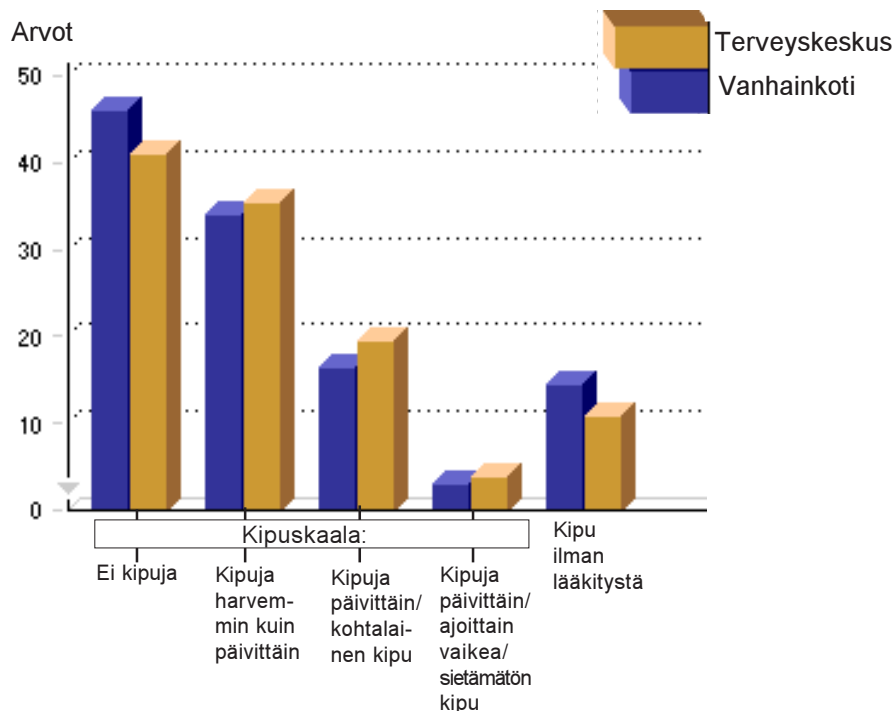
**Kuvio 14.** Depressioepäilyn jakaumat laitoksittain (%)

Kaiken kaikkiaan kolmanneksella arvioituista oli jokin käytösoire (Kuvio 15.). Käytösoireisiin sisältyy vaeltelua, karkeaa uhkaavaa kielenkäyttöä, fyysistä pahoinpitelyä, sosiaalisesti sopimatonta käytöstä sekä kielteistä suhtautumista hoitoon. RAI:ssa käytösoireiseksi merkitään henkilöt, joilla on jokin ympäristöön heijastuva käytöksen oire. Jatkossa selvitetään missä määrin tämä vaikuttaa myös henkilökunnan työuupumukseen, samoin selvitetään, voidaanko hyvällä asiakkaan elämänkaareen perehtymisellä ja omalla lempeällä kiireettömällä käytöksellä vaikuttaa käytösoireiden tiheyteen ja intensiteettiin. Vaeltelevia asiakkaita on enemmän vanhainkodeissa, muutoin häiritsevän käyttäytymisen oireet jakautuvat samantyyppisesti vanhainkotien ja terveyskeskusten kesken.



**Kuvio 15.** Käyttöoireiden jakauma laitoksittain (%)

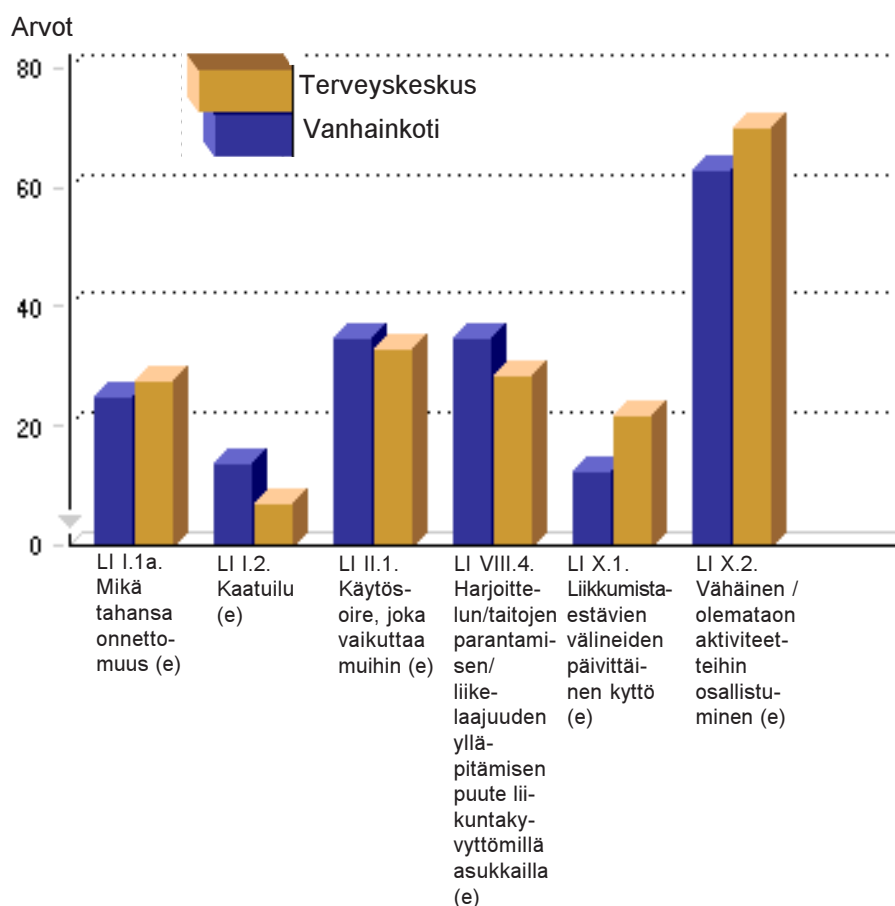
Seuraavassa kuviossa on tarkasteltu onko potilailla kipuja (Kuvio 16.). Noin 40 % on kivuttomia, kolmanneksella on kipuja harvemmin kuin päivittäin, noin viidenneksellä on kipua päivittäin, mikä kansainvälisissä vertailuissa on hyvä tulos (Finne-Soveri 2000). Kipuja on tarkasteltu suhteessa lääkitykseen havaittu, että noin joka kymmenennellä on kipuja, mutta ei lääkitystä siihen. Kipua ilman kipulääkitystä voidaan tarkastella myös laadun näkökulmasta: havaitaanko kipu ja lievitetäänkö sitä.



**Kuvio 16.** Kivun jakauma laitoksittain (%)

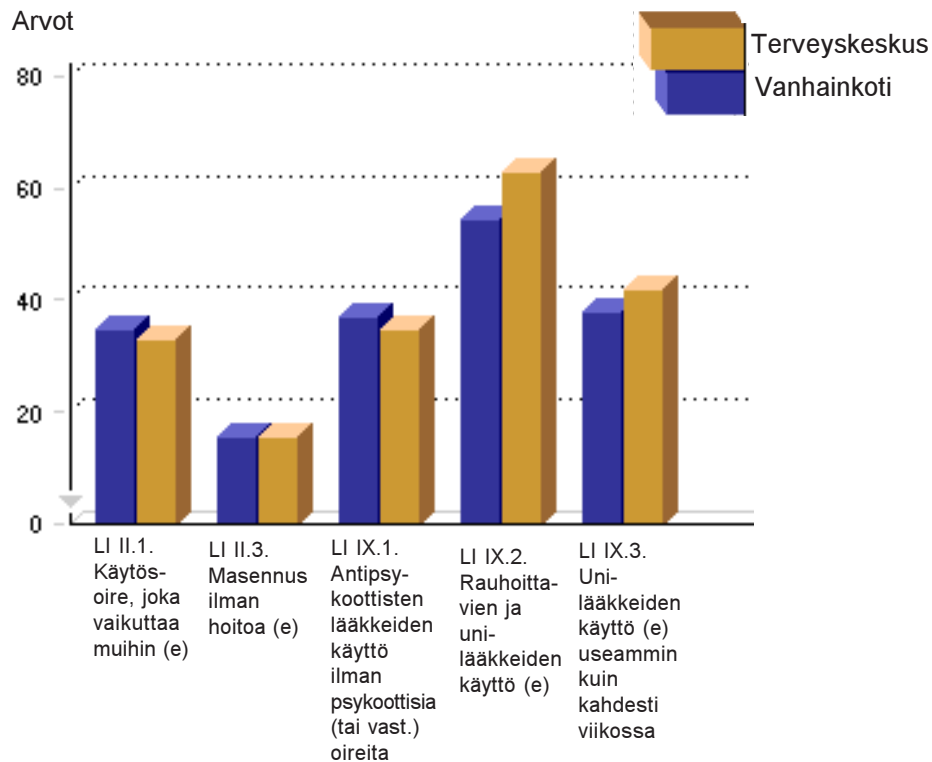
## 6.5 Hoidon laadunindikaattoreita

Seuraavassa muutamia RAI-tietojärjestelmän tuottamia laadunindikaattoreita. Tarkasteluun on otettu onnettomuudet, eli mikä tahansa onnettomuus ja kaatuminen viimeisen kuukauden aikana, sekä käyttöoire, joka vaikuttaa muihin (Kuvio 17). Mukana on myös harjoittelun ja taitojen parantamisen puute liikuntakyvyttömillä potilailla sekä liikkumista estävien rajoitteiden käyttö että vähäinen osallistuminen sosiaalisiin aktiviteetteihin. Laatuindikaattoreiden tulokinnassa suurempi luku kuvastaa huonompaa laatua.



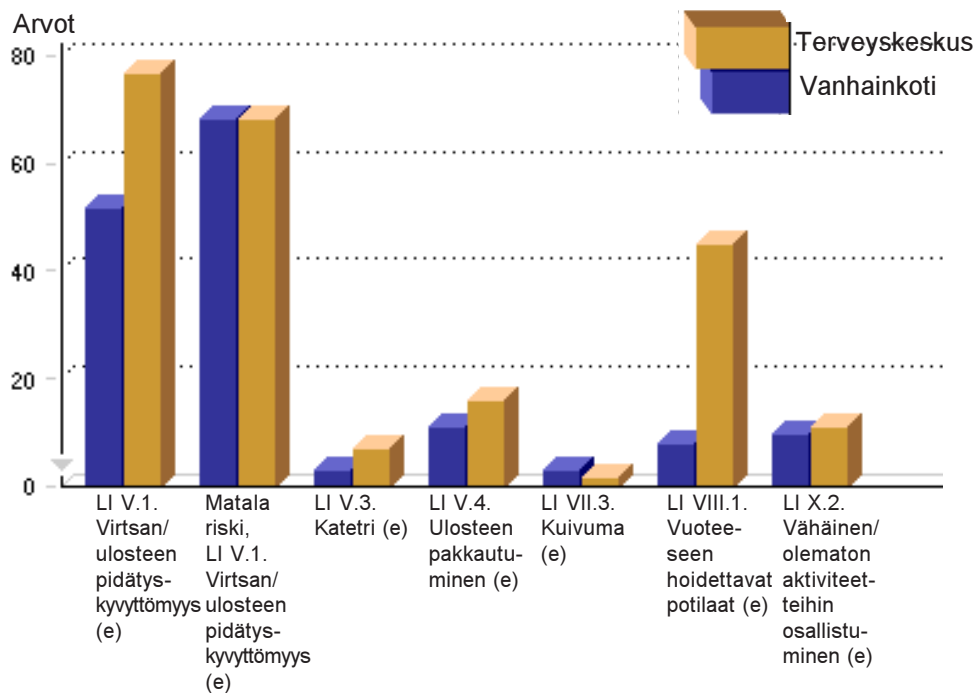
**Kuvio 17.** Onnettomuuksien ja hoitotapaan liittyvien laatuindikaattoreiden jakauma laitoksittain (%)

Hoidon laadun indikaattoreissa voidaan ottaa tarkastelukohteeksi esimerkiksi käyttöoireiset osastoittain ja masennusoireet ilman hoitoa suhteessa lääkitykseen (Kuvio 18.). Järjestelmä tunnistaa noin vajaan viidenneksen niitä, joilla on masennus ilman hoitoa, noin kolmella viidesosalla on rauhoittavia lääkkeitä ja unilääkkeitä on kahdella viidesosalla. Vielä tällä perusteella on hankala sanoa kohdentuuko lääkitys oikeisiin vaipeihin, mutta sitä voidaan analysoida tarkemmin. Lääkitysten jakaumat ovat hyvin samantyyppisiä sekä terveyskeskuksissa että vanhainkodeissa.



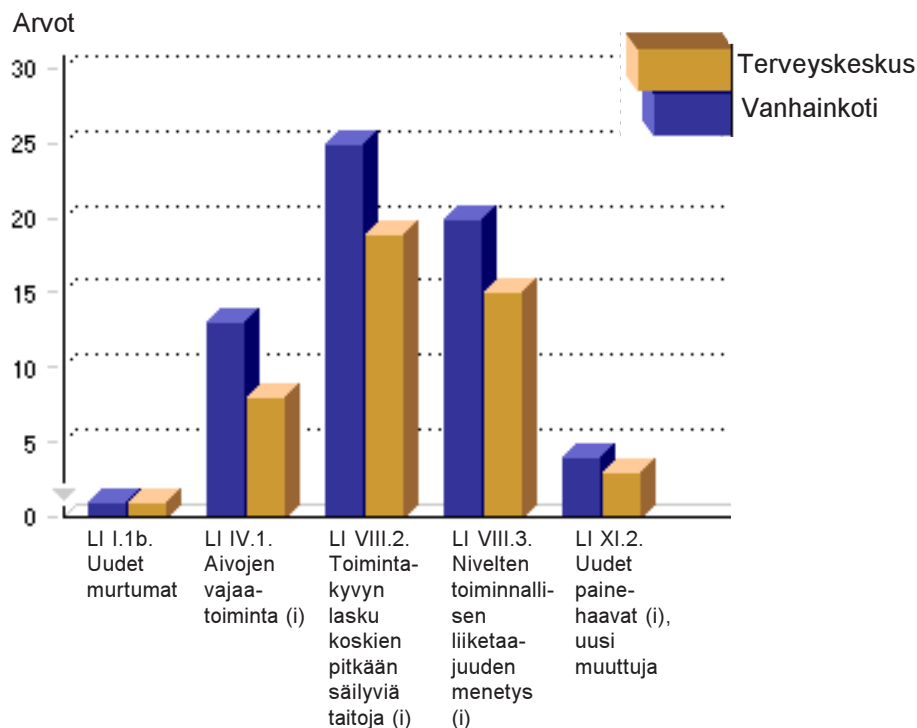
**Kuvio 18.** Käytös- ja masennusoireisiin ja lääkeytykseen liittyvien laatuindikaattoreiden jakauma laitoksittain (%)

Laatuindikaattoreita voidaan tarkastella myös kuntouttavan työotteen näkökulmasta (Kuvio 19.). Tällöin eräänä tärkeänä tarkasteltavana asiana on virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys ilman kuntoutusohjelmaa. Osittainen pidätyskyvyttömyys on useimmiten korjattavissa siten, että asukas opastetaan 2 - 3 tunnin välein käymään WC:ssä (= tässä tarkoitettu kuntoutusohjelma).



**Kuvio 19.** Kuntouttavaa työtä kuvaavien laatuindikaattoreiden jakauma laitoksittain (%)

Hoidon laatua voidaan tarkastella myös ilmaantuvuutena (Kuvio 20.). Tämä lasketaan siten, että katsotaan niitä asukkaita, jotka ovat olleet mukana aikaisemmassa arvioissa ja katsotaan mitä heille on tapahtunut viimeisen puolen vuoden aikana. Tarkasteltavia laadun indikaattoreita ovat uudet murtumat, aivojen vajaatoiminta, toimintakyvyn lasku koskien pitkään säilyviä toimintoja, nivelten toiminnallisen liikelaajuuden menetys ja uudet painehaavat. Näitä tarkastellaan myös riskiryhmittäin. Jälleen: mitä matalampi pylväs sen tehokkaampi kuntouttava työote.

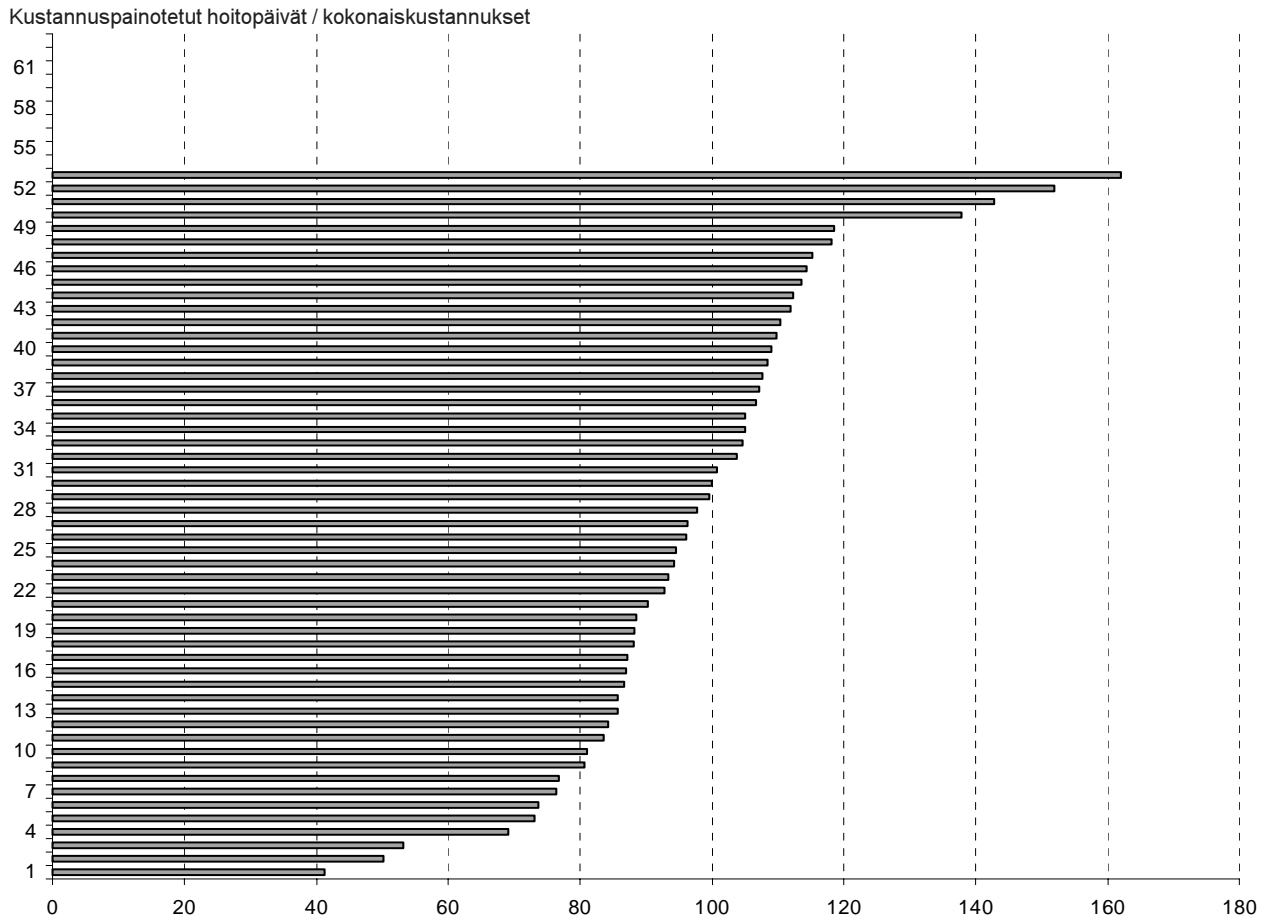


**Kuvio 20.** Ilmaantuvuutta kuvaavat laatuindikaattorit laitoksittain (%)

Tarkasteltaessa ilmaantuvuuslukuja havaitaan, että uusien murtumien määrä on vähäinen, dementoituminen näyttää etenevän osalla väijäämättä, toimintakyvyn lasku koskien pitkään säilyviä taitoja etenee kuten myös nivelten toiminnallisen liikelaajuuden menetys. Uusien painehaavojen ilmaantuvuus on vähäistä. Edelläesitettyjä tekijöitä koskien oleellista laadun kannalta tärkeitä kysymyksiä ovat: voidaanko uusien murtumien ilmaantuminen pitää alhaisena vaikka asukkaita morivoidaan liikkumaan itsenäisesti enemmän? Hidastuuko dementoituminen, jos viriketasoa osastolla saadaan kohotetuksi? Säilyykö fyysinen toimintakyky pidempään jos kuntouttavaa työtettä tehostetaan?

## 6.6 Tuottavuus ja henkilöstömitoitus

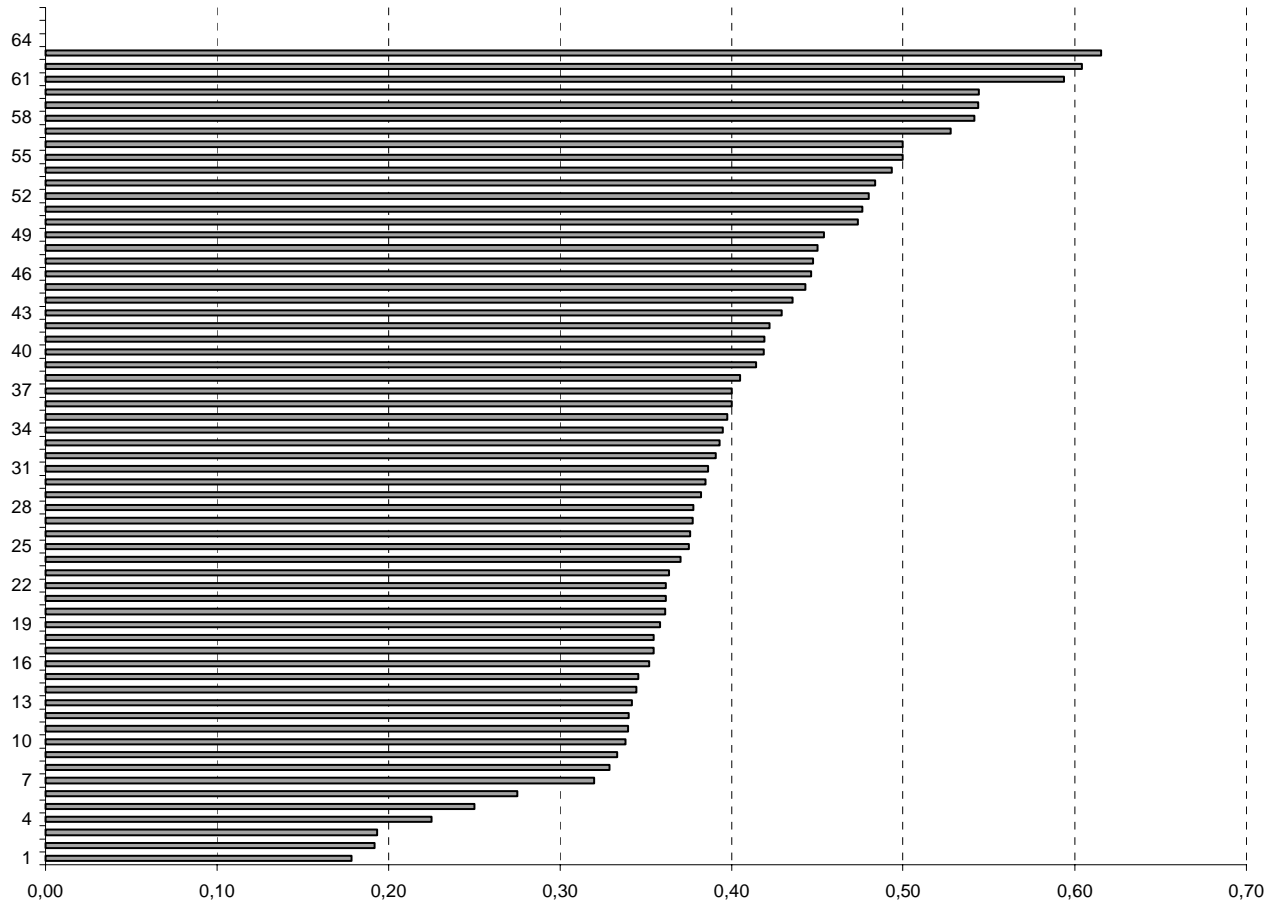
Seuraavassa havainnollistetaan tuottavuutta yhdellä tunnusluvulla, jossa tuottavuus on esitetty siten, että kustannuspainotetut hoitopäivät on jaettu osaston markkamääräisillä kokonaiskustannuksilla. Tuottavuuserot ovat jopa useita kymmeniä prosentteja. Tuottavuus vaihtelee osastoittain suuresti (osastot eivät ole tunnistettavissa tässä kuviossa 21).



**Kuvio 21.** Tuottavuuden tarkastelua osastoittain

Aineistosta laskettiin myös osastojen henkilökuntamitoitus vuonna 1999, missä henkilöstöön otettiin mukaan vain nk. ammattihenkilöstö. Kaikkien osastojen mitoituksen keskiarvoksi saatiin 0.40, joka on suhteellisen alhainen (Kuvio 22.). Tosin mitoitus olisi ollut korkeampi, jos mukaan olisi laskettu myös osastolla väliaikaisesti työskentelevä henkilöstö, esimerkiksi kuntoutushenkilöstö.

Keskimääräinen ammattihenkilöstö / hoitopaikka



Kuvio 22. Henkilöstömitoitus osastoittain

# 7 Pohdintaa

Mittaamisesta ja asiakkaiden arvioimisesta ollaan monta mieltä. Toisaalta puhutaan arvioinnin helppoudesta / raskaudesta toisaalta huomion arvoinen kysymys on se, miten arviointi hyödyttää asiakkaan hoitoa. Olemme esitelleet RAI-järjestelmän ja muutamia tapoja, joilla arviointitietoa voidaan hyödyntää asiakkaiden hoidon suunnittelussa sekä myös osastotason seurannassa. Asiakastasolla voidaan seurata hoidon vaikuttavuutta ja asiakkaan kunnon vaihtelua joko paranemista, kunnon ennallaan pysymistä tai huononemista. Tarkan arviointijärjestelmän perusteella voidaan tunnistaa ne asiakkaat, joita kannattaa edelleen kuntouttaa ja ne asiakkaat, jotka vain tarvitsevat hellää hoitoa. Pitkäaikaishoidossakin voidaan näin järkevästi löytää ne asiakkaat, joilla on kuntoutumisen edellytykset, mikä takaa yksilöllisen hoidon mahdollisuuden asiakkaille.

Benchmarking hankkeen palautteista on lyhyesti esitelty keskeisten tulosten kannalta ja tämä osoittaa kuinka monipuolinen tietopohja on käytettävissä silloin, kun asiakaspohjainen hoidon arviointi ja seurantajärjestelmä on RAI. Kustannus- ja henkilöstötietojen yhdistäminen mahdollistaa myös tuottavuuden ja sopivan henkilöstömitoituksen kartoittamisen ja suunnittelun siten, että todellinen potilasrakenne otetaan suunnittelussa huomioon.

RAI-järjestelmä tuo suomalaiseseen vanhustenhuoltoon systemaattisen arvioinnin ja seurannan, informaatioteknologian hyödyntämisen hoitotyöhön, yhteistyön- ja verkostoitumisen Suomessa ja kansainvälisesti ja oman toiminnan vertailun muihin samojen asioiden kanssa toimiviin.

## Lähteet

---

- Fries BE, Ljunggren G, Winblad B.* International comparison of Long-Term Care: the Need for Resident-Level Classification. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:10-16.
- Björkgren M, Finne-Soveri H, Häkkinen U.* RUG: Pitkäaikaishoidon luokittelujärjestelmä. Teoksessa Rissanen P ja Valtonen H (toim.). *Terveystaloustiede* 1995. STAKES. Aiheita 4/1995
- Björkgren MA, Fries BE, Shugarman L.* Testing RUG-III based case-mix system for home health care. *Canadian Journal of Quality Assurance* 1998 (March).
- Björkgren M, Häkkinen U, Brommels M.* RUG-III luokitus ja Hoitoilmoitusjärjestelmän hoidontarveluokitus vanhusten pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Mikkola H ja Hedvall M-B (toim.). *Terveystaloustiede* 2000. STAKES. Aiheita 45/1999.
- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H.* Pitkäaikaispotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. STAKES. Aiheita 1/1998.
- Björkgren MA, Häkkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE.* Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish Long-Term Care Facilities. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999;27:228-234.
- Björkgren MA, Häkkinen U, Linna M.* Measuring efficiency of long-term units in Finland. *Health Care Management Science* (in review).
- Björkgren M, Noro A, Finne-Soveri H, Vähäkangas P.* Uusi ote vanhustenhoitoon RAI-järjestelmällä. *Kuntapuntari* 6/2000.
- Clauser B, Fries BE.* Nursing home resident assessment and case-mix classification: Cross-national



- perspectives. *Health Care Financing Review Summer 1992*; 13(4): 135-148.
- Finne-Soveri UH*. Pitkääikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. *Duodecim* 1999;115:1600-10.
- Finne-Soveri H, Noro A*. RAI - uusi apuväline vanhuspalveluiden suunnitteluun. *Sairaala* 2000;4:12-14.
- Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M, Vähäkangas P*. Effektivisering av individuell utvärdering - Grunden för utveckling av långvarig institutionsvård för äldre. *Sairaanhoitaja - Sjuksjötterskan* 2000;73:5:24-26
- Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M, Vähäkangas P*. Yksilöllisen arvioinnin tehostaminen - Pohja vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon kehittämiseksi. *Sairaanhoitaja - Sjuksjötterskan* 2000;73:5:19-22.
- Finne-Soveri UH, Tilvis RS*. Daily pain, its associates and impact on work load in institutional long-term care. *Archives of gerontology and geriatrics* 1998;27:105-114.
- Finne-Soveri UH, Tilvis RS*. How accurate is the terminal prognosis in the minimum data set? *J Am Geriatr Soc* 1998. 46:1023-1024.
- Finne-Soveri UH, Tilvis RS*. Predictability of death in end-stage dementia: patient characteristics and work-load associated with the condition. *International Journal of Psychopharmacology* (in press).
- Finne-Soveri ym.* XXXX *Canadian Journal on ageing* Vol XIX pp 38-49 suppl 2, 2000
- Finne-Soveri*. Esitelmä, Reykjavik 2000.
- Finne-Soveri, Finne-Soveri H, Noro A, Björkgren M, Vähäkangas P*. Kannattaako monialainen kuntoutus vanhusten pitkäaikaisoidossa? *Fysioterapia* 2001;48:2:10-13.
- Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V*. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. *Age and Ageing* 1997; 26:19-25.
- Health Care Financing Administration. Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual. Version 2.0. October 1995.
- Hirdes JP*. The MDS/RAI Series of Instruments: An Integrated Health Information System for Long Term Care, Home Care, Acute Care, Mental health and Post-Acute Care. Prepared for Onatrio Health Services Restructuring Commission, October 8, 1997. Providence Centre, 1997.
- Kane R*. Assuring quality in nursing home care. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46(2): 232-237.
- Karon SL, Zimmerman DR*. Using indicators to structure quality improvement initiatives in long-term care. *Quality Management in Health Care* 1996;4(3):54-66.
- Ljunggren G, Winblad B*. Patienternas funktionsförmåga och vårdmål styrmedel för resursfördelningen till långvården. *Läkartidningen* 1989;86:452-454.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE, et al*. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *The Gerontologist* 1990;30:293-307.
- Noro A, Björkgren M, Finne-Soveri H, Vähäkangas P, Häkkinen U, Storbacka R*. RAI-tietojärjestelmän soveltaminen Suomessa. *Sairaanhoitaja - Sjuksjötterskan* 2000;73:5:23.
- Noro A, Topo P. (toim.)* Gerontologia-lehden teemanumero 2/2000.
- Noro A, Häkkinen U, Arinen S*. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö – Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. *SVT Terveys* 2000:2.
- Noro A*. Long-Term Institutional Care Among Finnish Elderly Population. Trends and potential for discharge. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 1998.
- RAI käsikirja 2000. Jyväskylän yliopiston Shydenius-Instituutti, Stakes ja interRAI.
- Ribbe et al*. Nursing homes in 10 nations: a comparison between counties and settings. *Age and Ageing* 1997;26-32:2-12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. *Oppaita* 2001:4.
- Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A, Voutilainen P*. Koko kunta vanhusten asiassa. *Stakes Raportteja* 159, 2001.

**Liite 1.**  
**MDS 2.0 lomake**

**MINIMUM DATA SET (MDS) — VERSIO 2.0****LAITOSHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN ARVIOINTIA JA  
HOIDON TARPEEN KARTOITUSTA VARTEN**

Käyttöalue: geriatria, kuntoutus ja vanhusten laitospalvelut.  
Arvioidaan 7 viimeksi kulunutta päivää ellei toisin ilmoiteta.

**OSA AA. HENKILÖTIEDOT**

1.	<b>ASIAKAS</b>			
		(Etunimet)	(Sukunimi)	
2.	<b>HENKILÖ- TUNNUS</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3.	<b>SUKUPUOLI</b>	1. Mies	2. Nainen	
4.	<b>SIVILISÄÄTY</b>	1. Naimaton 2. Naimisissa	3. Leski 4. Asumuserossa	5. Eronnut 6. Avoliitossa
5.	<b>KOTIKUNTA</b>	a. Asiakkaan kotikunta		
		b. Asiakkaan kuntakoodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		c. Asiakkaan kotiosoitteen postinumero	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6.	<b>VASTUUPIIRI</b>	a. Vastuupiiri		
		b. Vastuupiirin koodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7.	<b>PALVELUN TUOTTAJA</b>	a. Koodi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		b. Koodin tarkennin, laitos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		c. Koodin tarkennin, osasto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8.	<b>LAITOSHOIDON MUOTO</b>	1. Sairaalan/terveyskeskuksen vuodeosastohoito 2. Vanhainkotihoito tai vastaava 3. Kuntoutuslaitos	4. Palvelutalo 5. Muu palveluala	
9.	<b>PÄÄTÖS PITKÄAIKAIS- HOIDOSTA</b>	0. Ei	1. Kyllä	
10.	<b>PITKÄAIKAIS- HOIDON PÄÄTÖS- PÄIVÄMÄÄRÄ</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Päivä Kk Vuosi	

= Laita tyhjään ruutuun kirjain tai numero

**a.** = Jos ruudussa on kirjain, rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot

## OSA AB. DEMOGRAFISET TIEDOT

1.	<b>TULOÄIVÄ- MÄÄRÄ</b>	<p><i>Tulopäivämäärä - ei sisällä uusintakäyntiä. Jos kyseessä on väliaikainen uloskirjaus sairaalaan trns. lähettämisen vuoksi, käytetään aiempaa sisäänkirjauspäivää.</i></p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Päivä                      Kk                      Vuosi</p>												
2.	<b>MISTÄ TULEE (TULOTILANNE)</b>	<table border="0"> <tr> <td>1. Kotoa tai vast. - ei palveluja</td> <td>7. Terveyskeskuksen vuodeosasto</td> </tr> <tr> <td>2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä</td> <td>8. Akuuttisairaala</td> </tr> <tr> <td>3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä</td> <td>9. Psykiatrinen sairaala</td> </tr> <tr> <td>4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä</td> <td>10. Kehitysvammalaitos</td> </tr> <tr> <td>5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava</td> <td>11. Kuntoutussairaala</td> </tr> <tr> <td>6. Vanhainkoti</td> <td>12. Muu</td> </tr> </table>	1. Kotoa tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto	2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä	8. Akuuttisairaala	3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä	9. Psykiatrinen sairaala	4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä	10. Kehitysvammalaitos	5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala	6. Vanhainkoti	12. Muu
1. Kotoa tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto													
2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä	8. Akuuttisairaala													
3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä	9. Psykiatrinen sairaala													
4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä	10. Kehitysvammalaitos													
5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala													
6. Vanhainkoti	12. Muu													
3.	<b>YKSINASUVA (ENNEN SISÄÄN- KIRJOITUSTA)</b>	<p>0. Ei</p> <p>1. Kyllä</p> <p>2. Muu yksikkö</p>												
4.	<b>ASUMINEN 5 EDELÄVÄN VUODEN AJALTA</b>	<p><i>Rastita kaikki asumismuodot ennen tulopäivämäärää 5 vuoden ajalta - (vrt. kohta AB2.)</i></p> <p>Asuminen tässä laitoksessa</p> <p>Asuminen terveyskeskuksen vuodeosastolla</p> <p>Asuminen vanhainkodissa</p> <p>Asuminen palvelutalossa/ryhmäkodissa/vast.</p> <p>Asuminen mielenterveysyksikössä</p> <p>Asuminen kehitysvammaisten yksikössä tai laitoksessa</p> <p><i>EI MIKÄÄN YLLÄMAINITUISTA</i></p>												
5.	<b>ENTISET AMMATIT</b>													
6.	<b>KOULUTUS (korkein loppututkinto)</b>	<table border="0"> <tr> <td>1. Ei koulutusta</td> <td>5. Opistotasoinen koulutus</td> </tr> <tr> <td>2. Kansakoulu tai vähemmän</td> <td>6. Yliopistollinen loppututkinto</td> </tr> <tr> <td>3. Keskikoulu</td> <td>7. Ei tietoa</td> </tr> <tr> <td>4. Ylioppilas</td> <td></td> </tr> </table>	1. Ei koulutusta	5. Opistotasoinen koulutus	2. Kansakoulu tai vähemmän	6. Yliopistollinen loppututkinto	3. Keskikoulu	7. Ei tietoa	4. Ylioppilas					
1. Ei koulutusta	5. Opistotasoinen koulutus													
2. Kansakoulu tai vähemmän	6. Yliopistollinen loppututkinto													
3. Keskikoulu	7. Ei tietoa													
4. Ylioppilas														
7.	<b>KIELI</b>	<p><b>a. Kieli</b></p> <p>1. Suomi                      2. Ruotsi                      3. Muu</p> <p><b>b. Jos muu, mikä</b></p>												
8.	<b>MIELEN- TERVEYDEN ESITIEDOT</b>	<p>Käykö ASIAKIRJOISTA ilmi jokin mielisairaus, henkinen taantuma tai kehityshäiriö?</p> <p>0. Ei                      1. Kyllä</p>												
9.	<b>HENKISEEN TAANTUMAAN TAI KEHITYSVAMMAI- SUUTEEN LIITTYVÄT TILAT</b>	<p><i>Rastita kaikki ne tilat, jotka ilmenevät jo alle 22-vuotiaana ja ilmenevät edelleen</i></p> <p>Ei ole (siirry osaan AC)</p> <p>Elimellinen, kehitysvammaisuuteen liittyvä tila</p> <p>Downin syndrooma</p> <p>Autismi</p> <p>Epilepsia</p> <p>Muu elimellinen taantumaan tai kehityshäiriöön liittyvä tila</p> <p>Kehitysvammaisuus (ei elimellinen)</p>												

## OSA AC. TOTTUMUKSET

1.	<b>SÄÄNNÖLLISET TAVAT</b>  <i>(Edeltävän vuoden ajalta ennen NYKYISTÄ SISÄÄN-KIRJOITUSTA tai viimeisen kotona-asumisvuoden ajalta, jos tulee toisesta laitoksesta)</i>	Rastita kaikki paikkansapitävä. Siirry viimeiseen kohtaan, jos tietoa ei ole.	
		<b>PÄIVITTÄISET TOTTUMUKSET</b>	
		On myöhään ylhäällä iltaisin (yli klo 21)	a.
		Säännölliset päivätorkut (vähintään tunti)	b.
		Ulkoilee useammin kuin yhtenä päivänä viikossa	c.
		Harrastukset, lukeminen tai päivän askareet täyttävät päivän	d.
		Viettää suurimman osan ajastaan yksin tai tv:tä katsellen	e.
		Liikkuu itsenäisesti sisätiloissa (tarvittavin apuvälinein)	f.
		Tupakoi vähintään päivittäin	g.
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	h.
		<b>RUOKAILUTOTTUMUKSET</b>	
		Erityisruokavalio	i.
		Syö välipaloja päivittäin tai miltei päivittäin	j.
		Alkoholinkäyttöä vähintään viikoittain	k.
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	l.		
<b>PÄIVITTÄISIIN TOIMINTOIHIN LIITTYVÄT TAVAT</b>			
Yöasussa suurimman osan päivää	m.		
Herää WC:hen kaikkina tai useimpina öinä	n.		
Epäsäännöllinen vatsantoiminta	o.		
Käy mieluummin suihkussa kuin kylvyssä	p.		
Käy saunassa	q.		
Kylpee iltapäivisin/iltaisin	r.		
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	s.		
<b>KANSSAKÄYMINEN</b>			
Päivittäinen yhteys sukulaisiin tai lähiystäviin	t.		
Käy kirkossa tai vastaavassa säännöllisesti	u.		
Löytää voimaa uskosta	v.		
Päivittäin lemmikkieläin seurana	w.		
Osallistuu ryhmätoimintoihin	x.		
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	y.		
<b>EI TIETOA</b> - Asiakas, hänen läheisensä tai ystävänsä eivät tiedä	z.		

## OSA AD. LOMAKKEEN TÄYTTÄJÄT

1.	<b>LOMAKKEEN TÄYTTÄJIEN NIMET JA PVM</b>	<b>a. Osa AA</b> _____ Nimi	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Päivä    Kk    Vuosi
		<b>b. Osa AB</b> _____ Nimi	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Päivä    Kk    Vuosi
		<b>c. Osa AC</b> _____ Nimi	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Päivä    Kk    Vuosi

**MINIMUM DATA SET (MDS) — VERSIO 2.0****LAITOSHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN ARVIINTIA JA HOIDON TARPEEN KARTOITUSTA VARTEN**

Käyttöalue: geriatria, kuntoutus ja vanhusten laitospalvelut.  
Arvioidaan 7 viimeksi kulunutta päivää ellei toisin ilmoiteta.

**OSA A. ARVIINNIN PERUSTIEDOT**

1.	<b>ARVIOINTI-PÄIVÄMÄÄRÄ</b>	<i>MDS-tarkkailujakson viimeinen päivä</i> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <p>Päivä Kk Vuosi</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
2.	<b>ARVIOINNIN SYY</b> (Huom! Jos asiakas kirjoittautuu uudelleen sisään tai hän kirjoittautuu ulos, vain rajoitettu osa MDS:stä täytetään.)	Arvioinnin tärkein syy <b>KOKONAISARVIOINTI</b> 1. Ensimmäinen sisäänkirjaus 2. Vuosittainen arvio 3. Vointi on muuttunut oleellisesti 4. Oleellinen korjaus edelliseen arviointiin 5. Neljännesvuosittainen arvio <b>RAJOITETTU ARVIOINTI, ULOSKIRJAUS</b> 6. Uloskirjaus, todennäköisesti lopullinen 7. Uloskirjaus, paluu todennäköinen 8. Kirjattu ulos ennen ensimmäisen arvion valmistumista <b>RAJOITETTU ARVIOINTI, UDELLEEN SISÄÄNKIRJAUS</b> 9. Uudelleen sisäänkirjaus														
3.	<b>ULOSKIRJAUKSEN TILA</b>	<i>Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto</i> <table border="1"><tr><td>1. Koti tai vast. - ei palveluja</td><td>7. Terveyskeskuksen vuodeosasto</td></tr><tr><td>2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiri</td><td>8. Akuuttisairaala</td></tr><tr><td>3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiri</td><td>9. Psykiatrisen sairaala</td></tr><tr><td>4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiri</td><td>10. Kehitysvammalaitos</td></tr><tr><td>5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava</td><td>11. Kuntoutussairaala</td></tr><tr><td>6. Vanhainkoti</td><td>12. Kuollut</td></tr><tr><td></td><td>13. Muu</td></tr></table>	1. Koti tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto	2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiri	8. Akuuttisairaala	3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiri	9. Psykiatrisen sairaala	4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiri	10. Kehitysvammalaitos	5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala	6. Vanhainkoti	12. Kuollut		13. Muu
1. Koti tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto															
2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiri	8. Akuuttisairaala															
3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiri	9. Psykiatrisen sairaala															
4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiri	10. Kehitysvammalaitos															
5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala															
6. Vanhainkoti	12. Kuollut															
	13. Muu															
4.	<b>ULOSKIRJAUKSEN PÄIVÄMÄÄRÄ</b>	<i>Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto</i> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <p>Päivä Kk Vuosi</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
5.	<b>MISTÄ TULEE (UDELLEEN SISÄÄNKIRJAUS)</b>	<i>Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto</i> <table border="1"><tr><td>1. Kotoa tai vast. - ei palveluja</td><td>7. Terveyskeskuksen vuodeosasto</td></tr><tr><td>2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä</td><td>8. Akuuttisairaala</td></tr><tr><td>3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä</td><td>9. Psykiatrisen sairaala</td></tr><tr><td>4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä</td><td>10. Kehitysvammalaitos</td></tr><tr><td>5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava</td><td>11. Kuntoutussairaala</td></tr><tr><td>6. Vanhainkoti</td><td>12. Muu</td></tr></table>	1. Kotoa tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto	2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä	8. Akuuttisairaala	3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä	9. Psykiatrisen sairaala	4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä	10. Kehitysvammalaitos	5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala	6. Vanhainkoti	12. Muu		
1. Kotoa tai vast. - ei palveluja	7. Terveyskeskuksen vuodeosasto															
2. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä	8. Akuuttisairaala															
3. Kotoa tai vast. - kotipalvelun piiristä	9. Psykiatrisen sairaala															
4. Kotoa tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä	10. Kehitysvammalaitos															
5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava	11. Kuntoutussairaala															
6. Vanhainkoti	12. Muu															
6.	<b>UDELLEEN KIRJOITTAMISEN PÄIVÄMÄÄRÄ</b>	<i>Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto.</i> Uudelleen kirjoittautuminen viimeisen sairaalahoidon jälkeen viimeisen 90 vuorokauden ajalta (tai viimeisen arvion tai sisäänkirjauksen jälkeen, jos arviosta on vähemmän kuin 90 vrk). <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <p>Päivä Kk Vuosi</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
7.	<b>VASTUUSUHTEET</b>	<b>Rastita kaikki soveltuvat kohdat</b> Virallinen edunvalvoja - asiakkaalla rajoitettu toimintakelpoisuus <table border="1"><tr><td>a.</td></tr></table> Perheenjäsen / muu asioiden hoitaja Virallinen edunvalvoja - asiakkaalla taloudellinen edunvalvoja <table border="1"><tr><td>b.</td></tr></table> Asianomainen itse Muu virallinen asioiden hoitaja <table border="1"><tr><td>c.</td></tr></table> <b>EI KUKAAN YLLÄ OLEVISTA</b>	a.	b.	c.											
a.																
b.																
c.																
8.	<b>MUUT MÄÄRÄYKSET</b>	<b>Rastita kaikki soveltuvat kohdat. Tarkasta myös sairauskertomuksen merkinnät</b> Hoitoahto <table border="1"><tr><td>a.</td></tr></table> Ravitsemustavan rajoitukset Elvytyskielto <table border="1"><tr><td>b.</td></tr></table> Lääkkeiden rajoitukset Ei saa lähettää sairaalaan <table border="1"><tr><td>c.</td></tr></table> Muut hoitoon liittyvät rajoitukset Dokumentti elinten luovutuksesta <table border="1"><tr><td>d.</td></tr></table> <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b> Ruumiinavausta koskeva toive <table border="1"><tr><td>e.</td></tr></table>	a.	b.	c.	d.	e.									
a.																
b.																
c.																
d.																
e.																

## OSA B. KOGNITIIVINEN KYKY

1.	<b>TAJUTTOMUUS</b>	(Pysyvä vegetatiivinen tila / näyttää olevan tajuton)				
		0. Ei 1. Kyllä (Jos vastaus on kyllä, siirry osaan G.)				
2.	<b>MUISTI</b>	(Asiakas muistaa aiemmin oppimansa tai tietämänsä)				
		a. Lähimuisti toimii (näyttää muistavan 5 minuutin kuluttua) 0. Muisti toimii 1. Muistiongelmia				
		b. Pitkäaikaismuisti toimii (näyttää muistavan kauas menneisyyteen) 0. Muisti toimii 1. Muistiongelmia				
3.	<b>MUISTAMISKYKY</b>	<b>Rastita kaikki, minkä asiakas normaalisti kykeni muistamaan viimeisen 7 vrk:n aikana</b>				
		Kuluvan vuodenajan <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>a.</td></tr><tr><td>b.</td></tr><tr><td>c.</td></tr></table> Olevansa laitoksessa	a.	b.	c.	d.
a.						
b.						
c.						
		Huoneensa sijainnin <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>b.</td></tr></table> EI MUISTA MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	b.	e.		
b.						
		Henkilökunnan nimet/kasvot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>c.</td></tr></table>	c.			
c.						
4.	<b>PÄIVITTÄISIIN PÄÄTÖKSIIN LIITTYVÄT KOGNITIIVISET TAIDOT</b>	(Ratkaisi päivittäiseen elämiseen liittyviä tehtäviä)				
		0. ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ratkaisut kohtuullisia, johdonmukaisia				
		1. USEIMMITEN ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - vain uusissa tilanteissa oli jonkin verran vaikeuksia				
		2. KOHTALAISESTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - teki epäsuotuisia päätöksiä, ohjauksen tarvetta				
		3. MERKITTÄVÄSTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ei tehnyt päätöksiä koskaan/ miltei koskaan				
5.	<b>AJOITTAISEN SEKAVUUDEN/HAJANAISEN AJATTELUN/HEIKENTYNEEN VALPPAUDEN MERKIT</b>	<b>Merkitse käyttöä viimeisen 7 vrk:n aikana. Täsmällistä arviota varten on asiakkaan kyseisen ajan käytöksestä keskusteltava asioista perillä olevan henkilökunnan ja perheen kanssa.</b>				
		0. Ei häiriötä				
		1. Häiriö, joka ei ole alkanut hiljattain				
		2. Häiriö, joka on viimeisen 7 vrk:n aikana vaikuttanut erilaiselta kuin tavallisesti, (t.s. uusi häiriö tai vanhan häiriön paheneminen)				
		a. HÄMMENTYY HELPOSTI - vaikeuksia kohdistaa huomiota täsmällisesti johonkin, keskittymiskyvyn puute				
		b. AJOITTAIN MUUTTUNUT HAVAINTOKYKY TAI AJOITTAIN SELVILLÄ YMPÄRISTÖSTÄÄN - liikuttelee huuliaan tai puhuu jollekin, joka ei ole läsnä, luulee olevansa muualla, ei ole selvillä vuorokaudenajasta				
		c. AJOITTAIN KAOOTTINEN PUHE - sekava ja tolkuton puhe, aiheesta aiheeseen hyppelehtivä, asiaton puhe, menettää ajatuksen "punaisen langan"				
		d. AJOITTAIN LEVOTON - hypistelee tai nyppii ihoa, liinoja, vaatteita jne., vääntelehtii, liikehtii toistuvasti, huutelee				
		e. AJOITTAIN UNELIAS (LETARGIA) - velttoutta, tyhjään tuijotusta, pieniä vartalon liikahduksia, valpastumisvaikeuksia				
		f. HENKINEN TOIMINTAKYKY VAIHTELEE PÄIVÄN MITTAAN - toisinaan havaittavissa oleva häiriö, joka on ajoittain voimakkaampi, ajoittain heikompi				
6.	<b>KOGNITIIVISEN TILAN MUUTOS</b>	Asiakkaan kognitiivinen tilanne, kyvyt ja taidot ovat muuttuneet siitä, mitä ne olivat <b>90 vrk sitten</b> (tai verrattuna edelliseen arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)				
		0. Ei muutosta 1. Parantunut 2. Huonontunut				

## OSA C. KOMMUNIKAATIO/KUULO

1.	<b>KUULO</b>	(Kuulolaitteen kanssa, jos käytössä) 0. <b>RIITTÄVÄ KUULO</b> - kuulee normaalia puhetta, TV:tä, puhelimesta kuuluvaa puhetta 1. <b>LIEVIÄ VAIKEUKSIA</b> - muualla kuin hiljaisessa ympäristössä 2. <b>KUULEE VAIN ERITYISTILANTEISSA</b> - puhuttava selkeästi 3. <b>HUOMATTAVASTI HEIKENTYNYT KUULO</b> - kuulosta ei ole hyötyä	
2.	<b>KOMMUNIKAATION APUVÄLINEET/ TEKNIikka</b>	<b>Rastita kaikki soveltuvat</b> viimeisen 7 vrk:n ajalta Käytössä oleva kuulolaite Kuulolaite on, mutta ei säännöllisessä käytössä Muu tapa vastaanottaa viestintää (huuillaluku tms.) <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b>	a. b. c. d.
3.	<b>ILMAISUTAVAT</b>	<b>Rastita kaikki asiakkaan käyttämät tavat</b> ilmaista tarpeitaan Puhe Viestii tarpeistaan kirjallisesti Viittomakieli tai sokeainkirjoitus	a. b. c. d. e. f. g.
4.	<b>YMMÄRRETYKSI TULEMINEN</b>	(Tiedon välittyminen - millä tahansa menetelmällä) 0. <b>TULEE YMMÄRRETYKSI</b> 1. <b>TULEE YMMÄRRETYKSI YLEENSÄ</b> - vaikeuksia löytää sanoja, viedä ajatukset loppuun 2. <b>TULEE YMMÄRRETYKSI TOISINAAN</b> - kyky rajoittuu konkreettisiin pyyntöihin 3. <b>TULEE YMMÄRRETYKSI HARVOINEI KOSKAAN</b>	
5.	<b>PUHEEN SELKEYS</b>	<b>Kirjaa puhe</b> viimeisen 7 vrk:n ajalta 0. <b>SELKEÄ PUHE</b> - selkeät, ymmärrettävästi lausutut sanat 1. <b>EPÄSELVÄ PUHE</b> - sammaltamalla, mumisemalla lausutut sanat 2. <b>EI PUHU</b> - ei puhuttuja sanoja	
6.	<b>KYKY YMMÄRTÄÄ MUITA</b>	(Ymmärtää sanallisesti välitettyä tietoa - millä tahansa tavalla) 0. <b>YMMÄRTÄÄ</b> 1. <b>YMMÄRTÄÄ YLEENSÄ</b> - viestin jonkin osan tarkoitus voi jäädä ymmärtämättä 2. <b>YMMÄRTÄÄ TOISINAAN</b> - reagoi tarkoituksenmukaisesti yksinkertaiseen suoraan viestintään 3. <b>YMMÄRTÄÄ HARVOINEI KOSKAAN</b>	
7.	<b>MUUTOS KOMMUNIKAATIOSSA/ KUULOSSA</b>	Asiakas ei osaa, ymmärrä tai kuule samalla tavoin kuin <b>90 vrk sitten</b> tehdyssä tilannearviossa (tai edellisessä arviossa, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk) 0. Ei muutosta 1. Parantunut 2. Huonontunut	

## OSA D. NÄKÖ

1.	<b>NÄKÖKYKY</b>	(Näkökyky riittävässä valaistuksessa omin silmälasein, jos ne ovat käytössä) 0. <b>RIITTÄVÄ</b> - näkee yksityiskohdat, tavallinen sanomalehti tai kirjateksti mukaan lukien 1. <b>HEIKENTYNYT</b> - näkee isoa tekstiä, ei tavallista sanomalehtitekstiä/kirjan tekstiä 2. <b>HEIKENTYNYT KOHTALAISESTI</b> - rajoittunut näkö. Ei näe lehtiotsakkeita, mutta asiakas tunnistaa esineitä 3. <b>HEIKENTYNYT HUOMATTAVASTI</b> - esineiden tunnistaminen on kyseenalaista, mutta asiakas näyttää seuraavan katseellaan esineitä 4. <b>HEIKENTYNYT VAIKEASTI</b> - sokea tai näkee vain muotoja, värejä, valoa eikä näytä seuraavan katseellaan esineitä	
2.	<b>NÄKÖÖN LIITTYVÄT VAIKEUDET/ RAJOITUKSET</b>	Näkökentän ongelmia - heikentynyt perifeerinen näkö (esim. jättää ruokaa tarjottimen toiselle puolelle, liikkumisvaikeuksia, törmäilee ihmisiin tai esineisiin, arvioi tuolin paikan väärin istuutuessaan) Jokin seuraavista: näkee sädekehän tai renkaita valon ympärillä, silmissä salamoit, näkee "verhon" silmän edessä <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b>	a. b. c.
3.	<b>NÄKÖÖN LIITTYVÄ APUVÄLINE</b>	Lasit, piilolasit, suurennuslasi 0. Ei 1. Kyllä	



## OSA E. MIELIALA JA KÄYTTÄYTYMINEN

1.	<b>MASENNUKSEN, AHDISTUKSEN TAI SURULLISUUDEN MERKIT</b>	<p><b>Kirjaa havainnot viimeisen 30 vrk:n ajalta välittämättä oletetusta syystä</b></p> <p>0. Ei viitettä tällaisesta oireesta viimeisen 30 vrk:n aikana</p> <p>1. Oire ilmenee korkeintaan viitenä päivänä viikossa</p> <p>2. Oire ilmenee päivittäin tai miltei päivittäin (6-7 päivänä viikossa)</p> <p><b>AHDINGON SANALLINEN ILMAISEMINEN</b></p> <p>a. Kielteisiä ilmaisuja kuten "millään ei ole väliä", "parempi olla kuollut", "miksi elää näin kauan", "antakaa kuolla"</p> <p>b. Toistuvia kysymyksiä kuten "minne menen", "mitä teen"</p> <p>c. Toistuvia sanallisia ilmaisuja esim. avunpyyntöjä kuten "luoja auttakoon"</p> <p>d. Jatkuva omaan itseän tai muihin kohdistuva kiukku; asiakas ärsyyntyy helposti, on kiukkuinen siitä, että on joutunut kyseiseen laitokseen tai suuttuu saadusta hoidosta</p> <p>e. Itsensä vähättely: "en ole mitään", "minusta ei ole kenellekään hyötyä"</p> <p>f. Epärealistiselta vaikuttavan pelon ilmaisuja: hylätyksi tulemisen, yksinjäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko</p> <p>g. Ilmaisee toistuvasti arvelevansa, että jotain kauheaa tapahtuu, että hän kuolee, saa sydänkohtauksen</p> <p>h. Terveysteen liittyvät toistuvat valitukset, etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan</p>		<p>i. Toistuvat ahdistuneet valitukset/huoli (ei-terveydellinen); esim. toistuva huomionherättämisen tarve/tarvitsee vakuutteluja aikatauluista/aterioista/pyykistä/vaatteista/ihmissuhteista</p> <p><b>UNIRYTMİ</b></p> <p>j. Huonotuulisuus aamuisin</p> <p>k. Unettomuus, unirytmän muutos</p> <p><b>SURUN, APAATTISUUDEN, AHDISTUKSEN ILMENEMINEN</b></p> <p>l. Surullinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme - esim. otsa rypyssä</p> <p>m. Itku, kynelehtiminen</p> <p>n. Toistuvat fyysiset eleet: vaeltelu, käsien vääntely, levottomuus, hypistely, poimiminen</p> <p><b>KIINNOSTUNEISUUDEN MENETYS</b></p> <p>o. Vetäytyy aktiviteeteistaan - ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiviteetteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa</p> <p>p. Vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen</p>	
2.	<b>MIELIALAN PYSYVYYS</b>	<p><b>Yksi tai useampi viite masennuksesta, surusta tai ahdistuksesta. Piristämisyrityksillä, lohdutuksella tai vakuuttelulla ei ole ollut vaikutusta viimeisen 7 vrk:n aikana</b></p> <p>0. Ei tällaisia oireita</p> <p>1. On oireita, mutta ne</p> <p>2. On oireita, mutta ne eivät lievity helposti</p>			
3.	<b>MIELIALAN MUUTOS</b>	<p>Mielialan muutos verrattuna <b>90 vrk sitten</b> tehtyyn arvioon (tai verrattuna edelliseen arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)</p> <p>0. Ei muutosta</p> <p>1. Parantunut</p> <p>2. Huonontunut</p>			
4.	<b>KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT OIREET</b>	<p><b>(A) Käyttäytymiseen liittyvien oireiden tiheys viimeisen 7 vrk:n aikana</b></p> <p>0. Ei oireita</p> <p>1. Tämän tyyppinen käytös ilmeni 1 - 3 vuorokautena viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>2. Tämän tyyppinen käytös ilmeni 4 - 6 päivänä, mutta ei päivittäin</p> <p>3. Tämän tyyppinen käytös ilmeni päivittäin</p> <p><b>(B) Käyttäytymiseen liittyvän oireen muuttuvuus viimeisen 7 vrk:n aikana</b></p> <p>0. Ei käyttöoireita TAI oire helposti muutettavissa</p> <p>1. Käyttöoire ei ole helposti muutettavissa</p> <p>a. VAELTELU - kuljeskelu ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan</p> <p>b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTTÖ (kiroillut, uhkailut, kiljunut muille)</p> <p>c. FYYSINEN PAHOINPITELY (lyönyt, raapinut, lähennellyt, töninyt muita)</p> <p>d. SOSIAALISESTI SOPIMATON/HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN (äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista käyttäytymistä tai julkista riisuutumista, sotkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, varastoinut tai kätkenyt tavaroita tai penkonut muiden tavaroita)</p> <p>e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOOON (vastusteleo lääkkeiden/injektoiden ottoa, päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua tai syömistä)</p>			(A) (B)
5.	<b>KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVIEN OIREIDEN MUUTOS</b>	<p>Käyttäytymiseen liittyvien oireiden muutos verrattuna <b>90 vrk sitten</b> tehtyyn arvioon (tai viimeksi tehtyyn arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)</p> <p>0. Ei muutosta</p> <p>1. Parantunut</p> <p>2. Huonontunut</p>			

**OSA F. PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI**

<b>1.</b>	<b>ALOITEKYKY JA OSALLIS- TUMINEN</b>	Seurustelee vaivattomasti muiden kanssa	<b>a.</b>
		Suunnitellut tai ohjatut toiminnot sujuvat vaivattomasti	<b>b.</b>
		Suorittaa vaivattomasti oma-aloitteisia toimintoja	<b>c.</b>
		Asettaa omia tavoitteita	<b>d.</b>
		Osallistuu laitoksen elämään (ystävystyy/säilyttää ystävyyssuhteensa; on mukana ryhmätoiminnoissa; innostuu uusista aktiviteeteista; osallistuu uskonnollisissa toimituksissa)	<b>e.</b>
		Hyväksyy kutsun useimpiin ryhmätoimintoihin	<b>f.</b>
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	<b>g.</b>
<b>2.</b>	<b>EPÄVAKAAT IHMISSUHTEET</b>	Peitelly tai avoin konflikti tai toistuvaa henkilökunnan arvostelua	<b>a.</b>
		Ei viihdy huonetoverinsa kanssa	<b>b.</b>
		Ei viihdy muiden asukkaiden kanssa	<b>c.</b>
		Ilmaisee avoimesti ristiriitoja tai vihaa perhettä tai ystäviä kohtaan	<b>d.</b>
		Henkilökohtainen kontakti perheeseen/ystäviin puuttuu	<b>e.</b>
		Hiljattainen läheisen perheenjäsenen/ystävän menetys	<b>f.</b>
		Ei sopeudu helposti päivittäisten rutiinien muutokseen	<b>g.</b>
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	<b>h.</b>
<b>3.</b>	<b>ENTISET ROOLIT</b>	Samaistuu voimakkaasti entisiin rooleihinsa ja elämäntilanteeseensa	<b>a.</b>
		Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyt roolinsa/tilanteensa vuoksi	<b>b.</b>
		Käsittää päivittäisten tapojen/tekemisten olevan kovin erilaisia aiempiin, laitoksen ulkopuolisiin tapoihin verrattuna	<b>c.</b>
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	<b>d.</b>

## OSA G. FYYSINEN TOIMINTAKYKY JA RAKENTEELLISET ONGELMAT

1.	(A) PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN SUORITUSKYKY (ADL) - Kirjaa asiakkaan <b>SUORIUTUMINEN KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA viimeisen 7 vrk:n aikana</b> - valmisteluja ei oteta huomioon	<p>0. <i>ITSENÄINEN</i> - Ei apua/valvontaa; TAI apua/valvontaa annettu korkeintaan 1-2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>1. <i>OHJAUKSEN TARVETTA</i> - Valvontaa, rohkaisua, kehoituksia annettu 3 kertaa tai useammin; TAI ohjausta (3 kertaa tai useammin) sekä fyysistä apua annettu vain 1-2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>2. <i>TARVITSEE RAJOITETUSTI APUA</i> - Tekee itse paljon. Saanut fyysistä apua raajojen ohjattuna liikutteluna tai muussa sellaisessa toiminnassa, joka ei edellytä painon kannattelua 3 kertaa tai useammin; TAI enemmän apua annettu vain 1 - 2 kertaa viimeisen viikon aikana</p> <p>3. <i>TARVITSEE RUNSAASTI APUA</i> - Teki osan itse. Sai apua 3 kertaa tai useammin seuraavissa toimissa: - tukea painon kannattelussa - sai henkilökunnalta täyden avun osan ajasta, mutta ei koko ajan viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>4. <i>TÄYSIN AUTETTAVA</i> - henkilökunnan täysi apu kaikkina viikonpäivinä viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p>8. <i>TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT LAINKAAN</i> viimeisen 7 vrk:n aikana</p>		
	(B) ANNETTU ADL-APU - Kirjaa <b>ENIN ANNETTU APU KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA viimeisen 7vrk:n aikana. Kirjaa annettu apu huomioimatta</b> asiakkaan kohtaan A kirjattua suoriutumiskykyä	<p>0. Ei mitään fyysistä apua tai valmistelua henkilökunnalta</p> <p>1. Apua vain valmisteluissa</p> <p>2. Yhden henkilön fyysinen apu</p> <p>3. Kahden tai useamman henkilön fyysinen apu</p> <p>8. Itse ADL-toimintoa ei ole tapahtunut viimeisen viikon aikana lainkaan</p>	(A)	(B)
a.	<b>LIKKUMINEN SÄNGYSSÄ</b>	Miten siirtyy makuulta istumaan ja takaisin, kääntyö sängyssä ja miten vartalon asento vaihtuu sängyssä	SUORITUSKYKY	ADL-APU
b.	<b>SIIRTYMINEN</b>	Miten siirtyy tasolta toiselle: sängystä/sänkyyn, tuolista/tuoliin, pyörätuolista/pyörätuoliin, seisomaan/seisomasta (älä kirjaa tähän WC:tä tai kylpyä)		
c.	<b>HUONEESSA KÄVELY</b>	Miten asiakas kävelee huoneessaan paikasta toiseen		
d.	<b>KÄYTÄVÄLLÄ KÄVELY</b>	Miten asiakas kävelee yksikkönsä käytävällä		
e.	<b>LIKKUMINEN YKSIKÖSSÄ</b>	Miten asiakas liikkuu huoneensa ja käytävän välillä samassa kerroksessa. Jos liikkuu pyörätuolilla, kirjaa liikkumisen näisyys tuoliin pääsyn jälkeen		
f.	<b>LIKKUMINEN YKSIKÖN ULKO-PUOLELLE</b>	Miten asiakas liikkuu yksikköön/yksiköstä (muille alueille kuten ruokailuun, hoitoihin, aktiviteetteihin). Jos laitos on yksikerroksinen, kirjaa miten asiakas tulee ja poistuu kauemmaksi samassa kerroksessa. Jos hän liikkuu pyörätuolilla, kirjaa miten itsenäisesti liikkuu tuoliin päästyään		
g.	<b>PUKEUTUMINEN</b>	Miten asiakas pukeutuu, kiinnittää ja riisuu kaikki tavalliset <b>arkivaatteensa</b> (sisä- ja ulkovaatteet) proteesin kiinnitys ja irrotus mukaan lukien		
h.	<b>RUOKAILU</b>	Miten asiakas syö ja juo (taitavuutta ei oteta huomioon). Käsittää myös letku- ja laskimonsisäisen ravitsemuksen		
i.	<b>WC:N KÄYTTÖ</b>	WC:n, urinaalin ja portatiivin käyttökyky. Siirtyminen WC:hen ja sieltä pois, pyyhkiminen, vaatteiden kohennus, katetrin tai avanteen hoitaminen, vaippojen vaihto		
j.	<b>HENKILÖ-KOHTAINEN HYGIENIA</b>	Kyky ylläpitää henkilökohtaista hygieniaa: hiusten kampaaminen, hampaiden pesu, parranajo, ehostaminen, kasvojen pesu, käsien pesu ja kuivaus, alapesu (ÄLÄ KIRJAA kylpyä tai suihkua)		
2.	<b>KYLPEMINEN</b>	<p>Miten asiakas käy kylvyssä/suihkussa. Käsittää kokovartalon pesun sienellä, siirtymisen suihkuun tai altaaseen ja sieltä pois (tukan- ja selän pesua ei oteta huomioon). Kirjaa <b>suurin avun tarve</b>; suoriutuminen ja annettu apu</p> <p><b>(A) KYKY KYLPEÄ/KÄYDÄ SUIHKUSSA</b></p> <p>0. Itsenäinen - ei mitään apua</p> <p>1. Silmälläpito - tarkkailuapua</p> <p>2. Fyysinen apu vain siirtymisissä</p> <p>3. Fyysinen apu osin peseytymisessä</p> <p>4. Täysin autettava</p> <p>8. Tätä toimintoa ei esiintynyt lainkaan viimeisen 7 vrk:n aikana</p> <p><b>(B) ruutu täytetään edellä olevan kohdan 1(B) mukaisesti (katso annettu ADL-apu)</b></p>	(A)	(B)

3.	<b>TASAPAINO-TESTI</b>  <b>(katso ohjekirjasta)</b>	<i>Kirjaa testissä suoriutumisen viimeisen 7 vrk:n aikana</i>  0. Testin vaatimusten mukainen asennon säilyttämiskyky 1. Epävarmuutta, mutta kykenee itse ilman fyysistä tukea korjaamaan tasapainon 2. Asiakkaalla on osittainen fyysisen tuen tarve testin aikana tai hän seisoo (istuu), muttei noudata ohjeita 3. Ei kykene yrittämään testisuoritusta ilman fyysistä tukea  a. Seisomatasapaino b. Istumatasapaino - asento, vartalon ohjaus													
4.	<b>TOIMINNALLISET LIIKUNNAN RAJOITTEET</b>  <b>(katso ohjekirjasta)</b>	<i>Kirjaa liikunnan rajoitteet, jotka haittasivat viimeisen 7 vrk:n aikana päivittäisiä toimintoja tai aiheuttivat tapaturmariskin</i>  <b>(A) LIIKELAAJUUS</b> 0. Ei rajoitetta 1. Toispuoleinen rajoite 2. Molemminpuoleinen rajoite  <b>(B) TAHDONALAINEN LIIKE</b> 0. Ei puutosta 1. Osittainen puutos 2. Täydellinen puutos  a. Niska b. Yläraaja - olkapää tai kyynärpää mukaan lukien c. Käsi - ranne tai sormet mukaan lukien d. Alaraaja - lonkka tai polvi mukaan lukien e. Jalkaterä - nilkka tai varpaat mukaan lukien f. Muut rajoitteet tai puutokset (katso käsikirja)	<table border="1"> <tr> <th>(A)</th> <th>(B)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	(A)	(B)										
(A)	(B)														
5.	<b>APUVÄLINEET LIIKKUESSA</b>	<b>Rastita kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</b>  Keppi, kelkka, kainalosauva      a. <input type="checkbox"/> Pääasiallisesti pyörätuoli- Käyttää itse pyörätuolia      b. <input type="checkbox"/> tilas Kuljetettava pyörätuolilla      c. <input type="checkbox"/> <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b>	<table border="1"> <tr> <td>d.</td> </tr> <tr> <td>e.</td> </tr> </table>	d.	e.										
d.															
e.															
6.	<b>SIIRTYMIS-APUVÄLINEET</b>	<b>Rastita kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</b>  Pääasiallisesti vuodepotilas      a. <input type="checkbox"/> Nostetaan mekaanisesti Sängynlaidat vuoteessa liikumista      b. <input type="checkbox"/> Siirtymisapuväline (liukulevy, tai siirtymistä varten      c. <input type="checkbox"/> kohottautumisteline, keppi, kelkka, tuki) Nostetaan käsivoimin <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b>	<table border="1"> <tr> <td>d.</td> </tr> <tr> <td>e.</td> </tr> <tr> <td>f.</td> </tr> </table>	d.	e.	f.									
d.															
e.															
f.															
7.	<b>TOIMINTOJEN OSITTAMINEN</b>	Osa tai kaikki päivittäiset toiminnot jaettava osatehtäviin viimeisen 7 vrk:n aikana, jotta asiakas selviytyisi niistä  0. Ei      1. Kyllä													
8.	<b>FYYSISIÄ PÄIVITTÄISIÄ TOIMINTOJA KOSKEVAT KUNTOUTUMIS-MAHDOLLI-SUUDET</b>	Asiakas uskoo voivansa parantaa fyysistä toimintakykyään itsenäisemmäksi ainakin joissain toiminnoissa  Omat hoitajat uskovat asiakkaan voivan parantaa fyysistä toimintakykyään itsenäisemmäksi ainakin joissain toiminnoissa  Asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan mutta hitaasti  Fyysinen toimintakyky tai annettu ADL-apu vaihtelevat eri vuorokaudenaikoina  <b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b>	<table border="1"> <tr> <td>a.</td> </tr> <tr> <td>b.</td> </tr> <tr> <td>c.</td> </tr> <tr> <td>d.</td> </tr> <tr> <td>e.</td> </tr> </table>	a.	b.	c.	d.	e.							
a.															
b.															
c.															
d.															
e.															
9.	<b>MUUTOS PÄIVITTÄISSÄ TOIMINNOISSA</b>	ADL-suoriutumisen muutos verrattuna <b>90 vrk sitten</b> tehtyyn arviointiin (tai viimeksi tehtyyn arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk)  0. Ei muutosta      1. Parantunut      2. Huonontunut													

**OSA H. PIDÄTYSKYKY VIIMEISEN 14 VRK:N AIKANA**

<b>1. PIDÄTYSKYVYN LUOKITUS KAIKKIEN TYÖVUOROJEN AIKANA</b>				
0. <i>PIDÄTYSKYKYINEN</i> - Täysi hallinta ( <i>käsittää myös virtsakatetrin tai avanteen, jotka eivät vuoda</i> )				
1. <i>YLEENSÄ PIDÄTYSKYKYINEN</i> - RAKKO: pidätyskyvyn korkeintaan kerran viikossa tai harvemmin; SUOLI: pidätyskyvyn harvemmin kuin viikoittain				
2. <i>TOISINAAN PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: pidätyskyvyn kahdesti viikossa tai useammin, mutta ei päivittäin; SUOLI: pidätyskyvyn kerran viikossa				
3. <i>USEIN PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: taipumus päivittäiseen pidätyskyvyttömyyteen, mutta hallintakykyä on vielä jonkin verran jäljellä (päivävuoron aikana); SUOLI: pidätyskyvyn 2 - 3 kertaa viikossa				
4. <i>PIDÄTYSKYVYTTÖN</i> - RAKKO: ei rakon hallintaa, useita virtsankarkailuja päivittäin; SUOLI: kokonaan (tai miltei kokonaan) pidätyskyvyn				
<b>a.</b>	<b>ULOSTEEN PIDÄTYSKYKY</b> Suolentoiminnan hallinta apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellainen on käytössä			
<b>b.</b>	<b>VIRTSAN PIDÄTYSKYKY</b> Rakon toiminnan hallinta (jos on tiputtelua, ei kuitenkaan alushousujen läpi). Kirjaa tulos apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellaiset ovat käytössä			
<b>2.</b>	<b>SUOLEN TOIMINTA</b> Säännöllinen - vähintään joka kolmas päivä Ummetus	<b>a.</b>	Ripuli	<b>c.</b>
		<b>b.</b>	Ulosteen pakkautuminen <i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	<b>d.</b>
<b>3.</b>	<b>APUVÄLINEET JA OHJELMAT</b> Mikä tahansa ohjelmoitu WC-opetus Rakon uudelleen koulutusohjelma Virtsakondomi/ulkoinen virtsankerääjä Katetri (sisäinen) Toistokatetrointi	<b>a.</b>	Ei käytä WC:tä/portatiivia/urinaalia/alusastia	<b>f.</b>
		<b>b.</b>	Vaipat	<b>g.</b>
		<b>c.</b>	Peräruiskeet/huuhtelut	<b>h.</b>
		<b>d.</b>	Mikä tahansa avanne	<b>i.</b>
		<b>e.</b>	<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	<b>j.</b>
<b>4.</b>	<b>MUUTOS VIRTSANPIDÄTYSKYVYSSÄ</b> Muutos virtsanpidätyskyvyssä <b>90 vrk sitten</b> tehtyyn arvioon verrattuna (tai edelliseen arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk) 0. Ei muutosta                      1. Parantunut                      2. Huonontunut			

## OSA I. DIAGNOOSIT

Rastita vain ne diagnoosit, joilla on yhteys asiakkaan nykyiseen toimintakykyyn, kognitiiviseen statukseen, mielialaan, käytökseen, lääkinällisiin tai hoidollisiin ohjelmiin tai kuolemanvaaraan (älä kirjaa inaktiivisia diagnooseja)			
1.	SAIRAUDET	<p><b>Jos mikään seuraavista ei koske asiakasta, RASTITA RUUTU "EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA"</b></p> <p><b>ENDOKRINOLOGIA/METABOLIA/RAVITSEMUS</b>            Diabetes mellitus (sokeritauti)            Hypertyreoosi (kilpirauhasen liikatoiminta)            Hypotyreoosi (kilpirauhasen vajaatoiminta)</p> <p><b>SYDÄN/VERENKIERTO</b>            Arterioskleroottinen sydäntauti (sepelvaltimotauti)            Sydämen rytmihäiriöt            Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta            Syvä laskimotukos            Verenpainetauti            Hypotensio            Alaraajojen verenkierron häiriö            Muu sydän- ja verisuonitauti</p> <p><b>MUSKULOSKELETAALITAUDIT</b>            Artriitti            Lonkkamurtuma            Raajan puuttuminen (amputaatio)            Osteoporoosi (luukato)            Patologinen murtuma (sairaudesta johtuva)</p> <p><b>NEUROLOGIA</b>            Alzheimerin tauti            Afasia (kielellinen ilmaisukykyyn häiriö)            CP (synnytyksen tai kehityksen yhteydessä tapahtunut aivovaurio)            Aivohalvaus            Muu dementia (kuin Alzheimerin tauti)            Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous)            Multippeli skleroosi</p>	<p>Paraplegia (alaraajojen halvaus) x.</p> <p>Parkinsonin tauti y.</p> <p>Tetraplegia (nelirajahalvaus) z.</p> <p>Kouristelutaipumus (epilepsia tai vastaava) aa.</p> <p>TIA (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö) bb.</p> <p>Aivotrauma cc.</p> <p><b>PSYKIATRIA/MIELIALA</b></p> <p>Ahdistuneisuushäiriö dd.</p> <p>Depressio ee.</p> <p>Maaninen depressio (bipolaarinen depressio) ff.</p> <p>Skitsofrenia gg.</p> <p><b>KEUHKOSAIRAUDET</b></p> <p>Astma hh.</p> <p>Emfyseema/COPD (Keuhkolaajentuma/krooninen ilmasteiden ahtautuma) ii.</p> <p><b>AISTIT</b></p> <p>Katarakta (harmaakaihi) jj.</p> <p>Diabeettinen retinopatia (diabeteksen aiheuttama verkkokalvon sairaus) kk.</p> <p>Glaukooma (viherkaihi) ll.</p> <p>Maculan degeneraatio (silmanpohjarappeuma) mm.</p> <p><b>MUUT</b></p> <p>Allergia nn.</p> <p>Anemia oo.</p> <p>Syöpä pp.</p> <p>Munuaisten vajaatoiminta qq.</p> <p><b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b> rr.</p>
		<p>2.</p>	<p><b>INFEKTIOT</b></p> <p><b>Jos mikään seuraavista ei koske asiakasta, RASTITA RUUTU "EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA"</b></p> <p>Antibiootille resistentti infektio (esim. MRSA) g.</p> <p>Clostridium Difficile h.</p> <p>Konjunktiviitti (silman sidekalvon tulehdus) i.</p> <p>HIV j.</p> <p>Pneumonia (keuhkokuume) k.</p> <p>Hengitystieinfektio l.</p> <p>Septikemia (verenmyrkytys) g.</p> <p>Sukupuolitauti h.</p> <p>Tuberkuloosi i.</p> <p>Virtsatieinfektio viimeisen 30 päivän aikana j.</p> <p>Virushepatiitti (viruksen aiheuttama maksatulehdus) k.</p> <p>Haavainfektio l.</p> <p><b>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</b> m.</p>
		3.	<p><b>MUITA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOOSEJA JA ICD-10 KOODEJA</b></p> <p>a. _____         ●  </p> <p>b. _____         ●  </p> <p>c. _____         ●  </p> <p>d. _____         ●  </p> <p>e. _____         ●  </p>

## OSA J. TERVEYDENTILA

1.	<b>TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA</b>	<p><b>Rastita kaikki ongelmat viimeisen 7 vrk:n aikana</b> ellei muuta ajanjaksoa anneta</p> <p><b>NESTEYTYSTILAA ILMAISEVAT</b></p> <p>Painonnousu tai -lasku 1,5 kg tai enemmän 7 vrk:ssa</p> <p>Ei voi maata selällään hengenahdistuksen vuoksi</p> <p>Kuiva; erittää enemmän nesteitä kuin ottaa</p> <p>Riittämätön nesteiden otto; <b>Ei</b> juonut kaikkea tarjottua nestettä viimeisen <b>3 vrk:n aikana</b></p> <p><b>MUUT</b></p> <p>Harhaluuloisuus</p> <p>Huimaus/pyöräytyys</p> <p>Turvotus</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g.	<p>Kuume</p> <p>Harhaisuus</p> <p>Sisäinen verenvuoto</p> <p>Toistuva aspiraatio <b>viimeisen 90 vrk:n aikana</b></p> <p>Hengenahdistus</p> <p>Pyörtyminen / tajunnanmenetys</p> <p>Epävarma kävely</p> <p>Oksentelu</p> <p>Pahoinvointi</p> <p><i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i></p>	<input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> n. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/> p. <input type="checkbox"/> q.
2.	<b>KIVUN OIREET</b>	<p><i>Kirjaa suurin määrä kipua viimeisen 7 vrk:n aikana</i></p> <p><b>a. KIVUN TIHEYS.</b> Miten usein asiakas valittaa kipua/esiintyy viitettä kivuista</p> <p>0. Ei kipuja (<b>siirry kohtaan J4</b>)</p> <p>1. Kipuja harvemmin kuin päivittäin</p> <p>2. Kipuja päivittäin</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>b. KIVUN VOIMAKKUUS</b></p> <p>1. Lievä kipu</p> <p>2. Kohtalainen kipu</p> <p>3. Ajoittain vaikea/sietämätön kipu</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<b>KIVUN SIJAINTI</b>	<p><b>Rastita kaikki kohdat, joissa kipua esiintynyt viimeisen 7 vrk:n aikana</b></p> <p>Selkäkipu</p> <p>Luukipu</p> <p>Rintakipu tavallisten toimintojen yhteydessä</p> <p>Päänsärky</p> <p>Lonkkakipu</p>	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e.	<p>Leikkauksen jälkeinen haavakipu</p> <p>Nivelkipu (muu kuin lonkka)</p> <p>Pehmytosakipu (leesio, lihas)</p> <p>Vatsakipu</p> <p>Muu</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/> j.
4.	<b>TAPATURMAT</b>	<p><b>Rastita seuraavista kaikki soveltuva</b></p> <p>Kaatonut <b>viimeisen 30 vrk:n aikana</b></p> <p>Kaatonut <b>viimeisen 31-180 vrk:n aikana</b></p> <p>Lonkkamurtuma <b>viimeisen 180 vrk:n aikana</b></p>	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c.	<p>Muu murtuma <b>viimeisen 180 vrk:n aikana</b></p> <p><i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>
5.	<b>TERVEYDENTILAN VAKAUS</b>	<p>Terveydentila/sairaudet ovat muuttaneet asiakkaan kognitiivista kykyä, ADL-kykyä, mielialaa tai käytöstä epävakaaksi (vaihtelevaksi, epävarmaksi tai huonommaksi)</p> <p>Parhailaan akuutti sairaus/kroonisen tai toistuvan sairauden akuuttivaihe</p> <p>Sairauden terminaalivaihe, elinaikaa jäljellä 6 kk tai vähemmän</p> <p><i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i></p>	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d.		

## OSA K. SUUN TERVEYS/RAVITSEMUSTILA

1.	SUUN ONGELMAT	Puremisongelma	a.		
		Nielemisongelma	b.		
		Kipu suussa	c.		
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	d.		
2.	PITUUS JA PAINO	<i>Kirjaa (a.) pituus sentteinä ja (b.) paino kiloina viimeisen 30 vrk:n ajalta olevan punnituksen mukaan. Käytä johdonmukaisesti osaston rutiinikäytäntöä (aamupaino virtsauksen jälkeen, ennen ruokaa, ilman kenkiä ja yöpukeissa)</i>			
	a. pituus cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. paino kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.	PAINON MUUTOS	a. Painon lasku: 5 % tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana TAI 10 % tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana			
		0. Ei                      1. Kyllä			
		b. Painon nousu: 5 % tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana TAI 10 % tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana			
		0. Ei                      1. Kyllä			
4.	RAVITSEMUS- ONGELMAT	Valittaa monien ruokien mausta	a.	Jättää ruoastaan syömättä 25% tai enemmän useimmilla aterioilla	c.
		Valittaa nälkää säännöllisesti tai toistuvasti	b.	<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	d.
5.	RAVITSEMUS- TAPA	<b><i>Rastita kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</i></b>			
		Laskimonsisäinen ravitseminen (subclavia)	a.	Välipalat	f.
		Letkuravitseminen	b.	Erytisastioita/ruokailuvälineitä	g.
		Hienonnettu ruoka	c.	Asiakas on painonmuutokseen tähtäävällä dieetillä	h.
		Ruiskulla suun kautta annettava ruoka	d.	<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	i.
		Terapeuttinen dieetti	e.		
6.	LASKIMON SISÄINEN/ LETKU- RAVITSEMUS	<b><i>Siirry osaan L, jos 5a tai 5b eivät ole ajankohtaisia</i></b>			
		a. Kirjaa kokonaiskalorimäärä, jonka asiakas on saanut letkuravitsemuksena viimeisen 7 vrk:n aikana			
		0. Ei ollenkaan                      3. 51 - 75%			
		1. 1 - 25%		4. 76 - 100%	
		2. 26 - 50%			
		b. Kirjaa keskimääräinen nestemäärä, jonka asiakas on saanut laskimonsisäisesti tai letkulla viimeisen 7 vrk:n aikana			
		0. Ei ollenkaan                      3. 1001 - 1500 ml/vrk			
		1. 1 - 500 ml/vrk                      4. 1501 - 2000 ml/vrk			
		2. 501 - 1000 ml/vrk                      5. 2001 ml/vrk tai enemmän			

## OSA L. SUUN TERVEYS/HAMPAISTO

1.	SUUNTERVEYS JA SAIRAUKSIEN EHKÄISY	Debristä (= pehmeää, helposti poistettavaa ainetta) suussa ennen nukkumaanmenoa	a.
		Hammasteesi tai pois otettava silta	b.
		Osa hampaista tai kaikki omat hampaat puuttuvat - ei ole tai ei käytä proteeseja (tai osatukia)	c.
		Murtuneet, heiluvat tai kariotiset hampaat	d.
		Tulehtuneet ikenet, ikenissä turvotusta, verenvuotoa, paiseita, haavoja tai suun ihottumaa	e.
		Päivittäinen hampaiden puhdistus (omat hampaat tai proteesi) - asiakas tai henkilökunta puhdistaa	f.
		<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	g.



## OSA M. IHON KUNTO

1.	<b>HAAVAUMAT</b> (Mikä tahansa syy)	<i>Kirjaa haavojen lukumäärä jokaisen haava-asteen kohdalle- syystä riippumatta. Jos kyseistä haava-astetta ei ole kirjaa " 0" (nolla). Kirjaa kaikki viimeisen 7 vrk aikana esiintyneet. Jos haavoja on 9 tai enemmän, kirjaa 9. (Vaatii koko kehon ihon tarkastuksen)</i>	LKM
		a. Aste 1. Ihoalueen jatkuva punoitus, joka ei häviä ihon painetta lievitettäessä, iho on ehjä	
		b. Aste 2. Osittainen ihokerroksen paksuuden kato, joka ilmenee kliinisesti naarmuna, rakkulana tai ohuena kraaterina	
		c. Aste 3. Ihoalue on kadonnut koko paksuudeltaan ja ihon alla oleva kudoks on näkyvässä. Ilmenee syvästi kraaterina joka porautuu/ei poraudu liittyvään kudokseen	
		d. Aste 4. Ihoalue ja ihonalainen kudoks ovat kadonneet koko paksuudeltaan, luu tai lihas näkyvässä	
2.	<b>HAAVAUMAN TYYPPI</b>	<i>Kirjaa jokaiseen haavatyypin vaikein haava-aste viimeisen 7 vrk:n aikana käyttäen M1:n asteikkoa, 0 = ei mitään, asteet 1,2,3,4</i>	
		a. Painehaava - mikä tahansa ihoon kohdistuneen paineen aiheuttama ihorikko, joka on vaurioittanut alla olevaa kudosta	
3.	<b>PARANTU-NEIDEN HAAVOJEN ANAMNEESI</b>	<b>VIIMEISEN 90 VRK:N</b> aikana kokonaan parantunut haava	
		0. Ei 1. Kyllä	
4.	<b>MUUT IHON ONGELMAT TAI LEESIOT</b>	<i>Rastita seuraavista kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</i>	
		Naarmuja tai mustelmia	a.
		Palovammoja (2.:n tai 3.:n asteen)	b.
		Muita avohaavoja kuin ihottuman tai iskujen aiheuttamat (kuten syöpäleesiot)	c.
		Ihottumat - kuten intetigo, vyöruusu, ekseema, lääkeihottuma, hikinäppylät, herpes zoster	d.
		Iho on tunnoton paineelle tai kivulle	e.
		Ihorepaleita tai viilto-/leikkuhaavoja (muut kuin kirurgiset)	f.
		Kirurgiset haavat	g.
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	h.		
5.	<b>IHON HOITO</b>	<i>Rastita seuraavista kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</i>	
		Painetta lievittävä rengas/karva/muu väline tuoliin	a.
		Painetta lievittävä rengas/karva/muu väline vuoteeseen	b.
		Asennonvaihto/käätelyohjelma	c.
		Ravitsemus- tai nesteytysohjelma ihoa varten	d.
		Haavan hoito	e.
		Kirurginen haavan hoito	f.
		Siteet (paikallislääkkeiden kera tai ilman), muu kuin jalkojen hoito	g.
		Salvat/paikallislääkkeet (muu kuin jalkojen hoito)	h.
		Muu ehkäisevä tai suojaava ihonhoito (muu kuin jalkojen hoito)	i.
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	j.		
6.	<b>JALKOJEN ONGELMAT JA HOITO</b>	<i>Rastita seuraavista kaikki soveltuva viimeisen 7 vrk:n aikana</i>	
		Yksi tai useampia jalkoihin liittyviä ongelmia, kuten liikavarpaat, kovettumat, tulehtuneet vaivaisenluut, vasaravarpaat, ristikkäin menevät varpaat, kipua, rakennevikoja	a.
		Jalan infektio - kuten märkäinen haava	b.
		Jalan avohaava	c.
		Kynnet/kovettumat hoidettu viimeisen 90 vrk:n aikana	d.
		Saanut ehkäisevää tai suojaavaa jalkojen hoitoa (erikoiskengät, lappusia varpaiden välissä, muuta)	e.
		Siteet (paikallislääkkein tai ilman)	f.
<i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i>	g.		

## OSA N. AKTIIVISUUS JA HARRASTAMINEN

1.	<b>HEREILLÄ- OLOAIKA</b>	<b>Rastita asianmukaiset ajanjaksot viimeisen 7 vrk:n aikana</b> Hereillä koko ajan tai suurimman osan ajasta (ei yli tunnin torkkuja) Aamulla <input type="checkbox"/> a. Illalla <input type="checkbox"/> c. Iltapäivällä <input type="checkbox"/> b. <i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i> <input type="checkbox"/> d.
<b>(Jos asiakas on tajuton, siirry OSAAN O.)</b>		
2.	<b>KESKIMÄÄRÄINEN HARRASTEISIIN OSALLISTUMIS- AIKA</b>	<b>Hereillä ollessa, kun asiakas ei saa hoitoja ja ADL-tukea</b> 0. Suurin osa - yli 2/3 ajasta 2. Vähän - vähemmän kuin 1/3 ajasta 1. Toisinaan 1/3 - 2/3 ajasta 3. Ei ollenkaan
3.	<b>MIELUISIN HARRASTE- YMPÄRISTÖ</b>	<b>Rastita kaikki mieluisat paikat, jotka asiakas asettaa harrasteissaan etusijalle</b> Oma huone <input type="checkbox"/> a. Vanhainkodin/terveyskeskuksen Päiväsali <input type="checkbox"/> b. ulkopuolella <input type="checkbox"/> d. Vanhainkodissa/terveyskeskus- sairaalassa osaston ulkopuolella <input type="checkbox"/> c. <i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i> <input type="checkbox"/> e.
4.	<b>MIELUISIMMAT HARRASTEET (nykyiseen toimintakykyyn sopeutettuina)</b>	<b>Rastita kaikki MIELTYMYKSET</b> riippumatta siitä onko kyseinen toiminto nykyisin saatavilla Korttipeli/muut pelit <input type="checkbox"/> a. Matkailu/ostokset <input type="checkbox"/> g. Taide/käsityöt <input type="checkbox"/> b. Ulkoilu (kävelen/pyörätuolla) <input type="checkbox"/> h. Liikunta/urheilu <input type="checkbox"/> c. TV:n katselu <input type="checkbox"/> i. Musiikki <input type="checkbox"/> d. Puutarhan tai kasvien hoito <input type="checkbox"/> j. Lukeminen/kirjoittaminen <input type="checkbox"/> e. Puheleminen, keskustelu <input type="checkbox"/> k. Henkinen/uskonollinen harrastus <input type="checkbox"/> f. Muiden auttaminen <input type="checkbox"/> l. <i>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA</i> <input type="checkbox"/> m.
5.	<b>TOIVOO MUUTOSTA PÄIVITTÄISIIN RUTIINEIHIN</b>	<b>Kirjaa asiakkaan toiveet päivittäisistä rutiineista</b> 0. Ei muutosta 1. Pieni muutos 2. Suuri muutos a. Asiakkaan nykyiset harrasteet b. Asiakkaan osallistumisaktiivisuus nykyisiin harrasteisiin

## OSA O. LÄÄKITYS

1.	<b>LÄÄKKEIDEN LUKUMÄÄRÄ</b>	<b>Kirjaa erilaisten lääkkeiden lukumäärä viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa "0" (nolla) jos lääkkeitä ei ole käytetty</b>
2.	<b>UUDET LÄÄKKEET</b>	<b>Saa lääkkeitä, jotka on aloitettu viimeisen 90 vrk:n aikana</b> 0. Ei 1. Kyllä
3.	<b>INJEKTIOT</b>	<b>Kirjaa kuinka monena PÄIVÄNÄ asiakas sai injektion viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa "0" (nolla) jos ei injektioita</b>
4.	<b>NIIDEN PÄIVIEN LUKUMÄÄRÄ, JOLLOIN SAI SEURAAVIA LÄÄKKEITÄ</b>	<b>Kirjaa PÄIVIEN lukumäärä, viimeisen 7 vrk:n aikana; Laita "0" (nolla), jos lääkettä ei käytetty. Huom! Laita "1" (yksi), jos käytössä on pitkävaikutteinen, harvemmin kuin kerran viikossa annosteltava lääke</b> a. Antipsykootti (neurolepteihin kuuluva valmiste) <input type="checkbox"/> d. Unilääke <input type="checkbox"/> b. Anksiolyytti (ahdistusta lievittävä ja/tai rauhoittava lääke) <input type="checkbox"/> e. Diureetti (nesteenoistolääke) <input type="checkbox"/> c. Antidepressantti (masennuslääke) <input type="checkbox"/> f. Analgeetti (kipulääke) <input type="checkbox"/>

## OSA P. ERITYISHOIDOT

1.	ERITYISHOIDOT, TOIMINNOT JA OHJELMAT	<b>a. ERITYISHOITO</b> <i>Rastita</i> hoidot ja ohjelmat, joita asiakas on saanut viimeisen 14 vrk aikana. (Huom! - Laske mukaan vain sisäänkirjauksen jälkeiset hoidot)																							
		<b>HOIDOT</b> Kemoterapia Dialyysi IV-lääkitys Nestetasapainon seuranta Akuuttitilan lääketieteellinen seuranta Avanteen hoito Happihoito Sädehoito Imu Trakeostomian hoito Verensiirrot Ventilaattori tai respiraattori	<b>ERITYISOHJELMAT</b> a. Alkoholin/lääkkeiden vieroitusohjelmat b. Alzheimerin tautiin/dementiaan erikoistunut yksikkö c. Hospice-yksikkö (saattohoitoyksikkö) d. Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi e. Muu lyhytaikaishoito f. Tarvitaan opetusohjelma kotiinpaluuta varten (lääkkeiden otto, taloustyöt, ostokset, liikkuminen, ADL:t) g. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA h. i. j. k. l.	m. n. o. p. q. r. s.																					
		<b>b. TERAPIAT</b> - Kirjaa päivien lukumäärä ja jokaisen terapiamuodon yhteinen minuuttimäärä (jos on annettu vähintään 15 min/vrk) viimeisen 7:n vuorokauden aikana. (Laita "0", jos terapiaa oli vähemmän kuin 15 min tai ei ollenkaan.) Huom! Vain sisäänkirjauksen jälkeiset terapiat.																							
		<b>(A) = Anna niiden päivien lukumäärä</b> , jolloin terapiaa annettiin 15 minuuttia tai enemmän <b>(B) = Anna minuuttien lukumäärä</b> viimeisen 7 vrk:n aikana																							
				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PV</th> <th>MIN.</th> </tr> <tr> <th></th> <th>(A)</th> <th>(B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Toimintaterapia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Fysioterapia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Hengitysterapia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PV	MIN.		(A)	(B)	a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut			b. Toimintaterapia			c. Fysioterapia			d. Hengitysterapia			e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)		
	PV	MIN.																							
	(A)	(B)																							
a. Puheterapia - puheen patologia- ja audiologiapalvelut																									
b. Toimintaterapia																									
c. Fysioterapia																									
d. Hengitysterapia																									
e. Psykologinen terapia (kenen tahansa psykiatrisen koulutuksen saaneen henkilön antama)																									
2.	MIELIALAAN, KÄYTTÖKSEEN JA KOGNITIOON VAIKUTTAMINEN	<b>Kirjaa kaikki interventiot tai strategiat</b> viimeisen 7 vrk:n aikana riippumatta siitä, missä ne on annettu																							
		Erityinen käytösoireen arviointiohjelma Mielen terveysasiantuntijan arvio viimeisen 90 vrk:n aikana Ryhmäterapia Asiakkaan mielialan/käyttäytymisen erityistarpeen mukainen ympäristönmuutos Uudelleen orientoituminen (esim. realiteettiterapia) EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	a. b. c. d. e. f.																						
3.	HOITAJIEN ANTAMA KUNTOTUTUS JA YLLÄPITOHOITO	<b>Kirjaa jokaisesta kuntoutusmuodosta, ylläpito hoidosta, tai tavasta niiden PÄIVIEN LUKUMÄÄRÄ, jolloin kyseistä hoitomuotoa annettiin 15 minuutin ajan tai kauemmin viimeisen 7 vrk:n aikana. Kirjaa 0 (nolla), jos hoitomuotoa oli vähemmän kuin 15 min/vrk.</b>																							
		a. Passiivinen liikehoito b. Aktiivinen liikehoito c. Avustaminen lastan tai tuen käytössä <b>OPASTAMINEN JA HARJOITTELU:</b> d. Vuoteessa liikkuminen e. Siirtyminen	f. Käveleminen g. Pukeutuminen tai siistiytyminen h. Syöminen tai nieleminen i. Amputaatio/proteesin hoito j. Kommunikaatio k. Muu																						

4.	<b>LIKKUMISTA RAJOITTAVAT VÄLINEET</b>	<p>Käytä seuraavia koodeja koskien <b>7 viimeistä vuorokautta</b></p> <p>0. Ei käytössä 1. Käytössä harvemmin kuin päivittäin 2. Käytössä päivittäin</p> <p>Sängynlaidat</p> <p>a. Laita kaikilla avoimilla reunoilla b. Muu laita sängyssä; esim. toispuoleinen tai puolilaita c. Vartalon liikkumista rajoittava väline (esim. vyö) d. Raajojen liikkumista rajoittavat välineet (esim. remmit) e. Tuolista nousemista estävä osa (esim. tarjotin)</p>		
5.	<b>HOITOJAKSOT SAIRAALASSA</b>	<b>Viimeisen 90 vrk:n aikana</b> (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk) potilas on lähetetty sairaalaan, jossa on ollut valvonnassa yön yli. <i>Kirjaa "0" (nolla) jos näitä tapahtumia ei ole ollut.</i>		
6.	<b>PÄIVYSTYS-POLIKLINIKKA-KÄYNNIT</b>	Kirjaa asiakkaan päivystyspoliklinikakäyntien (ilman yön yli tapahtunutta valvontaa) lukumäärä <b>viimeisen 90 vrk:n aikana</b> (tai viime arvion jälkeen jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk.) <i>Kirjaa "0" (nolla), jos ei lainkaan.</i>		
7.	<b>LÄÄKÄRI-KÄYNNIT</b>	Kirjaa kuinka monena päivänä lääkäri on tutkinut asiakasta <b>VIIMEISEN 14 VRK:N</b> aikana. Jos laitoksessa oloaika on vähemmän kuin 14 vrk, kirjaa kuinka monena päivänä sisääntulon jälkeen. <i>Kirjaa "0" (nolla), jos ei lainkaan.</i>		
8.	<b>LÄÄKÄRIN MÄÄRÄYKSET</b>	Kirjaa kuinka monena päivänä lääkäri on muuttanut asiakkaan lääkemääräyksiä tai muita ohjeita <b>VIIMEISEN 14 VRK:N</b> aikana (tai sisäänkirjoituksen jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 14 vrk). <i>Lääkemääräyksen uusimista ilman lääkemuutosta ei huomioida. Kirjaa "0" (nolla), jos kertoja ei ole lainkaan.</i>		
9.	<b>POIKKEAVAT LABORATORIO-TULOKSET</b>	Epänormaalit laboratoriotulokset <b>viimeisen 90 vrk:n aikana</b> 0. Ei 1. Kyllä		

**OSA Q. YLEISTILA JA ULOSKIRJAUSMAHDOLLISUUDET**

1.	<b>ULOSKIRJAUS-MAHDOLLISUUDET</b>	a. Asiakas ilmaisee mieluiten haluavansa pois laitoshoidosta 0. Ei 1. Kyllä		
		b. Asiakkaalla on myönteisesti uloskirjaukseen suhtautuva tukihenkilö tai tukipalvelu 0. Ei 1. Kyllä		
		c. Oleskeluaika väliaikainen, uloskirjaus suunniteltu tapahtuvan <b>90 vrk:n sisällä</b> (ei tarkoita 90 vrk:n sisällä tapahtuvaa oletettua kuolemaa) 0. Ei 1. 30 vrk:n sisällä 2. 31 - 90 vrk:n sisällä 3. Uloskirjaustilanne epävarma		
2.	<b>YLEINEN MUUTOS HOIDON TARPEESSA</b>	Asiakkaan omatoimisuus on muuttunut siihen arvioon verrattuna, joka on tehty <b>90 vrk sitten</b> (tai viime arvioon, jos siitä on vähemmän kuin 90 vrk) 0. Ei muutosta 1. Parantunut - saa harvemmin tukea, saa keveämpää hoitoa 2. Huonontunut - saa enemmän tukea		

**OSA R. TIETOJA ARVIOINNISTA**

1.	<b>OSALLIS- TUMINEN ARVIOON</b>	a. Asiakas:	0. Ei	1. Kyllä	
		b. Perhe:	0. Ei	1. Kyllä	2. Ei perhettä
		c. Muu tärkeä henkilö:	0. Ei	1. Kyllä	2. Ei ketään läheisiä
<b>2. ARVIOIJEN NIMET</b>					
a.	Nimi		Osat		Pvm
b.					Pvm
c.					Pvm
d.					Pvm
e.					Pvm
f.					Pvm

## Liite 2. Laatuindikaattoreiden muodostaminen

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>I ONNETTOMUUDET</b>			
1a. Mikä tahansa onnettomuus (e)	<p><b>Jaettava:</b> Ne asiakkaat, joilla merkitty onnettomuuksia tai kaatumisia.</p> <p><b>Jakaja:</b> Osaston asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	M4_a=1 tai m4_b=1 tai j4_c=1	Ei
1b. Uudet murtumat (i)	<p><b>Jaettava:</b> Ne asiakkaat, joilla uusi murtuma viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat, joilla ei ollut murtumaa viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	Viimeisin arvio Uusi lonkka murtuma: j4_c=1 tai uudet murtumat: j4_d=1	Ei
2. Kaatuilu (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla kaatumisia viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	Kaatonut viimeisen 30 päivän aikana, j4_a=1	Ei
<b>II KÄYTÖS JA TUNNE-ELÄMÄ</b>			
1. Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla käyttöoireita, jotka vaikuttavat muihin viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	Muihin vaikuttavat käyttöoireet Verbaalisesti aggressiivinen: e4ba_ > 0 tai fyysinen pahoinpitely: e4ca_ > 0 tai sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen: e4da_ > 0	<p><u>Matala riski:</u> Ne asiakkaat, jotka eivät kuulu korkeaan riskiin viimeisimmässä arvioinnissa</p> <p><u>Korkea riski:</u> Jos asiakkaalla kognitiivinen vajeus viimeisimmässä arvioinnissa tai [skitsofrenia (i3a2_-i3e2_ on F20.0-F20.9 tai i1_gg=1) Tai maanisdepressiivisyys (i3a2_- i3e2_ on F30-F39 tai i1_ff=1)]</p>

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>II KÄYTÖS JA TUNNE-ELÄMÄ</b>			
2. Masennus diagnoosi tai oireet (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla on masennusoireita tai masennusdiagnoosi viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p>Masennusoireet</p> <p>1. oire = ahdinko: e1a_<sub>1,2</sub></p> <p>2. oire = ahdistus/vetäytyminen: toistuvat fyysiset eleet e1_n=<sub>1,2</sub>, tai vastustaa hoitoa e4ea_<sub>1,2,3</sub>, tai vetäytyy aktiviteeteistaan e1_o=<sub>1,2</sub>, tai vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen: e1_p=<sub>1,2</sub></p> <p>3. oire = huonotuulusuus aamuisin: e1j_<sub>1,2</sub>, tai ei hereillä koko päivää: ni_d=1, tai hereillä yhden jakson päivässä tai vähemmän, mutta ei tajuton: n1_a, n1_b, n1_c£1 ja b1__=0</p> <p>4. oire = toistuvasti arvelee kuolevansa: e1g_<sub>1,2</sub></p> <p>5. oire = painon lasku: k3a_<sub>1</sub></p>	Ei
3. Masennuksen oireet – ei hoitoa (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla on masennusoireita viimeisimmässä arvioinnissa ja ei ole hoitoa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p>Masennus kts. edellinen JA ei antidepressanttia: o4c_<sub>0</sub> ja ei psykologista terapiaa: p1bea_<sub>0</sub></p>	Ei
<b>III KLIININEN HOITO</b>			
1. Käytössä 9 erilaista tai useampi lääke (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asukkaat joilla oli 9 erilaista tai useampi lääke</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> O1 (Lääkkeiden lukumäärä) = 9 tai enemmän</p>	Ei
<b>IV KOGNITIO</b>			
1. Aivojen vajaatoiminta (i)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla äskettäin aivojen vajaatoiminta viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat, joilla ei aivojen vajaatoimintaa edellisessä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Aivojen vajaatoiminta <u>Aiempi arviointi:</u> Ei ole aivojen vajaatoimintaa</p>	Ei

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>V PIDÄTYSKYKY</b>			
1. Virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, jotka usein tai täysin pidätyskyvyttömiä viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki muut asiakkaat paitsi poissuljetut.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Virtsan pidätyskyky: H1b_ = 3,4 TAI Ulosteen pidätyskyky: H1a_ = 3,4</p> <p>POISSULJETTU: Tajuttomat asiakkaat: b1__=1 TAI asiakkaalla katetri: h3_d TAI asiakkaalla avanne: h3_i viimeisimmässä arvioinnissa</p>	<p><u>Korkea riski:</u> Vaikea kognitiivinen vaje TAI päivittäisten toimintojen suorituskäytössä täysin autettava (g1aa_,g1ba_,g1ea_=4) viimeisimmässä arvioinnissa</p> <p><u>Matala riski:</u> Kaikki muut viimeisimmässä arvioinnissa</p>
2. Virtsan/ulosteen ajoittainen pidätyskyvyttömyys (e) – ei suolen/rakon koulutusohjelmaa	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla ei ole koulutus-suunnitelmaa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Asiakkaat, jotka toisinaan tai usein pidätyskyvyttömiä (rakko tai suoli) viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Ei ohjelmoitua wc-opetusta ja rakon koulutusohjelmaa: Toisinaan tai usein pidätyskyvytön rakon tai suolen toiminnassa: h1a_ =2,3 TAI h1b_ =2,3</p>	Ei
3. Katetri (e)	<p><b>Jaettava:</b> Katetri viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Katetri: h3_d=1</p>	<p><u>Korkea riski:</u> Tajuton: b1__=1, tai hemiplegia: i1_v=1, tai tetraplegia: i1_z=1, tai multippeli skleroosi: i1_w=1, tai täysin autettava liikkumisessa TDMAL=1: g1aa_=4 ja g1ba_=4 ja g1ea=1</p> <p><u>Matala riski:</u> Ei ole täysin autettava liikkumisessa: bi__=0 ja i1_v=0 ja i1_z=0 ja i1_w=0 ja TDMAL=0</p>
4. Ulosteen pakkautuminen (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla ulosteen pakkautumista viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Ulosteen pakkautuminen: h2_d=1</p>	Ei
<b>VI INFEKTIÖIDEN HALLINTA</b>			
1. Virtsainfektiot (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asukkaat joilla oli VTI.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> I2j (VTI) rastitettu</p>	Ei



Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>VII RAVINTO JA SYÖMINEN</b>			
1. Painon lasku (e)	<b>Jaettava:</b> Ne asiakkaat joilla viimeisimmässä arvioinnissa oli 5% painon lasku viimeksi kuluneen 30 vrk aikana tai 10% tai enemmän viimeksi kuluneen 10 päivän aikana. <b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.	Viimeisin arviointi: K3a=1 (painon lasku)	Ei
2. Letkuravitsemus (e)	<b>Jaettava:</b> Letkuravitsemus viimeisessä arvioinnissa. <b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.	<u>Viimeisin arviointi:</u> K5b rastitettu (letku)	Ei
3. Kuivuma (e)	<b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla on kuivuma. <b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.	<u>Viimeisin arviointi:</u> J1c rastitettu tai kuivuman ICD 10 diagnoosi annettu	Ei
<b>VIII TOIMINTAKYKY</b>			
1. Vuoteeseen hoidettavat potilaat (e)	<b>Jaettava:</b> Vuoteeseen hoidettavat potilaat viimeisimmässä arvioinnissa. <b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.	<u>Viimeisin arviointi:</u> Pääasiallisesti vuodepotilas: g6_a=1	Ei
2. Toimintakyvyn lasku koskien pitkään säilyviä taitoja (i)	<b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla päivittäisten toimintojen suorituskyvyn laskua viimeisen ja sitä edellisen mittauksen välillä Yhden tason lasku kahdessa tai useammassa TAI Kahden tason lasku yhdessä tai useammassa <b>Jakaja:</b> Kaikki viimeiseen ja sitä edelliseen mittaukseen osallistuneet asiakkaat. (Paitsi ne joiden toimintakyky ei voi enää laskea, koska olivat edellisessä mittauksessa täysin autettavia tai olivat tajuttomia.)	Ainakin YHDEN tason lasku kahdessa tai useammassa seuraavista: liikkuminen sängyssä (g1aa_), siirtyminen (g1ba_), ruokailu (g1ha_), wc:n käyttö (g1ia_) <u>Edellinen</u> <u>Viimeisin</u> <u>Mittaus</u> <u>mittaus</u> 1,2,3 tai 4 2,3 tai 4 3 tai 4 4 TAI Ainakin KAHDEN tason lasku yhdessä tai useammassa seuraavista: Liikkuminen sängyssä (g1aa_), siirtyminen	On

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>VIII TOIMINTAKYKY</b>			
		(g1ba_), ruokailu (g1ha_), wc:n käyttö (g1ia_) <u>Edellinen</u> <u>Viimeisin</u> <u>Mittaus</u> <u>mittaus</u> 2,3,4 3,4 4 Huom. Arvo 8 on = puuttuva määriteltäessä muutosta ADL:ssä. <b>POISSULJETTU:</b> Asukkaat, joiden toimintakyky ei voi enää laskea. (g1aa_-aj – kaikki = 4 tai 8) TAI tajuuttomia (b1_=1) edellisessä mittauksessa	
3. Nivelten toiminnallinen liikelaajuuden menetys (i)	<b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla nivelten liikelaajuuden rajoitukset liisääntyneet viimeisen ja sitä edellisen mittauksen välillä. <b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisessä ja sitä edellisessä mittauksessa poissuljetut huomioiden.	Nivelten liikelaajuuden rajoitukset (g4aa_ - af >0) viimeisimmässä arvioinnissa ovat suuremmat kuin nivelten liikelaajuuden rajoitukset sitä edellisessä mittauksessa. <u>Viimeisin</u> <u>Edellinen</u> <u>Mittaus</u> <u>mittaus</u> Summa g4aa_-af > Summa g4aa_-af <b>POISSULJETTU:</b> asiakkaat, joilla suurimmat mahdolliset nivelten liikelaajuuden rajoitukset (Summa g4aa_ - af = 12 edellisessä mittauksessa).	Ei
4. Harjoittelun/taitojen parantamisen/liikelaajuuden ylläpitämisen puute liikuntarajoitteisilla asukkailla (e)	<b>Jaettava:</b> Ei harjoittelua eikä taitojen parantamista. <b>Jakaja:</b> Liikuntarajoitteiset.	<u>Liikuntarajoitteiset:</u> G1aa_ = 2,3,4 TAI g1ba_ = 2,3,4 TAI g1ea_ = 2,3,4 JA jos ei hoitajien antamaa kuntoutusta ja ylläpitohoitoa: p3d_=0 ei vuoteessa liikkumisen opastusta ja harjoittelua JA p3e_=0 ei siirtymisen opastusta ja harjoittelua JA p3f_=0 ei kävelemisen opastusta ja harjoittelua JA p3a_=0 ei passiivista liikehoitoa JA p3b_=0 ei aktiivista liikehoitoa	Ei

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>IX PSYYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ</b>			
1. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman psykoottisia (tai vast.) oireita (e)	<p><b>Jaettava:</b> Antipsykoottisia lääkkeitä viimeisimmässä arvioinnissa käyttävät asiakkaat.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki muut asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa paitsi psykoottiset tai vastaavat.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Antipsykoottiset (o4a_31) POISSULJETTU: Asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita (i3=F20-F20.9; F22-F22.9, F23.0, F24, F25.00-25.9, F28, F29 tai skitsofrenia todettu i1_gg) TAI Touretten oireyhtymä (i3=F95.2) TAI Huntingtonin tauti (i3=G10) viimeisimmässä arvioinnissa tai viimeisimmässä täydessä arvioinnissa; TAI todettu harhaisuutta (j1_i) viimeisimmässä arvioinnissa</p>	<p><u>Korkea riski:</u> Kognitiivinen heikennys JA käytösongelmat viimeisimmässä mittauksessa</p> <p><u>Matala riski:</u> Kaikki muut viimeisimmässä mittauksessa</p>
2. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, jotka saaneet anksiolyyttiä tai unilääkettä viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki muut asiakkaat viimeisessä mittauksessa paitsi psykoottiset tai vastaavat.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Anksiolyytti/unilääke (o4b_ tai o4d_31) POISSULJETTU: Asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita (i3=F20-F20.9; F22-F22.9, F23.0, F24, F25.00, F28, F29 tai skitsofrenia todettu i1_gg) TAI Touretten oireyhtymä (i3=F95.2) TAI Huntingtonin tauti (i3=G10) viimeisimmässä arvioinnissa tai viimeisimmässä täydessä arvioinnissa; TAI todettu harhaisuutta (j1_i) viimeisimmässä arvioinnissa</p>	Ei
3. Unilääkkeiden käyttö useamman kuin kahdesti viikossa (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, jotka saaneet unilääkettä useammin kuin kahdesti viikossa viimeisimmässä arviossa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisessä mittauksessa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Unilääkkeiden käyttö useammin kuin kahdesti viikossa (o4d_&gt;2)</p>	Ei

Aihe	Kuvaus	Muuttujat MDS2.0	Riskiryhmien laskenta
<b>X ELÄMÄN LAATU</b>			
1. Päivittäinen liikkumista rajoittavien välineiden käyttö (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat joiden liikkumista oli rajoitettu päivittäin viimeisessä arvioissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Päivittäinen "sitominen"= liikkumisen rajoittaminen P4c, d tai e=2</p>	Ei
2. Vähän tai ei lainkaan aktiviteettia (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat joilla oli vähän tai ei lainkaan aktiviteetteja viimeisessä arvioissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa. (poissuljettu koomassa olevat)</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> N2=2 tai 3, vähän tai ei lainkaan aktiviteettia POISSULJETTU: Tajuttomat asiakkaan B1=1</p>	Ei
<b>XI IHON HOITO</b>			
1. 1-4 asteen painehaavat (e)	<p><b>Jaettava:</b> Asiakkaat, joilla painehaavoja (aste 1-4) viimeisimmässä arvioinnissa.</p> <p><b>Jakaja:</b> Kaikki asiakkaat viimeisimmässä arvioinnissa.</p>	<p><u>Viimeisin arviointi:</u> Painehaava: m2a_=1,2,3,4 tai i3=L89</p>	<p><u>Korkea riski:</u> Liikkuminen sängyssä (g1aa_=3,4) tai siirtyminen (g1ba_=3,4), TAI kooma (b1__=1), TAI aliravitsemus (i3=E40, tai E41, tai E42, tai E43, tai E44) TAI sairauden terminaalivaihe (j5_c) TAI hemiplegia (i1_v=1) TAI tetraplegia (i1_z=1) TAI turvotus (j1_g=1) TAI iho tunnoton paineelle tai kivulle (m4_e=1) viimeisimmässä arvioinnissa</p> <p><u>Matala riski:</u> Kaikki muut viimeisimmässä arvioinnissa</p>

**Liite 3.**  
**Johtoryhmän jäsenet, vuonna 2000**

Talousjohtaja <i>Pirkko Ekström</i> ,	Helsingin diakonissalaitos
Vanhustyönjohtaja <i>Viveca Hagmark</i> ,	Folkhälsan
Perusturvajohtaja <i>Matti Kaivosoja</i> ,	Kokkolan kaupunki
Kehittämispäällikkö <i>Hannele Kukkola</i> ,	Vanhustyön keskusliitto
Kehittämispäällikkö <i>Tuire Parviainen</i> ,	Kuntokallio-Säätiö
Ylilääkäri <i>Jaakko Valvanne</i> ,	Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto
Johtava lääkäri <i>Pertti Soveri</i> ,	Porvoon kaupunki
Hallintoylihoitaja <i>Carola Schröder</i> ,	Helsingin kaupunki, terveysvirasto
Johtajaylilääkäri <i>Raimo Varis</i> ,	Oulunkylän kuntoutussairaala

## Liite 4.

# Laitosten ja osastojen yhteyshenkilöt, vuonna 2000

### Helsinki

Hallintoylihoitaja Carola Schröder,	Helsingin kaupunki
Ylihoitaja Sirkka Virtaniemi,	Herttoniemen sairaala
Sairaanhoitaja <i>Maija Virkkunen,</i>	Herttoniemen sairaala
Osastonhoitaja <i>Anja Jääskeläinen,</i>	Herttoniemen sairaala
Johtava ylihoitaja <i>Pirkko Klossner,</i>	Kivelän sairaala
Ylihoitaja <i>Katariina Jantunen,</i>	Kivelän sairaala
Sairaanhoitaja <i>Ulla Anttila,</i>	Kivelän sairaala
Sairaanhoitaja <i>Juha Kattelus,</i>	Kivelän sairaala
Johtava ylihoitaja <i>Leena Pohjakallio,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Sirkka Lampinen,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Margit Honkamäki,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Sinikka Rajanen,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Sirpa Rönty,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Paula Vilpponen,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Raili Rantala,</i>	Koskelan sairaala
Osastonhoitaja <i>Margareta Berndtsson,</i>	Koskelan sairaala
Johtava ylihoitaja <i>Inger Östergård,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Seija Hännikäinen,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Leena Sandell,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Eila Heikkinen,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Marja-Leena Ylikantola,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Marja Paukkonen,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Eila Raninen,</i>	Laakson sairaala
Apulaisosastonhoitaja <i>Virpi Mäkilä,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Terttu Lipasti,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Pirjo Laitala,</i>	Laakson sairaala
Osastonhoitaja <i>Hilja Toivola,</i>	Laakson sairaala
Johtava ylihoitaja <i>Anna-Liisa Lyytinen,</i>	Malmin sairaala
Osastonhoitaja <i>Mirjami Syväjärvi,</i>	Malmin sairaala
Osastonhoitaja <i>Maj-Britt Turunen,</i>	Malmin sairaala
Osastonhoitaja <i>Sari Reinikainen,</i>	Malmin sairaala
Osastonhoitaja <i>Sari Pesonen,</i>	Malmin sairaala
Osastonhoitaja <i>Marita Wasenius,</i>	Malmin sairaala
Johtava ylihoitaja <i>Riitta Lahtinen,</i>	Myllypuron sairaala
Osastonhoitaja <i>Helena Väänänen,</i>	Myllypuron sairaala
Osastonhoitaja <i>Anne Alastalo,</i>	Myllypuron sairaala
Apulaisosastonhoitaja <i>Marjukka Miettinen,</i>	Myllypuron sairaala
Ylihoitaja <i>Irma Väättäinen,</i>	Suursuon sairaala
Osastonhoitaja <i>Anita Näslind,</i>	Suursuon sairaala
Osastonhoitaja <i>Lea Uomala,</i>	Suursuon sairaala
Osastonhoitaja <i>Suvi Linopaasi,</i>	Suursuon sairaala

#### **Liite 4.Laitosten ja osastojen yhteyshenkilöt, vuonna 2000**

Osastonhoitaja <i>Leena Hölttä,</i>	Suursuon sairaala
Osastonhoitaja <i>Liisa Väättäinen,</i>	Suursuon sairaala
Johtaja <i>Arja Peiponen,</i>	Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto
Vs. johtaja <i>Walborg Ruohomaa,</i>	Kustaankartanon vanhusten keskus
Osastonhoitaja <i>Arja Stenberg,</i>	Kustaankartanon vanhusten keskus
Osastonhoitaja <i>Jaana Aura,</i>	Kustaankartanon vanhusten keskus
Johtaja <i>Seija Karinen,</i>	Antinkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Päivi Kuusela-Louhivuori,</i>	Antinkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Anna-Maija Kontusalmi,</i>	Antinkotisäätiö
Johtaja <i>Arja Tolvanen,</i>	Pakilan sairas- ja vanhainkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Katja Ilvonen,</i>	Pakilan sairas- ja vanhainkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Eija Huovinen,</i>	Pakilan sairas- ja vanhainkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Aira Mayer,</i>	Pakilan sairas- ja vanhainkotisäätiö
Osastonhoitaja <i>Raija Paiho,</i>	Pakilan sairas- ja vanhainkotisäätiö
Palvelutalon johtaja <i>Vuokko Lemmetty,</i>	Malmin vanhusten palvelutalo
Vastaava hoitaja <i>Mikael Mäki,</i>	Malmin vanhusten palvelutalo
Johtava ylihoitaja <i>Hilkka Tervaskari,</i>	Oulunkylän kuntoutussairaala
Osastonhoitaja <i>Ari Pekurinen,</i>	Oulunkylän kuntoutussairaala
Osastonhoitaja <i>Sirpa Mononen,</i>	Oulunkylän kuntoutussairaala
Vanhustyön kehittämisspäälikkö <i>Harriet Corin,</i>	Helsingin diakonissalaitos
Vastaava sairaanhoitaja <i>Maarit Soveri,</i>	Helsingin diakonissalaitos
Osastonhoitaja <i>Christine Westerholm,</i>	Folkhälsan
Osastonhoitaja <i>Kirsi Wigren,</i>	Folkhälsan
Sairaanhoitaja <i>Marjukka Enkenberg,</i>	Folkhälsan
Sairaanhoitaja <i>Annika Rantaniemi,</i>	Folkhälsan
Sairaanhoitaja <i>Jennifer Hanner,</i>	Folkhälsan

#### **Kokkola**

Johtava ylihoitaja <i>Marja Mattila,</i>	Kokkolanseudun terveyskeskus
Osastonhoitaja <i>Raija Laukka,</i>	Kokkolanseudun terveyskeskus
Osastonhoitaja <i>Tuula-Maija Laukkonen,</i>	Kokkolanseudun terveyskeskus
Sairaanhoitaja <i>Marja-Liisa Svenfelt,</i>	Ventuksen vanhainkoti
Osastonhoitaja <i>Pirjo Kalliokoski,</i>	Honkaharjun vanhainkoti
Toiminnanjohtaja <i>Birgitta Kangas,</i>	Palvelukoti Pettersborg
Johtaja <i>Lilli Keski-Nisula,</i>	Tervakartanon palvelutalo

#### **Porvoo**

Ylihoitaja <i>Ritva Munck-Tennberg,</i>	Porvoon sosiaali- ja terveyskeskus
Osastonhoitaja <i>Kaija Lindman,</i>	Johannisbergin vanhainkoti
Osastonhoitaja <i>Krister Lindman,</i>	Epoon vanhainkoti
Osastonhoitaja <i>Tuija Tiala,</i>	Terveyskeskuksen vuodeosastot