



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# RAVA-MITTARI VANHUSTEN TOIMINTAKYVYN MITTAAJANA

Rava-toimintakykyindeksin kehitys vuosina 2010–2012

Peruspalvelukeskus Oivassa

FUAS YHTEISTYÖ  
HÄMEEN JA LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULUT  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2013  
Hanna-Kaija Luukko  
Virpi Sarkala

Hämeen ja Lahden ammattikorkeakoulut, FUAS-yhteistyö  
Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

LUUKKO HANNA-KAIJA & SARKALA VIRPI

Rava-mittari vanhusten toimintakyvyn mittaajana

Rava-toimintakykyindeksin kehitys vuosina 2010–2012 Peruspalvelukeskus  
Oivassa

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 45 sivua, 3 liitesivua

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa Peruspalvelukeskus Oiva Liikelaitokselle. Opinnäytetyömme avulla Oivan alueen vanhusten hoidosta päättävät henkilöt voivat suunnitella vanhustenhoitoa ja tehdä päätöksiä vanhusten sijoittamisesta erilaisiin palveluasumisyksiköihin. Sen avulla voidaan myös tarkastella henkilöstöresursoinnin tarvetta. Opinnäytetyömme kuvaa Rava-indeksin muuttumista vuosien 2010–2012 aikana Oivan eri yksiköissä sekä toimintakykyindeksin jakautumista yksiköittäin eri kunnissa.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineistomme käsitti viiden Peruspalvelukeskus Oivan kunnan Ravatar-ohjelmaan tallennettuja Rava-toimintakykymittarin indeksiarvoja. Mukaan otettiin vain yli 65-vuotiaitten tulokset, koska Rava-toimintakykytesti on tehty yli 65-vuotiaiden toimintakykytestiksi. Tuloksia tarkasteltiin sekä kunnittain että yksiköittäin.

Tulosten mukaan Peruspalvelukeskus Oivan alueen hoitoisuusindeksit eivät ole muuttuneet kolmen vuoden aikana paljoakaan. Rava-indeksi ei kuitenkaan kerro vanhusten hoidossa aikaa vievistä hoitotoimenpiteistä, kuten haavanhoidoista tai siitä, että joidenkin vanhusten lääkkeitä joudutaan antamaan valvotusti monta kertaa päivässä. Rava-indeksi kertoo vanhusten toimintakyvystä ja sen muutoksista. Vanhusten hoidossa on väärin olettaa, että hoidettavuus voidaan kertoa pelkällä Rava-indeksiluvulla. Aina tulisi ottaa huomioon vanhuksen kokonaistilanne käytettyjen toimintakykytestien lisäksi.

Asiasanat: RAVA-mittari, toimintakyky, asumispalvelut, kotihoito, vanhukset

Häme and Lahti Universities of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health care

LUUKKO HANNA-KAIJA & SARKALA VIRPI

Rava-indicator as a measure of elderly peoples' functional capacity

Development of Rava-performance indicator at the Service Center Oiva  
throughout the years 2010–2012

Bachelor's Thesis in Nursing 45 pages, 3 pages of appendices

Spring 2013

ABSTRACT

---

The aim of this thesis was to provide information for the Service center Oiva establishment. With our thesis people who decide in Oiva can plan care for the elderly and make decisions for elderly people's placement in different sheltered housing units. The thesis also reviews the needs for personnel resourcing. The aim of this research is to describe the functional capacity of elderly people with Rava-index and the development of it throughout the years 2010–2012 in the different units of Oiva. The objective is to describe the distribution of performance index inside the units in different municipalities.

The thesis is quantitative. The material consists of Rava-performance indicator index values that have been stored with Ravatar-program in 5 Oiva's Service centers. Only over 65-year old persons' results were included, because Rava-performance indicator is performance test for over 65-year old people. The results were analyzed on both municipality and unit level.

According to the results, the care intensity index of Service center Oiva has not changed a lot for three years. Rava-index does not tell about the time-consuming nursing procedures such as wound treatment, or the fact that the administration of drugs should be controlled and given several times a day. Rava index tells about the elderly functional capacity and its changes. It is wrong to assume that elderly care can be explained only through Rava's index. In addition to functional capacity test, it is also necessary to take into account the overall condition of the elderly.

Key words: RAVA-meter, functional capacity, housing, home care, elderly

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	VANHUSTEN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOIMINEN	3
2.1	Vanhusten toimintakyky	3
2.2	Laitoshoidon ehkäiseminen ja kuntouttava työote	5
2.3	Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky	6
2.4	Toimintakyvyn arvioiminen	8
3	RAVA-TOIMINTAKYKYMITTARI	9
3.1	Rava-indeksi	9
3.2	MMSE ja GDS-15 Rava-indeksin tukena	9
3.3	Rava-indeksin käyttö	10
3.4	Rava-toimintakykymittarin käyttö	13
3.5	Rava-toimintakykymittarin sisältö	14
3.6	Rava-lomakkeen tietojen tallentaminen	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	16
4.2	Opinnäytetyön tutkimuskysymykset	16
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN	17
5.1	Oivan koti- ja asumispalvelut	17
5.2	Tiedonhaku	18
5.3	Määrällinen tutkimusmenetelmä	18
5.4	Tutkimusaineiston keruu	19
5.5	Tutkimusaineiston analyysi	19
6	TUTKIMUSTULOKSET KUNNITTAIN	22
6.1	Asikkala	22
6.2	Hollola	24
6.3	Hämeenkoski	28
6.4	Kärkölä	30
6.5	Padasjoki	33

7	POHDINTA	35
7.1	Johtopäätökset	35
7.2	Luotettavuus	36
7.3	Eettisyys	37
7.4	Jatkotutkimukset	38
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	43

# 1 JOHDANTO

Suomessa vanhusten määrä kasvaa koko ajan aiheuttaen paineita perusterveydenhuollon palveluiden järjestäjille. Voimassa olevien laatusuositusten mukaisesti pyritään edistämään vanhusten hyvinvointia ja terveyttä ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveystarpeita kaventamalla. Tavoitteena on samalla myös palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantuminen. Heinäkuun alussa 2013 tulee voimaan uusi vanhuspalvelulaki, jonka tavoitteena on taata, että kaikki iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä ja tarpeidensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveystarpeiden avulla. Tarkoituksena on, että kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia ja puoliset saivat mahdollisuuden asua yhdessä pitkäaikaishoidossakin. Pitkäaikainen hoito laitoksessa toteutetaan vain silloin, kun siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on arvokkaan ja turvallisen elämän ja hoidon kannalta perusteltua. Hoitojärjestelyn pysyvyys on turvattava. Laki takaa myös viivytyksettömän ja monipuolisen arvioinnin iäkkäille henkilöille. Arvioinnissa laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma, johon tulee kirjata iäkkään henkilön oma näkemys hoitovaihtoehtoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Tällä hetkellä valtakunnallisesti vanhusten palveluissa pyritään vähentämään laitoshoidon ja lisäämään kotiin annettuja palveluita niin, että asiakas voisi asua kotona mahdollisimman pitkään ja muuttaa sieltä suoraan tehostettuun palveluasumiseen.

Rava-mittari on vuodesta 2000 alkaen kuntien käytettävissä oleva toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jota käytetään vanhusten avun, kuntoutuksen ja palvelun tarpeen arvioinnissa (Valtonen 2002, 10). Vanhusten toimintakyvyn arviointia varten kirjaututaan henkilökohtaisilla tunnuksilla Ravatar-ohjelmaan. Tunnukset saa jokainen, joka on käynyt FCG:n järjestämän koulutuksen. Mittarilla arvioidaan vanhuksen toimintakykyä ja avuntarvetta (liite 1).

Tämän opinnäytetyön aihe nousi keskusteluidemme Peruspalvelukeskus Oivan koti- ja asumispalveluiden päälliköiden kanssa joulukuussa 2011. Työmme tarkoituksena on kuvailla vuosilta 2010–2012 RAVA-indeksiarvojen kehitystä kuntien kesken Peruspalvelukeskus Oivassa. Jatkossa käytämme peruspalvelukeskuksesta nimitystä Oiva. RAVA-indeksit ovat keskeisessä roolissa SAS-työryhmien (Selvitä – Arvioi – Sijoita) tehdessä päätöksiä vanhusten

hoitopaikkasijoituksista. Aiemmin tällä alueella on tehty sosiaalialan opinnäytetyö Hoidossa olevien yli 65-vuotiaiden hoidonporrastus Hollolassa – Rava toimintakyky-indeksiä apuna käyttäen (Pulkkinen 2002).

Aiheena opinnäytetyömme on ajankohtainen ja sille on tarve Oivan kotihoidossa ja asumispalveluissa. Sen avulla arvioidaan myös hoitajien tarvetta. Oiva on perustettu vuonna 2007 ja sen alueella on väestöä noin 40 000. Organisaationa Oiva on kunnallinen liikelaitos, joka toimii Hollolan kunnan alaisuudessa. Muita Oivan kuntia ovat Asikkala, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki. Oivan kunnat ovat perustaneet yhteisen perusturvalautakunnan, joka toimii peruspalveluiden tilaajana. Oivan alueella suurimmat palvelujen tuottajat ovat Oiva ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (Peruspalvelukeskus Oiva-liikelaitos 2012.)

Opinnäytetyömme tullaan tekemään FUAS-yhteistyönä Hämeen ja Lahden ammattikorkeakoulujen kesken.

## 2 VANHUSTEN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOIMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä päivittäisissä perustoimissa ja arkirutiineissa. Siihen kuuluvat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyky heikkenee asteittain vanhenemisen ja rappeuttavien pitkäaikaissairauksien vuoksi. Ensin vanhus ei selviydy vaativimmista päivittäisistä toiminnoista, sitten on vaikeuksia asioiden hoitamisessa ja lopulta vanheneminen haittaa jo yksinkertaisiakin päivittäisiä perustoimintoja, kuten kävely, hygieniasta huolehtiminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. Toimintakyky vaihtelee jopa päivittäin monien eri tekijöiden vaikutuksesta. (Valtonen 2002, 7.)

### 2.1 Vanhusten toimintakyky

Toimintakyvyn menettämiseen ja säilyttämiseen vaikuttaa moni eri asia. Hyvä sosioekologinen asema, normaalipainoisuus ja tupakoimattomuus vähentävät toimintakyvyn alenemista, kun taas tarpeettomuuden tunne, heikentynyt näkö ja kaatuilutaipumus lisäävät toimintakyvyn alenemista. Lääkärin toteama heikentynyt terveyden tila, toimintakyvyn alenema ja sairauksien runsaus ennakoivat toimintakyvyn nopeaa alenemista. (Strandberg & Tilvis 2010, 435.)

Voutilaisen ja Vaaraman (2005) raportin mukaan kattavan toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla kiinteä osa ikäihmisen palvelutarpeen ja voimavarojen arviointia. Heidän mielestään myös palvelujen saannin tulisi aina perustua toimintakyvyn arviointiin. Heidän mukaansa nykyisin toimintakyvyn arviointi on kapea-alaista ja epäyhtenäistä. Fyysisen ja kognitiivisen ulottuvuuden lisäksi myös psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky tulisi arvioida ja huomioida sen lisäksi asunnon ja lähiympäristön esteettömyys. Heidän raporttinsa mukaan toimintakyky tulisi arvioida gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrician ja mahdollisesti myös psykogerontologian ammattilaisten, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. He peräänkuuluttavat myös mittareita käyttävien henkilöiden hyvää ja asianmukaista koulutusta. (Voutilainen & Vaarama 2005, 35.)

Tärkeä osa terveyttä on hyvä toimintakyky. Sen eri osa-alueita ovat kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen



toimintakyky. Terveuden katsotaankin olevan tasapainoa yksilön toimintakyvyn, tavoitteiden ja ympäristön välillä. Toimintakykyä yritetään ylläpitää estämällä toimintakyvyn heikkenemistä tai palauttamalla alentunutta toimintakykyä kuntouttamalla vanhusta tai muuttamalla esim. fyysistä ympäristöä vähemmän esteelliseksi tai lisäämällä sosiaalista tukea. Ikääntyvän ihmisen omat voimavarat tulisi käyttää hyväksi toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisessä. (Heikkinen & Marin 2002, 29.) Laukkasen mukaan kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista kuten syömisestä ja henkilökohtaisesta hygieniasta yleensä säilyvät pitkään ja kun näissä toiminnoissa ilmenee ihmisellä vaikeuksia, kyseessä on melko pitkälle edennyt toiminnanvaja. Yli 65-vuotiailla on päivittäisissä perustoiminnoissa ja asioiden hoitamisessa vaikeuksia jopa joka kuudennella. (Laukkanen 2008, 266–267)

Rava-toimintakykymittari -oppaan mukaan toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla osa kaikkien yli 75-vuotiaiden kliinistä selvitystä. Arviointia tarvitaan palveluntarpeen selvittelyssä, asunnon muutostöitä harkitessa, hoidon vaikutuksien ja kuntoutustarpeen selvityksessä ja seurannassa sekä sijoituspäätöstä tehtäessä. (Valtonen 2002, 7.)

Keskeisiä tavoitteita vanhustenhuollossa on iäkkään ihmisen toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä mahdollisimman pitkään. Toimintakykyä voidaan ylläpitää lähinnä toiminnan harjoittamisen avulla ja sitä voidaan myös palauttaa hoitamalla vanhuksen taustasairautta. Näin parannetaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös henkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Strandberg & Tilvis 2010, 434–435.)

Ihmisen tulisi harrastaa monipuolisesti kävelyä, kyykistelyä, portaissa liikkumista sekä yläraajojen monipuolista käyttöä. Iäkkäälle sopivia liikkumisen muotoja ovat kävely, kuntosaliharjoittelu, kotivoimistelu ja uiminen. Harjoittelun on todettu kohentavan myös älyllistä toimintakykyä varsinkin, jos aikaisempi viriketaso on ollut matala. (Strandberg & Tilvis 2010, 435.)

## 2.2 Laitoshoidon ehkäiseminen ja kuntouttava työote

Nykyisin pyritään ehkäisemään ennenaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Tämä tarkoittaa sitä, että laitoshoitoon sijoitetaan vain sellaiset vanhukset, joiden kotihoito ei enää onnistu. ”Liian terveitä” vanhuksia ei tulisi Strandbergin ja Tilviksen mukaan arvioida eikä kuntouttaa. Sopivin potilas geriatriseen arviointiin on jo haurastunut vanhus, jolla on toimintakyvyn heikkenemisen merkkejä. Samaten vanhus, jonka yleinen terveydentila heikkenee nopeasti tai vanhus, jonka siirtoa laitos- tai pitkäaikaishoitoon suunnitellaan, tarvitsevat geriatrisen arvioinnin. (Strandberg & Tilvis 2010, 435–436.)

Kuntouttava työote korostaa kotona ja laitoshoidossa asuvien hoitamisen toteuttamista asiakkaan toimintakyky ja voimavarat huomioiden. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas saa itse tehdä hoitotilanteissa kaiken sen, mihin hän pystyy. Hoitaja toimii tilanteessa ohjaavana ja asiakasta motivoivana henkilönä. Kuntoutus ja kuntouttava työote ovat toisistaan eroavat käsitteet. Kuntoutus on prosessi, jossa on tietty tavoitteellisuus ja se edellyttää yleensä lääketieteellistä arviointia. Kuntouttava työote taas puolestaan on ikääntyneiden parissa työtä tekevien työote. Sen perusta on vanhuksen ja työntekijän toimiminen arjessa yhdessä. Asiakkaan pitää saada käyttää omia voimavarojaan ja kykyjään ja työntekijä avustaa häntä vain tarvittaessa. Kuntouttavan työotteen tavoitteet tulisi tehdä yhdessä vanhuksen, hänen omaisensa ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Kuntouttavaan työotteeseen tulee työntekijöiden sitoutua ja antaa asiantuntemuksensa asiakkaan käyttöön. Kuntouttavaa työtettä tulee myös arvioida säännöllisesti. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 43–45.)

Laadukas kotihoito on ennakoivaa, kattavaan toimintakyvyn arviointiin ja asiakkaiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksien nopeaan huomioimiseen perustuvaa hoitoa. Se edistää kuntoutumista ja vastaa asiakkaan fyysisiin, kognitiivisiin, sosiaalisiin ja psyykkisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Asiakasta tuetaan ja kannustetaan käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan arjen askareissa. Sellaisesta pitkäaikaishoidosta terveyseskusten vuodeosastoilla, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, olisi luovuttava ja korvattava hoito muilla vaihtoehdoilla. Lähes kaikissa kunnissa on tarve lisätä ehkäisevää ja toiminta-

kykyä ylläpitävää toimintaa. Myös kotihoidon kattavuutta täytyy nostaa, sillä parannetaan varsinkin dementiaoireisten ja mielenterveysongelmaisten henkilöiden kotona asumisen mahdollisuuksia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

### 2.3 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista kuten syöminen, juominen, peseytyminen, liikkuminen, nukkuminen ja pukeutuminen, on fyysistä toimintakykyä. Sitä voidaan mitata erilaisilla mittareilla, jotka mittaavat ihmisen päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä. Yleisimmin käytetyt testit ovat RAVA-indeksi, RAI-järjestelmä, Barthel-indeksi ja Vasa-menetelmä, Näistä mitään ei tule käyttää yksinään palvelujen antamisen tai epäämisen perusteena. (Valtonen 2002, 8.)

Liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella on suuri merkitys ihmisen fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kun ihminen ikääntyy, hänen lihasvoimansa, kestävyytensä, tasapainonsa, reaktiokykynsä, hengitysfunktionsa ja nopeutensa heikkenevät. Näihin voidaan vaikuttaa harjoittelulla, mutta harjoittelun määrää ja laatua ei vielä osata täysin sanoa. (Heikkinen 2002, 30.) Fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat lisäksi terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7). Yun, Chanin ja Tsimin (2007) tekemän tutkimuksen mukaan ihmisen liikuntakyky on tärkeä tieto mietittäessä ikääntyvän ihmisen asumismuotoa (Yu, Chan & Tsim 2007).

Psyykkinen toimintakyky käsittää ihmisen tiedolliset ja emotionaaliset toiminnot. Tiedollisiin toimintoihin kuuluvat kaikki tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot kuten havainnoiminen, muistaminen, mieleen painaminen ja mieleen painetun asian mielessä säilyttäminen ja sekä asian mieleen palauttaminen, oppiminen sekä ajattelu. Emotionaaliseen toimintakykyyn puolestaan sisältyvät mm. mieliala, kyky tuntea mielihyvää ja itsetunto. Testattaessa ihmisen toimintakykyä tulisi aina ottaa huomioon myös mieliala. Sen tunnistamista helpottaa esim. GDS-15 testi. Psyykkistä toimintakykyä voidaan ylläpitää ja kehittää erilaisten toimintojen avulla. Ihmisen vanhetessa ensimmäisenä vaikeutuu uuden oppiminen sekä sellaisten tehtävien suorittaminen, missä vaaditaan nopeutta. Opiskelua pidetään hyvänä keinona ylläpitää psyykkistä toimintakykyä, samoin erilaisia harrastuksia.

Harrastusten merkitys vaihtelee riippuen siitä, vaatiiko harrastus uuden tiedon oppimista ja vaatiiko se erilaisia tiedonkäsittelytoimintoja. Muistihäiriön etenemistä voidaan jossain määrin hidastaa myös sopivalla lääkityksellä. (Heikkinen 2002, 30–31, 119, 123, 132–133; Valtonen 2002 8.)

Sosiaalisen toimintakyvyn määrittely on vaikeaa, sitä ei voida kokonaan edes erottaa psyykkisestä toimintakyvystä. Sitä voidaan tarkastella yhteiskuntaan sopeutumisen kannalta sekä mitata sosiaalisten voimavarojen eli ystävyys- ja perhesuhteiden, tulojen, koulutuksen, terveyden ja ajan ym. mukaan. Sosiaalinen toimintakyky koostuu sosiaalisista taidoista ja sosiaalisista toiminnoista niin, että sosiaaliset taidot muodostavat sosiaalisen toimintakyvyn perustan. Heikkisen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010) määritelmän mukaan sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy ainakin kaksi ulottuvuutta: ihminen vuorovaikutussuhteissaan ja ihminen aktiivisena toimijana erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Hän määrittelee sosiaalisen toimintakyvyn koostuvan sosiaalisista taidoista ja sosiaalisesta toiminnasta, joka edellyttää sekä tiedollisia että tunneperäisiä valmiuksia. Usein tämä toiminta liittyy myös sukupuoleen naisten ollessa aktiivisia epävirallisessa osallistumisessa ja miesten virallisessa osallistumisessa. (Hervonen, Pohjalainen & Kuure 1998, 129–130.)

Erilaisten harrastusten ja ystäviin ja omaisiin pidettyjen kontaktien määrä sekä osallistuminen tapahtumiin, orientoituminen aikaan ja paikkaan sekä kyky suoriutua sosiaalisista tilanteista on ihmisen sosiaalista toimintakykyä. Hyvä sosiaalinen toimintakyky edellyttää ihmiseltä valmiuksia vuorovaikutussuhteisiin sekä valmiuksia toimia niissä. (Valtonen 2002, 9.)

Sanerman (2009) väitöskirjan mukaan huolellinen palvelujen suunnittelu on onnistuneen kotihoidon lähtökohta. Keskeisiä lähtökohtia palveluprosessissa ovat hoidon tarpeen arviointi, hoidon ja palvelujen toteutus sekä seuranta. Hoitotyötä suunniteltaessa ja toteutettaessa tärkeää on joustavuus, koska asiakkaan terveydentilanteessa saattaa tapahtua nopeitakin muutoksia. Avainkäsite on hoidonjatkuvuus, kun asiakas siirtyy palvelumuodosta toiseen. (Sanerma 2009, 75–76.)

## 2.4 Toimintakyvyn arvioiminen

Vanhusten toimintakyvystä saadaan tietoa erilaisilla toimintakyvyn testaamiseen tarkoitetuilla standardoiduilla mittamenetelmillä. Testejä tarvitaan iäkkäiden ihmisten terveyden edistämiseksi ja erilaisissa seulonnoissa. Testi on sopiva perusterveydenhuoltoon, jos se on suhteellisen nopea tehdä, edullinen, helposti standardoitavissa, turvallinen, iäkkäiden asiakkaiden hyväksyttävissä, validi ja reliaabeli. (Rantanen & Sakari-Rantala, 288.) Vanhuksilla on usein monia eri sairauksia ja erilaisia oireita, jonka vuoksi heidän terveydentilansa kokonaisarvion tärkeys korostuu (Tilvis, 280).

### 3 RAVA-TOIMINTAKYKYMITTARI

Rava-mittarin nimi tulee sen kehittäjien turkulaisten lääkäreiden Tapio Rajalan ja Eero Vaissin sukunimien mukaan. Mittari mittaa toimintakykyä ja avuntarvetta. Rava-mittari on ollut käytettävissä kunnissa vuodesta 2000. Suomen Kuntaliitto omistaa RAVA-mittarin ja sen kehittäminen käyttöön liittyvine opastuksineen kuuluu myös heille. Sitä lisensoi FCG Finnish Consulting Group Oy. (Valtonen 2002, 3, 10, 13.) Rava-mittari on 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Sitä voidaan käyttää sekä avo- että laitoshoidossa. Tukena arvioinnissa tulee aina käyttää MMSE-testiä ja GDS-15 seulaa. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan ns. RAVA-indeksi ja RAVA-luokka, joita voidaan käyttää viitteellisinä arvoina, kun arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (Rava-mittari 2011.) Rava-mittarin sisältöön ja käyttöohjeeseen täytyy perehtyä huolellisesti etukäteen ja noudattaa käyttöohjeita, jotta testi antaa luotettavan ja yhdenmukaisen tuloksen (Valtonen 2002, 13). Oiva on hankkinut lisenssin RAVA-mittariin ja kouluttanut henkilöstön sen käyttöön.

#### 3.1 Rava-indeksi

Rava-indeksiä käytetään tehtäessä vanhusten hoitoa koskevia päätöksiä. Se antaa asiakkaalle oikeusturvaa, koska kaikki tehdyt ratkaisut voidaan perustella. Rava-indeksiä käytetään mm. omaishoidon tuen päätöksiä tehtäessä ja laitoshoitopaikkoja päätettäessä. Sitä ei tule milloinkaan käyttää yksinään vaan aina esim. MMSE- tai GDS-15-testien kanssa. Tulokseksi saadun indeksi-luvun perusteella asiakkaat sijoitetaan eri Rava-luokkiin. Indeksien minimiarvo on 1,29 ja maksimi 4,03. Yksi jakotapa on jaotella arvot 0,5 desimaalin välein, jolloin tulokseksi saadaan kuusi eri luokkaa. (Valtonen 2002, 8, 12–13.)

#### 3.2 MMSE ja GDS-15 Rava-indeksin tukena

MMSE:llä tutkitaan ihmisen toimintakykyä yksinkertaisissa perusasioissa. Perusasioita ovat esimerkiksi ajan hallinta, puhe, keskittyminen tai lukeminen ja kirjoittaminen. Vastaukset kertovat arkiselviytymiseen vaikuttavien perusasioiden muutoksista, jotka voivat viitata sairauteen. Kaavakkeen kymmenen ensimmäistä

kysymystä selvittävät henkilön ajan ja paikan hallintaa. Kysymykset ovat helppoja, mutta ne tulee kuitenkin tehdä, koska vastauksista saa jo kuvan, onko arkipäivän muistamisessa vaikeutta. Lyhyttä toistomaisia testataan kolmen sanan sarjalla. Tähän on mahdollisuus käyttää useita eri vaihtoehtoisia sanasarjoja. Laskutehtävän on tarkoitus selvittää keskittymistä ja olla samalla välitehtävä ennen sanojen mieleenpalauttamista. Huonot matemaattiset päässälaskutaidot omaavalle tämä on vaikea tehtävä. Laskutehtävän jälkeen kysytään ennen edellistä kysymystä toistettujen sanojen lista. Testattavalle täytyy antaa aikaa muistamiseen, mutta vihjeitä ei saa antaa. Kysymyksen 14 kohdalla testattavalle näytetään ensin rannekelloa ja sitten lyijykynää ja kysytään mitä ne ovat. Jos vastaus on kello tai kynä, voidaan kysyä tarkentava kysymys, mikä kynä ja mikä kello. Lauseen toistaminen, lukeminen, kirjoittaminen ja piirtäminen vaikeutuvat dementoivissa sairauksissa. Lukemisella tarkistetaan, että testattava osaa lukea ja myös ymmärtää lukemansa. Kirjoittamisessa lauseen tulee olla kieliopillisesti selkeää suomea, kuten ”tänään on kaunis ilma”, fraaseja ei hyväksytä. Piirtämistä ovat monet harjoitelleet vähemmän elämänsä aikana. Piirtämisen epäonnistuminen kertoo yleensä vaikeuksista hahmottaa kuvioita, mikä on hyvin tavallista mm. Alzheimerin taudissa. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007, 4–6, liite 2.)

Myöhäisiän depressioseula GDS-15, jota käytetään usein asiakkaan sijoitusta mietittäessä päätöstä helpottamaan, on vanhuusiän depressioiden tunnistamiseen tehty testi, jota on tarkoitus käyttää erityisesti terveyskeskuksissa. Testi sopii depressiivisten potilaitten seulontaan ja hoidon seurantaan. Testiin kuuluu 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä tai ei. Seulun tulos on suuntaa antava. Depressiota tulee epäillä, jos testistä saa tuloksena yli 6 pistettä. (Myöhäisiän depressioseula GDS-15, liite 3.)

### 3.3 Rava-indeksin käyttö

Hoidon ja palvelujen suunnittelussa toimintakyvyn arviointi on lähtökohta. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti. Arvioinnin jälkeen on helpompi tehdä konkreettiset ja selkeät hoidon ja palvelun tavoitteet. Rava-

arviointilomake tulee liittää mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, koska siitä voidaan tarkistaa missä toiminnoissa henkilö tarvitsee apua ja mistä selviytyy itse. Jos on tehty myös MMSE ja GDS-15 – testit, ne liitetään myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Näiden lisäksi voidaan tutkia muita toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Rava-indeksiin ei sisälly osia, jotka toisivat esille muita vanhuksen avun tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat mm. sairaudet, yksin asuminen, puutteelliset asuinolosuhteet sekä omaisten ja muiden tukihenkilöiden puute. Rava-indeksissä ei tule esiin myöskään yleinen turvattomuuden tunne. Kun Rava-indeksin lisäksi huomioidaan muita avuntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä, saadaan kattava arvio vanhuksen palvelutarpeesta. Rava-indeksiä voidaan käyttää sekä avo- että laitoshoidossa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 77.)

Taulukossa 1. on luokiteltu asiakkaiden avun tarve Rava-luokan perusteella Suomen Kuntaliiton viitearvojen mukaisesti.

Taulukko 1: RAVA-luokitus (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011–2012.)

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



Rava-luokkien mukaan hoitosuositus satunnaiselle avuntarpeelle on, että asiakas asuu kotona yksin tai omaisen avulla. Satunnainen tarve tarkoittaa sitä, että kotihoito käy asiakkaan luona esimerkiksi kahden viikon välein jakamassa lääkkeitä tai kerran viikossa avustamassa hygienianhoidossa eikä asiakas tarvitse muuta apua. Rava-luokka 2 tarkoittaa asumista kotona kotihoidon avulla tai erityistilanteissa tuettua palveluasumista. Tällöin kotihoito käy asiakkaan luona kerran tai kahdesti päivässä. Rava-luokka 3 tarkoittaa tehostettua kotihoitoa tai tehostettua palveluasumista, jolloin kotihoito käy kolme kertaa päivässä tai useammin tai asiakas on sijoitettuna palveluasumisen piiriin. Luokka 4 vaatii tehostetun palveluasumisen tai vanhainkodin paikan tai tehostetun kotihoidon maksimikäynnein ja -palveluin. Rava-luokka 5 vaatii vanhainkotipaikan, terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon tai tehostetun kotihoidon. Kaikkein raskain Rava-luokka 6 vaatii terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon, vanhainkotipaikan tai tehostetun kotihoidon. Joskus asiakkaat haluavat asua kotonaan maksimikotihoitopalveluiden turvin, vaikka he olisivatkin laitoshoidon tarpeessa. (Valtonen 2002, 13.)

Rava-lomakkeessa asumismuoto vaihtoehtoina ovat koti, tavallinen palvelutalo, tehostettu palvelutalo, vanhainkoti ja hoiva/pitkäaikaissairaala. Tässä kodilla tarkoitetaan henkilön asumista omassa kodissa, kuten vuokra-asunnossa, vanhusten vuokratalossa tai omistusasunnossa. Palvelutaloissa, joissa on tuettua asumista, henkilökunta ei ole paikalla ympäri vuorokauden. Niissä asukas saa tarvitessaan palveluja ammattihenkilöiltä päivittäiseen selviytymiseen. Rava-lomakkeella tällaisista palvelutaloista käytetään käsitettä tavallinen palvelutalo. Tällaisissa laitoksissa tarjotaan asumista ja palveluja palvelukokonaisuuksina. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Näissä asukas saa tarvitessaan ammattihenkilöiltä palveluja jokapäiväiseen selviytymiseen. Vanhainkodeissa asukkaat asuvat lyhyt- tai pitkäaikaishoidossa. (FCG 2013, 2.)

Kotihoidossa satunnainen hoito tarkoittaa kotihoitoa, joka tapahtuu satunnaisesti, mutta kuitenkin säännöllisesti, erikseen määritellyin käyntikerroin. Käyntejä voi olla vain kerran viikossa tai sitten maksimissaan 3 kertaa päivässä, jolloin puhutaan tehostetusta kotihoidosta. Joskus käyntejä joudutaan lisäämään asiakkaan

tarpeiden vuoksi vielä tästäkin, kun esimerkiksi paikkoja palvelutalossa ei ole tarjolla. (FCG 2013, 2–3.)

### 3.4 Rava-toimintakykymittarin käyttö

Rava-toimintakykymittarin käyttö edellyttää, että arviointia tekevä henkilö on huolellisesti perehtynyt mittarin ja kyseisen ohjelman käyttöön. Tämän vuoksi kaikkien Rava-mittaria käyttävien on osallistuttava Rava-koulutukseen, jonka jälkeen he saavat henkilökohtaiset tunnukset Ravatar-ohjelmaan. Jokainen käyttäjä vastaa aina henkilökohtaisesti omilla tunnuksilla tekemästään arvioinnista ja arvioinnin yhteyteen tulee näkyviin arvioinnin tekijän nimi. (FCG 2011, 6.) Voutilaisen ja Vaaraman (2005) tekemän raportin mukaan Rava-toimintakykymittaria käytettiin 2005 vuonna mittareista kaikkein eniten. Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi olla aina kaksi tekijää, joista toisen tulisi olla se hoitaja, joka parhaiten tuntee asiakkaan. Tällöin arviointiin ei vaikuta liikaa yhden ihmisen henkilökohtainen mielipide.

Rava-mittarilla arvioidaan vanhuksen toimintakykyä ja avuntarvetta. Se sijoittuu päivittäisten perustoimintojen ja välinetoimintojen alueelle. Mittari koostuu 12 kysymyksestä, joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. Rava-mittarin käyttö on lisenssipohjaista ja vaatii koulutuksen. (FCG 2011.)

Oivassa koti- ja asumispalvelujen Ravatar-ohjelman käyttöön koulutettu henkilökunta tekee arvioinnit, jotka tallennetaan poikkileikkauspäivän tietoihin. Poikkileikkaus-tutkimus tehdään toukokuussa ja marraskuussa, mutta pääpaino on kevään tutkimuksella, jonka tiedoista työmme tehdään. Uusista asiakkaista Rava-indeksiarvo lasketaan heidän tullessaan palveluiden piiriin. Tarvittaessa voidaan SAS-työryhmää varten tehdä uusi arvio ja samoin uusi arvio tarvitaan asiakkaan voinnin muuttuessa.

Rava-mittarilla voidaan määritellä yksittäisen asiakkaan, vanhuksen tai potilaan avuntarve ja toimintakyky, suunnitella ja arvioida hoidon, hoivan ja palvelun tarve sekä seurata mahdollisia muutoksia. Sillä on myös mahdollista todentaa ja perustella palveluun tai hoitoon liittyviä perusteluja ja valintoja. (Valtonen 2002, 6.)

Rava-mittarilla voidaan tehdä vertailuja osastojen, tiimien ja yksiköiden välillä ja sillä voidaan vahvistaa johtamista. Rava-mittaria voidaan käyttää myös apuvälineenä arvioitaessa henkilötarvetta sekä resurssisuunnittelua ja kustannuksia sekä asiakas- ja palvelumaksuja määriteltäessä. Rava-mittarin avulla määritellään omaishoidon tuen määrää sekä arvioidaan ja päätetään palvelut. Sitä käytetään myös palvelurakenteen arvioinnissa ja ohjauksessa. Kunnan ja valtakunnan tasolla sitä voidaan käyttää omaishoidon tuen määrittämisessä, palveluiden arvioinnissa, päätöksenteossa ja valtakunnallisissa poikkileikkaustutkimuksissa. Vuonna 2010 mittaria käytettiin noin 270 kunnassa. Myös seudullisissa hankkeissa, ikääntyvien palveluverkkoselvityksissä ja erilaisissa projekteissa hyödynnetään mittaria. (FCG 2011, 1.)

### 3.5 Rava-toimintakykymittarin sisältö

Mittarilla mitataan perusarvoja kuten: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, ruokailu, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. Rava-mittaria voidaan käyttää työvälineenä sekä avo- että laitoshoidossa. Mittarilla pystytään arvioimaan vanhuksen toimintakykyä ja siten avun, kuntoutuksen ja palvelun tarvetta. Rava-arvo nousee selvimmin, kun ihmisen kyky liikkua, syödä, peseytyä ja pukeutua laskee. (Valtonen 2002, 10.)

Rava-lomakkeen alussa kysytään perustaustatietoja: nimi, henkilötunnus, kotikunta, asumismuoto, kotipalvelutunnit ja –kerrat kuukaudessa, kotihoidon palvelumääriä joko tunteina tai käynteinä ja saako asiakas omaishoidon tukea. Omaishoidontuki Rava-ohjelmassa tarkoittaa henkilöä, jolla on kunnan kanssa sopimus omaishoidon tuesta. Asumismuotoja ovat koti, tuettu/tehostettu palvelutalo, vanhainkoti, hoiva/pitkäaikaissairaala ja kotihoito. Nämä asiat, kuten myös hoitoisuus, joka tarkoittaa hoitajan omaa tuntemusta, omaa subjektiivista kokemusta kyseisen asiakkaan hoidon helppoudesta tai raskaudesta toimintakyvystä riippumatta, eivät vaikuta Rava-indeksin arvoon. Näiden tietojen jälkeen aletaan arvioida henkilön toimintakykyä ja avuntarvetta. (FCG 2011, 1–3.)

Toimintakyvyn kohdalla mitataan näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, rakon toimintaa, suolen toimintaa, syömistä, lääkkeiden ottoa, pukeutumisesta, peseytymisestä sekä muistia ja psyykeä. Useimmissa kohdissa vaihtoehdot ovat

kolmiportaiset, liikkumisessa vaihtoehtoina ovat normaali, epävarma, telinekävelijä, itsenäinen pyörätuolilla, talutettava, kaatuileva, nostettava pyörätuoliin ja vuodepotilas. Vaihtoehtoisissa on lisäksi muutama selventävä vaihtoehto kuten talutettavassa: tarvitsee liikkumisessa avustajan, ei pysty turvallisesti liikkumaan yksin apuvälinein, talutettava tai ei löydä kohteita, esimerkiksi dementoitunut tai sokea, joka liikkuu, mutta ei osaa mennä esim. huoneeseensa. (Valtonen 2002, 16–18.)

### 3.6 Rava-lomakkeen tietojen tallentaminen

Ravatar-ohjelman tallentaminen on vuoden 2007 alusta lähtien tapahtunut internetin välityksellä yhteen valtakunnalliseen tietokantaan. Ohjelmaan kirjaututaan omilla tunnuksilla osoitteessa [www.ravatar.fi](http://www.ravatar.fi). Koska sovellus vaatii tietojen tallentamisen henkilötunnuksella, käytössä on selaimen ja palvelimen välillä SSL-suojattu http-yhteys, jossa henkilötunnukset säilytetään salattuina ja erillään muusta arvioinnista. Tällä sovelluksella voidaan tuottaa erilaisia raportteja Rava-indekseistä ja hoitoisuuksista asumismuodoittain, alueittain, aluekoodeittain ja palvelutuottajakoodeittain. Tiedot voidaan myös siirtää esimerkiksi SPSS ohjelmaan tilastollista analyysia varten. Rava-toimintakykymittarin käyttö edellyttää aina lisenssin hankkimista FCG:lta. (FCG 2013, 4-5.)

Rava-lomake voidaan tallennettaessa määritellä niin, että se kuuluu tiettyyn poikkileikkaustutkimukseen. Yhdeltä asiakkaalta voi yhteen tutkimukseen merkitä vain yhden lomakkeen. Lisäksi poikkileikkaustutkimuksilla on aina voimassa-oloaika, mikä tarkoittaa, että lomakkeelle voi valita vain sellaisen poikkileikkaustutkimuksen päivämäärän, joka on parhaillaan käynnissä. Lomakkeessa kysytään myös onko lomake kesken vai valmis. Keskeneräisiä lomakkeita ei käytetä raportoinnissa eikä niille myöskään lasketa Rava-indeksiä. Lomakkeen voi merkitä valmiiksi, kun siinä on asiakkaan nimi, henkilötunnus, kotikunta sekä asumismuoto ja kaikkiin kysymyksiin on vastattu. Tiedot on myös muistettava tallentaa klikkaamalla tallenna painiketta. (FCG 2013, 9–10.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyössämme kuvaamme Rava-indeksin kehitystä vuosien 2010–2012 välisenä aikana. Työmme tulee antamaan tietoa Oivan vanhusten hoidosta päättävillä henkilöillä vanhusten hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Sen avulla voidaan miettiä myös hoitajien lisäresursointitarvetta. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata vanhusten toimintakykyä Rava-indeksin avulla ja sen muuttumista vuosien aikana Oivan eri yksiköissä. Tavoitteena on kuvailla myös kuinka toimintakykyindeksit jakautuvat yksiköittäin eri kunnissa.

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Vanhustenhoidossa Suomessa on menossa palvelurakenteen muutosvaihe, jota säätelee uusi heinäkuun alussa voimaan tuleva vanhuspalvelulaki sekä tuleva kuntauudistus. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa Oivan koti- ja asumispalveluihin suunniteltaessa vanhustenhoitoon liittyviä palveluita sekä vanhustenhoidossa työskentelevien resurssitarpeesta päätettäessä. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata vanhusten toimintakykyä Rava-indeksin avulla sekä sen muuttumista Oivan eri yksiköissä vuosien 2010–2012 aikana yksiköittäin ja kunnittain.

### 4.2 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

Oivan koti- ja asumispalvelujen päälliköiden kanssa käymissämme keskusteluissa opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiksi muotoutuivat seuraavanlaiset ydinkysymykset:

1. Miten vanhusten toimintakykyindeksi on kehittynyt vuosina 2010–2012 Peruspalvelukeskus Oivassa?
2. Kuinka toimintakykyindeksit jakautuvat yksiköittäin eri kunnissa?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN

Haimme tutkimuslupaa Oivan uudelta johtajalta. Luvan saatuamme saimme laajennetut oikeudet Ravatar-ohjelmaan. Ravatar-ohjelmasta keräsimme tarvitsemamme tiedot opinnäytetyömme tekemiseen. Työssämme käytimme Oivan poikkileikkauspäivien tutkimusaineistoa vuosilta 2010 - 2012. Valmis aineisto käsiteltiin Excel-ohjelman avulla esitettävään muotoon. Käytimme pylväsdiagrammeja ja minimi-maksimi-taulukoita. Saamamme aineisto ei sisältänyt henkilötietoja, joista yksittäiset henkilöt olisi voinut tunnistaa. Kävimme aluksi aineiston läpi poistaen sieltä vaillinaisesti tallennetut tiedot.

### 5.1 Oivan koti- ja asumispalvelut

Toteutimme tutkimuksemme Oivan koti- ja asumispalvelujen tulosalueen yksiköiden tallentamien Rava-indeksitietojen pohjalta. Oivan koti- ja asumispalvelujen toimintaa ohjaavat arvot ovat eettisyys, asiakaslähtöisyys, ammatillisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja taloudellisuus.

Oivan alueen koti- ja asumispalveluissa turvataan vanhusten kotona asuminen mahdollisimman pitkään järjestämällä tarkoituksenmukaiset tuki- ja kotihoitopalvelut. Tulosalueella toteutetaan myös laadukasta, tuettua ja tehostettua palveluasumista, vanhainkotihoitoa ja dementiahoitoa. Palvelut tuotetaan omana toimintana tai ostopalveluina.

Asikkalassa on kotihoidon kolmen tiimin lisäksi Oltermannin palvelukeskus, jossa on tuettua ja tehostettua palveluasumista sekä Mäntyrinne 1 ja 2, joissa on tehostetun palveluasumisen paikkoja. Vuonna 2012 Asikkalassa on avattu Mäntyrinne 3, joka ei kuulu tutkimuksemme piiriin. Hollolassa on kotihoitotiimejä neljä, joiden lisäksi palveluasumista järjestetään tuettuna Aamuvirkussa ja Hopeakuudessa ja tehostettuna Helläkodissa, Mäntykodossa sekä Pyhäniemen vanhainkodissa. Pyhäniemen vanhainkodin toinen osasto muuttui 2011 Kuusikodoksi. Hämeenkoskella on kotihoidon lisäksi vanhainkoti, joka muuttui 2012 hoivakodiksi. Tehostettua palveluasumista on toteutettu 2012 alkaen Koivukodossa. Kärkölässä on kahden kotihoitotiimin lisäksi vanhainkoti, jossa on kaksi osastoa.

Padasjoella kotihoidon lisäksi on tuettua palveluasumista Visapuiston palveluasumisessa ja tehostettua palveluasumista on Visapuiston lisäksi Pihlajakodissa.

## 5.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyötämme varten kävimme Fellmanniassa tiedonhakuklinikalla 8.11.2012 saamassa ohjausta sähköisiin tiedonhakumenetelmiin. Käytimme vapaasanahakua Googlessa ja Google Scholarissa sekä Nelli-tiedonhakuportaalissa, josta löytyvät myös lehtitietokannat. Hakusanoina käytimme sanoja: RAVA-mittari, toimintakyky, asumispalvelut, kotihoito, ikääntyminen ja vanhuksset. Valitsimme teoria-aineistoon mahdollisimman tuoreet lähteet. Kirjamuodossa olevaa Rava-toimintakykymittari-ohjekirjaa ei ollut saatavilla uudempaa kuin vuodelta 2002. Ikääntyvien toimintakyvystä löytyi paljon tuoreita aineistoja, joista otimme mukaan Ravaan liittyviä aineistoja. Itse Ravaan liittyvä aineisto oli vähäistä ja osittain liittyi aikaisempaan Ravaan, jota ei enää käytetä. Ravatar-ohjelman sivuilla on päivitetty ohjelmalisenssin omistavan FCG:n ohjeistus, jota myös käytimme työssämme lähteenä. Asiasanat tarkistimme YSA:n eli suomalaisen asiasanaston tietokannasta.

## 5.3 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmiä koskeva osaaminen on kehittynyt ja monipuolistunut vuosien saatossa. Tutkimustietoa tuotetaan nykyisin monin eri tavoin esimerkiksi kyselyin, haastatteluin ja havainnoimalla. Tutkimuksemme on kvantitatiivinen, aineiston käsittäessä valmiita Ravatar-ohjelmaan tallennettuja Rava-indeksilukuja vuosien 2010–2012 ajalta Oivan koti- ja asumispalveluissa. Heikkilän mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen, jota voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi, avulla selvitetään mm. lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tulokset voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin.

Tutkimuksemme on pitkittäistutkimus, koska aineisto on useamman kerran kerätty ja tutkimusilmiö on säilynyt samana. Tarkastelemme ilmiötä takautuvasti eli retrospektiivisesti. Aineistomme on sekundaariaineisto eli opinnäyte-työssämme käyttämämme aineisto on toisten tallentamaa rekisteritietoa.

Kankkusen ym. (2009) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys

on olemassa olevan tiedon vahvistaminen eikä uuden tiedon löytäminen tai teorian kehittäminen. Tutkimuksessamme kuvailemme Rava-indeksiarvojen keskiarvoja kyseisinä vuosina. Havaintojen määrä tutkimuksessamme on N 1690. (Heikkilä 2005, 16; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–42, 49, 86.)

Tiedonintressi tutkimuksessamme on saavuttaa numeraalista tietoa, joten tutkimusmenetelmäksi valikoitui määrällinen tutkimus. Tutkimuksessamme kuvaillaan Rava-indeksiarvojen keskiarvojen muuttumista tutkimusvuosien aikana. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin miten paljon eli paljonko indeksiarvot ovat muuttuneet tutkimusvuosien aikana. (Vilka 2005, 49–53.)

#### 5.4 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusluvan työtämme varten saimme helmikuussa 2013 Oivan uudelta johtajalta. Tutkimustamme varten saimme valmiin aineiston Ravatar-ohjelmistosta saatuamme laajemmat käyttöoikeudet kuin tavallinen loppukäyttäjä. Ravatar-ohjelmasta haimme indeksiarvotiedot poikkileikkaus-tutkimukset kohdasta, koska niihin ei ole tallennettu asiakkaiden nimi- ja henkilötunnus tietoja. Aluksi poistimme kaikki vaillinaisesti tallennetut tiedot, joita emme voineet käyttää työssämme. Monesta puuttui kunnan lisäksi meille tärkeä tieto: asuinyksikkö. Alun perin työmme piti olla Rava-indeksiarvojen kuvailu viiden Oivan vuoden ajalta, mutta kahden ensimmäisen vuoden Rava-tallennuksista puuttui paljon asuinyksikkö-tietoja. Keskusteltuamme koti- ja asumispalvelujen päällikön kanssa päädyimme hänen suosituksesta jättämään kaksi ensimmäistä vuotta pois näiden tallennusvirheiden vuoksi.

Tiedot eivät sisältäneet henkilötunnuksia tai nimiä, vain asuinkunnan ja tiedon asumispaikasta kuten koti tai palveluasunnon nimi. Tutkimuksemme ulkopuolelle jäivät omaishoidettavat sekä Oivan kuntien vuodeosastot.

#### 5.5 Tutkimusaineiston analyysi

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus, jossa aineisto analysoidaan asiakkaiden Rava-indeksiarvojen keskiarvoja kuvailemalla pylväsdiagrammeilla



sekä taulukoimalla Rava-arvojen minimi- ja maksimiarvot Oivan alueen koti- ja asumispalveluissa vuosina 2010–2012. Rekisteriaineisto oli tallennettuna Excel-muotoon, joten käytimme samaa ohjelmaa tietoja havainnollistaessamme.

Valitsimme tutkimukseemme Rava-indeksiarvojen keskiarvot ja minimi- ja maksimiarvot. Keskiarvo ovat tutkimuksissa yksi käytetyimmistä keskiluvuista sen tuttuuden ja helpon tulkinnan vuoksi. Tutkimuksessamme keskiarvo kuvaa sitä, minkä kuntoisia vanhukset keskimäärin ovat. Aikaisemmin Hollolassa on tehty tutkimus sosiaalialan tutkimus Rava-indeksiluvuista. Siinä käytettiin myös keskiarvoja, joten valitsimme keskiarvon nähdäksemme kuinka paljon indeksi-arvot ovat muuttuneet. Lisäksi mielestämme minimi- ja maksimiarvot antavat tutkimuksellemme lisätietoa aineistossa käytetyistä tiedoista. Minimi ja maksimiarvot antavat kuvaa vanhusten hoitoisuuden ääripäistä, missä minimi-arvon saaneet vanhukset ovat osittain omatoimisia ja pärjäävät vielä kotona kotihoidon turvin kun taas maksimi-arvon saaneet vanhukset ovat täysin autettavia ja näin joko kotona maksimi kotihoidon turvin asuvia tai asuvat tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 72.)

Päivärinnan ja Haverisen (2002) Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – oppaan mukaan RAVA-indeksiä voidaan hyvin käyttää hoitoyksikköjen vertailuun. Vertailussa yksikön asiakkaiden RAVA-indeksin keskiarvo osoittaa sen, kuinka vaikeahoitoisia asukkaat ovat. Keskiarvoja vertailemalla voidaan sitten todeta, onko vanhukset sijoitettu hoitoyksiköihin tarkoituksenmukaisesti niin, että hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan riittävällä henkilöstömäärällä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 77.)

Aineiston analyysi perustuu asiakasmäärien keskiarvojen sekä minimi- ja maksimiarvojen kuvailuun kunnittain eri hoitolaitoksissa sekä kotihoidossa. Keskiarvojen sekä minimi-maksimi-arvojen lisäksi käytimme Kuntaliiton omistaman Rava-ohjeistuksen hoitoisuusluokitusta. Tulokset esitämme Rava-indeksin keskiarvo-pylväskuvioina sekä minimi–maksimi- taulukoina.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan hyvä kuvio kertoo enemmän kuin tuhat sanaa tai suuri joukko numeroita. Tietoa voidaan havainnollistaa ja

painottaa käyrillä, pylväillä ja piirroksilla. Kuviot ovat tarpeellisia silloin, kun ne täydentävät tekstiä tai vähentävät pitkäväteistä pohdintaa ja välittävät informaatiota. Valitsimme opinnäytetyöhömmme pylväsdiagrammit, koska ne mielestämme kuvaavat parhaiten Rava-indeksiarvojen keskiarvojen muuttumista tutkimusvuosien aikana. Kuvion Y-akselilla on Rava-indeksiarvot ja X-akselilla tutkimuksessamme mukana olleet Oivan yksiköt. (Hirsjärvi ym. 2007, 311–312.)

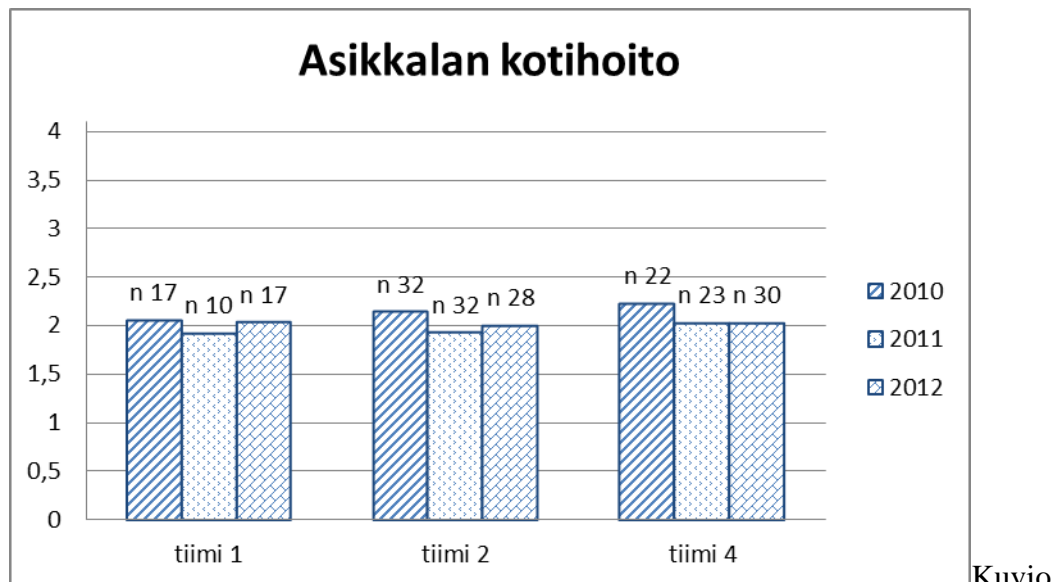
Ensimmäisen vuoden Rava-indeksitiedoista jouduttiin poistamaan tietoja lähes 10 prosenttia asuinpaikan tietojen puuttuessa, koska emme voineet luotettavasti kohdentaa tietoja oikeaan yksikköön. Kahden viimeisen vuoden tiedot saatiin mukaan noin 99 %, eli tiedot oli todennäköisesti opittu tallentamaan oikein.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET KUNNITTAIN

Tutkimuksemme otettiin vuosien 2010–2012 Rava-poikkileikkaustutkimusten indeksiluvut koti- ja asumispalveluiden osalta. Tutkimukseen otettiin N 1690 havaintoa. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät vaillinaisesti ohjelmaan tallennetut indeksiluvut. Rava-lomakkeiden tallennusvirheiden takia tulokset eivät ole kaikilta osin kuvailtavissa oikein.

### 6.1 Asikkala

Asikkalan kotihoidossa havaintojen määrä on tiimi 1 ja tiimi 4 osalta vaihdellut hieman ollen esimerkiksi tiimissä 1 vuosina 2010 ja 2012 17, mutta vuonna 2011 vain 10. Tiimi 4:n kohdalla havaintojen määrä vuonna 2012 on ollut seitsemän havaintoa enemmän kuin edellisellä vuonna. Asikkalan kotihoidossa vuonna 2010 on hoitoisuus ollut suunnilleen samalla tasolla kuin vuosina 2011 - 2012. Rava-indeksi-arvojen keskiarvot on tutkittavien vuosien aikana ollut suunnilleen samalla tasolla, joka on tuetun ja valvotun hoidon tasolla eli Rava-luokat 2 ja 3. (Kuvio 1.)



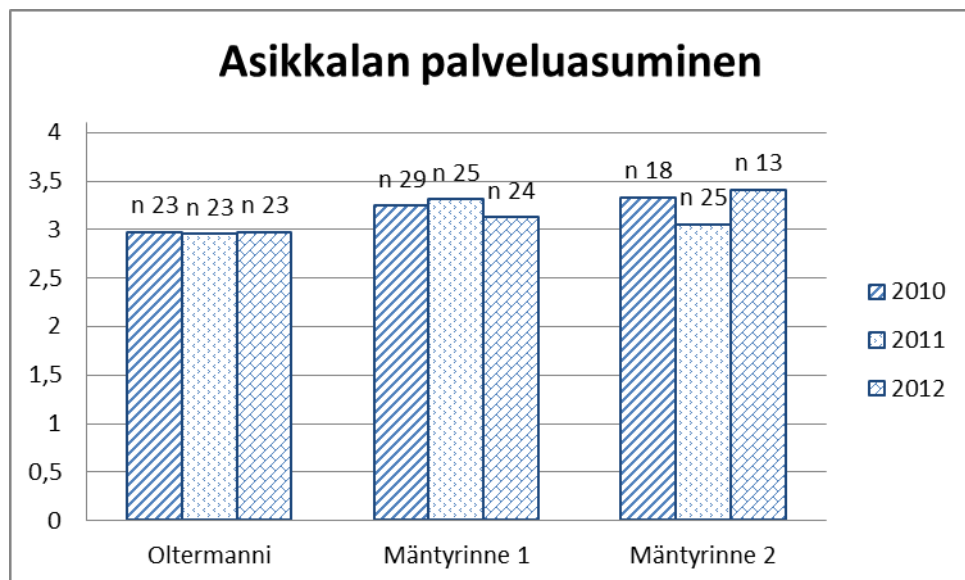
1. Asikkalan kotihoidon Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

Asikkalan kotihoidon Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvoissa ei ole kolmen opinnäytetyöhömmen sisältyvän vuoden aikana ollut suuria eroavaisuuksia tiimien tai vuosien välillä. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Asikkalan kotihoidon Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot

	Asikkalan kotihoito								
	Tiimi 1			Tiimi 2			Tiimi 4		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	<b>3,72</b>	<b>3,44</b>	<b>2,93</b>	<b>3,61</b>	<b>2,98</b>	<b>3,28</b>	<b>3,37</b>	<b>3,64</b>	<b>3,29</b>
<b>minimi</b>	<b>1,42</b>	<b>1,42</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>	<b>1,34</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>

Myös Asikkalan palveluasumisessa Rava-arvojen keskiarvot ovat pysyneet valvotun ja tehostetun hoidon alueella Rava-luokissa 4 ja 5. Oltermannin kohdalla on huomioitava, että osa asukaspaikoista on tuettua palveluasumista, jolloin Rava-indeksi on tästä syystä matalampi. Tallennetuissa tiedoissa ei tuetun ja tehostetun palveluasumisen eroa näe. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Asikkalan palveluasumisen Rava-indeksiarvojen keskiarvot

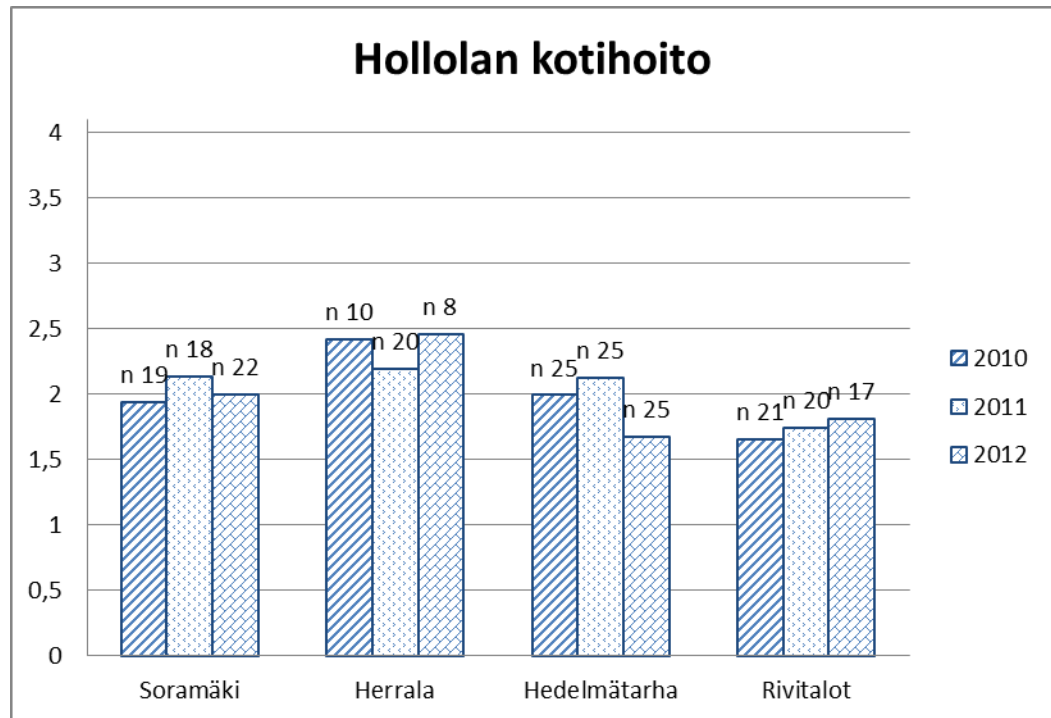
Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot ovat Asikkalan palveluasumisessa olleet korkeimmat mahdolliset ja minimiarvot ovat vähäisessä nousussa vuosien 2010–2012 välisenä aikana. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Asikkalan palveluasumisen Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot

		Asikkalan palveluasuminen								
		Oltermanni			Mäntyrinne 1			Mäntyrinne 2		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		<b>4,03</b>	<b>3,67</b>	<b>3,92</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>3,92</b>
<b>minimi</b>		<b>1,78</b>	<b>1,81</b>	<b>1,84</b>	<b>1,81</b>	<b>1,42</b>	<b>1,75</b>	<b>2,01</b>	<b>1,42</b>	<b>2,89</b>

## 6.2 Hollola

Hollolan kotihoidossa Rava-indeksien keskiarvot ovat pysyneet keskimääräisesti lähes samalla tuetun ja valvotun hoidon tasolla eli Rava-luokissa 2 ja 3. Nousut ja laskut ovat olleet suhteellisen pieniä. Tiimien välillä Rava-indeksiarvojen keskiarvot ovat osalla nousseet, osalla hieman laskeneet. Havaintojen määrässä suurin ero on Herralan tiimissä, jossa havainnot ovat 10, 20 ja kahdeksan. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Hollolan kotihoidon Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

Hollolan kotihoidossa hoidossa olevien Rava-arvot ovat maksimiarvoja tarkastellessa korkeimmat Herralan tiimissä. Matalimmat arvot ovat olleet Rivitalojen tiimissä, ollen viime vuonna selkeässä nousussa. Kaikissa tiimeissä on kolmen tarkasteltavan vuoden aikana hoidettu paria poikkeusta lukuun ottamatta myös asiakkaita, joilla Rava-arvo on ollut alinta tasoa, joka tarkoittaa satunnaisen avun tarvetta eli Rava-luokkaa 1, ylimmän Rava-luokan ollessa 3–6. (Taulukko 4.)

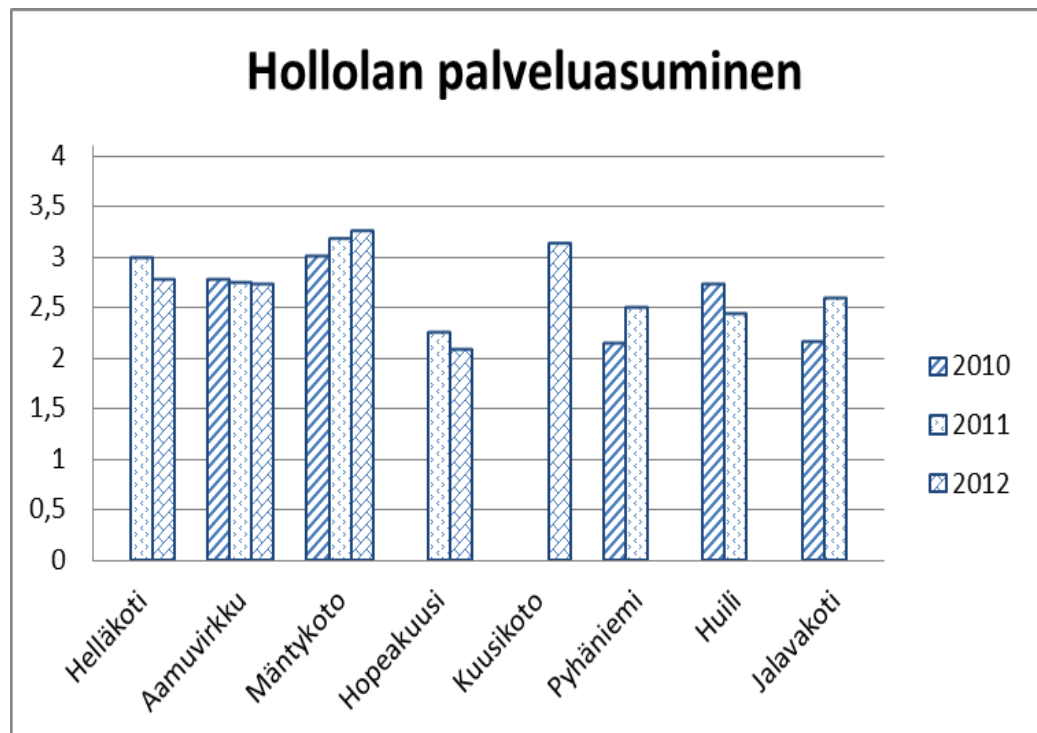
Taulukko 4. Hollolan kotihoidon Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot

Hollolan kotihoito						
Soramäki			Herrala			
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	3,44	3,42	3,44	4,03	4,03	4,03
<b>minimi</b>	1,29	1,29	1,29	1,42	1,29	1,29

Hedelmätarha			Rivitalot			
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	3,17	3,47	2,45	2,93	2,76	2,65
<b>minimi</b>	1,29	1,29	1,29	1,29	1,29	1,42

Hollolan palveluasumisessa Rava-indeksikeskiarvojen kuvailu on hankalaa, koska tallennusvirheitä oli paljon ja yksiköt ovat muuttuneet vuosien 2010–2012 aikana. Kaikki asumisyksiköiden Rava-arvojen keskiarvot ovat valvotun tai tehostetun hoidon tasolla eli Rava-luokissa 3–5. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hollolan palveluasuminen Rava-indeksiarvojen keskiarvot

Hollolan palveluasumisen havaintomäärät olivat Helläkodin osalta 14 vuonna 2011 ja 13 vuonna 2012. Havaintomäärät Aamuvirkun kohdalla olivat 10 vuonna 2010, seitsemän vuonna 2011 ja 10 havaintoa vuonna 2012. Samoilta vuosilta Mäntykodon havainnot olivat 15, 17 ja 15. Hopeakuusen havaintomäärät olivat sekä vuonna 2011 että vuonna 2012 12 kappaletta. Pyhäniemen havainnot olivat 12 vuonna 2010 ja viisi havaintoa 2011. Kuusikodon havainnot vuodelta 2012 oli 23 kappaletta. Huilin havainnot olivat 12 vuodelta 2012 ja 10 kappaletta vuodelta 2011. Jalavakodin havainnot samoilta vuosilta olivat viisi ja seitsemän kappaletta.

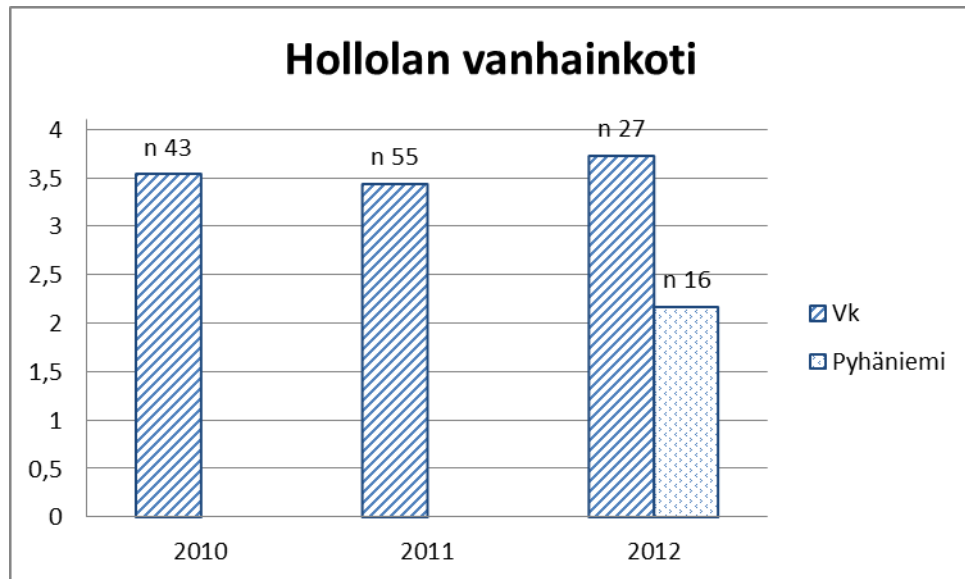
Tarkasteltaessa Hollolan palveluasumisen Rava-arvojen maksimiarvoja huomataan niiden olevan nousussa tai maksimi-tasolla. Myös minimiarvot ovat suurimmassa osassa palveluasumisen toimipisteitä noususuuntaisia. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Hollolan palveluasumisen Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot

Hollolan palveluasuminen									
Helläkoti			Aamuvirkku			Mäntykoto			
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		3,16	3,29	3,49	3,49	3,61	3,65	3,65	3,76
<b>minimi</b>		1,55	1,55	2,01	2,01	1,29	1,88	2,14	2,86
Hopeakuusi			Kuusikoto			Pyhäniemi			
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		2,76	2,77			4,03	3,44	3,31	
<b>minimi</b>		1,29	1,29			1,62	1,29	1,71	
Huili						Jalavakoti			
	2010	2011	2012				2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	4,03	4,03					<b>maksimi</b>	2,86	3,28
<b>minimi</b>	1,41	1,34					<b>minimi</b>	1,29	1,34

Hollolan vanhainkodissa Rava-arvojen keskiarvot ovat melko korkeat, ollen täysin autettavan tasolla eli yli 3,5, joka tarkoittaa Rava-luokkaa 6. Huomioitavaa on lisäksi se, että Pyhäniemen palvelukoti muuttui vanhainkodin osastoksi 2012. (Kuvio 5.)





Kuvio 5. Hollolan vanhainkodin Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

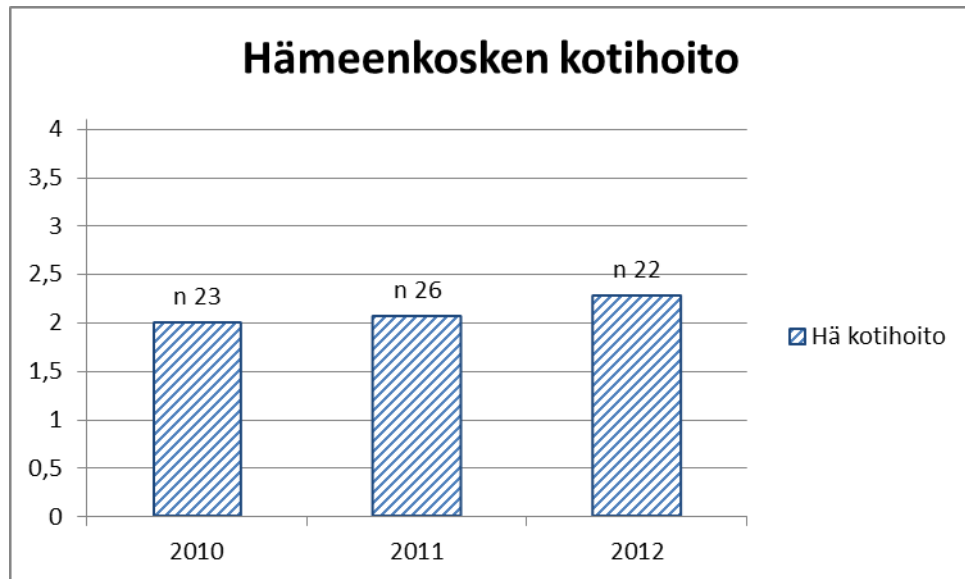
Hollolan vanhainkodissa on kaikkina opinnäytetyössämme mukana olleina vuosina hoidettu korkeimpien Rava-arvon asiakkaita eli Rava-luokkaa 6. Myös Rava-arvojen minimiarvot ovat yhtä lukuun ottamatta vähintään tuetun hoidon tasolla eli Rava-luokkaa 2. (taulukko 6)

Taulukko 6. Hollolan vanhainkodin Rava-indeksi-arvojen maksimi- ja minimiarvot

		Hollolan vanhainkoti					
		Vanhainkoti			Pyhäniemi		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>			<b>3,44</b>
<b>minimi</b>		<b>1,84</b>	<b>1,62</b>	<b>2,59</b>			<b>1,29</b>

### 6.3 Hämeenkoski

Hämeenkosken kotihoidon Rava-arvojen keskiarvot ovat nousseet hieman vuodesta 2010 vuoteen 2012 mennessä. Keskiarvot ovat olleet koko ajan valvotun hoidon tasolla eli Rava-luokassa 3. Havaintojen määrässä on pientä vaihtelua, määrän ollen suurimmillaan vuonna 2011 (26). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Hämeenkosken kotihoidon Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

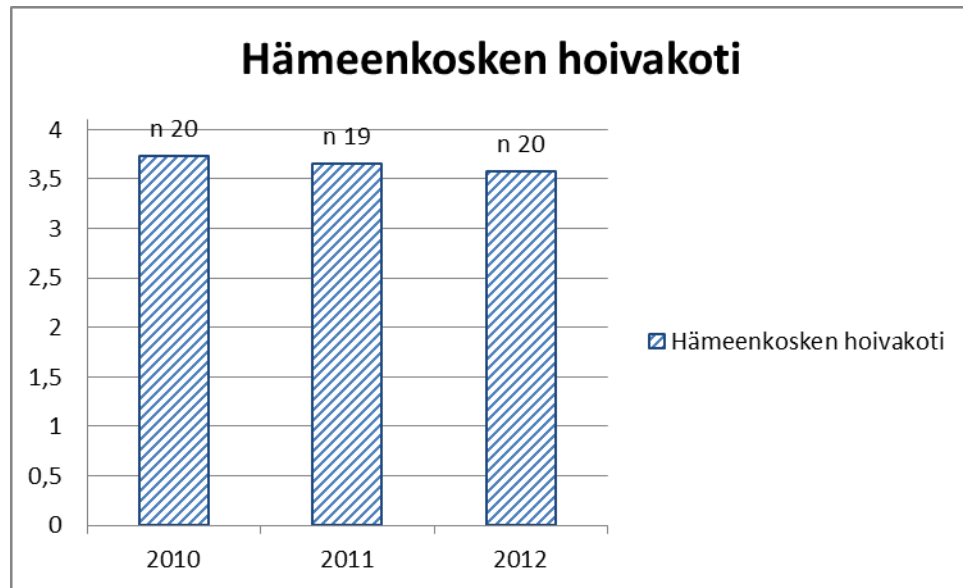
Hämeenkoskella kotihoidossa hoidettavat ovat alimmalla tasollaan satunnaisen tuen tarpeessa olevia, mutta korkeimmalla tasollaan täysin autettavia.

Huomioitavaa maksimi–minimi-arvoissa on se, että niiden taso ei ole noussut samassa suhteessa keskiarvon kanssa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hämeenkosken kotihoidon Rava-indeksi-arvojen maksimi- ja minimiarvot

	Hämeenkosken kotihoito		
	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	<b>3,59</b>	<b>3,56</b>	<b>3,92</b>
<b>minimi</b>	<b>1,42</b>	<b>1,42</b>	<b>1,29</b>

Hämeenkosken hoivakodin asukkaat ovat edelleen täysin autettavia Rava-arvojen keskiarvojen hyvin pienestä laskusta huolimatta. Havaintojen määrä kolmen vuoden osalta on ollut lähes vakio. Hämeenkosken hoivakodin ja Kärkölän vanhainkodin Rava-arvojen keskiarvot viime vuodelta olivat Oivan alueen korkeimmat. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Hämeenkosken hoivakodin Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

Hämeenkosken hoivakodin Rava-arvoissa huomioitavaa on korkea minimiarvo. Vaikka hoitoisuus kahden viimeisen vuoden minimiarvoja katsottaessa on hieman laskenut, hoitoisuus on silti kovin korkea. (Taulukko 8.)

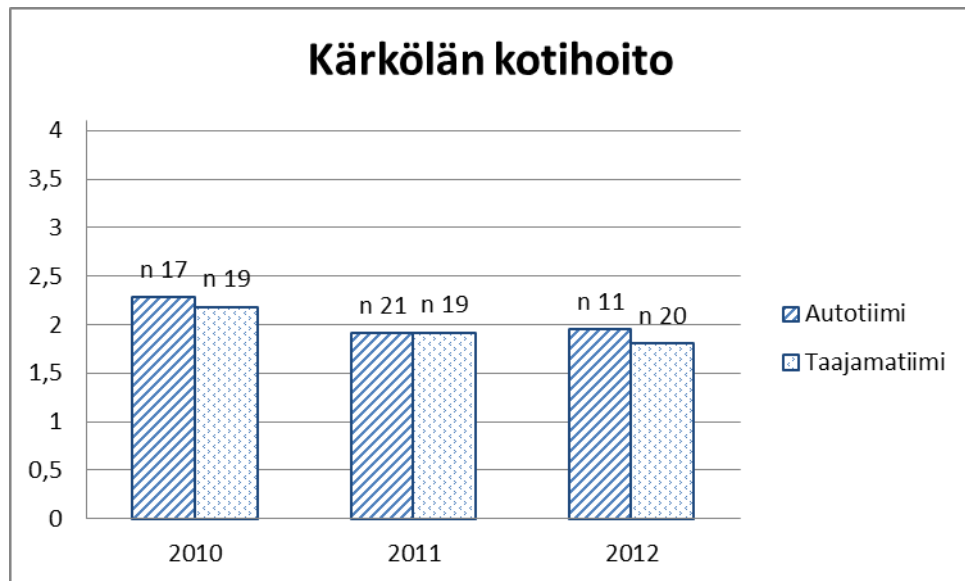
Taulukko 8. Hämeenkosken hoivakodin Rava-indeksi-arvojen maksimi- ja minimiarvot

Hämeenkosken hoivakoti			
	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>
<b>minimi</b>	<b>2,6</b>	<b>3,17</b>	<b>2,72</b>

#### 6.4 Kärkölä

Kärkölän kotihoidon Rava-arvojen keskiarvot ovat kolmen vuoden aikana hieman laskeneet. Havaintojen määrässä on pientä muutosta, joka saattaa myös vaikuttaa

arvoihin. Rava-arvojen keskiarvojen mukaan Kärkölän kotihoiton asiakkaat ovat tuetun ja valvotun hoidon tasolla eli Rava-luokissa 2 ja 3. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Kärkölän kotihoiton Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

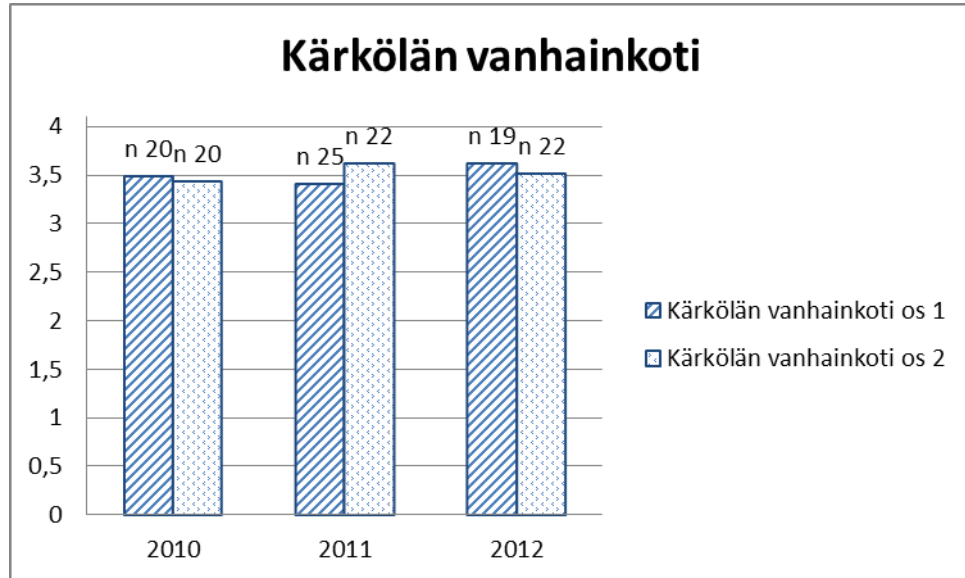
Kärkölän kotihoiton alueella on maksimi- ja minimiarvojen perusteella satunnaisen avun tarpeessa olevia asiakkaita, mutta myös tehostetun hoidon tarpeessa olevia. Molemmissa tiimeissä maksimi- ja minimiarvojen suunta on kahden viimeisen vuoden aikana laskeva. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Kärkölän kotihoiton Rava-indeksi-arvojen maksimi- ja minimiarvot

		Kärkölän kotihoito					
		Autotiimi			Taajamatiimi		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		<b>3,06</b>	<b>3,12</b>	<b>2,69</b>	<b>3,17</b>	<b>2,98</b>	<b>2,93</b>
<b>minimi</b>		<b>1,68</b>	<b>1,34</b>	<b>1,42</b>	<b>1,42</b>	<b>1,29</b>	<b>1,29</b>

Kärkölän vanhainkodin Rava-arvojen keskiarvot eivät ole selkeästi nousseet viimeisen kolmen vuoden aikana. Huomioitavaa on kuitenkin se, että osastojen

väliset arvot ovat muuttuneet päinvastaisiksi. Hoidettavuus on hyvin korkea, ollen täysin autettava eli Rava-luokka 6. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Kärkölän vanhainkodin Rava-indeksiarvojen keskiarvot

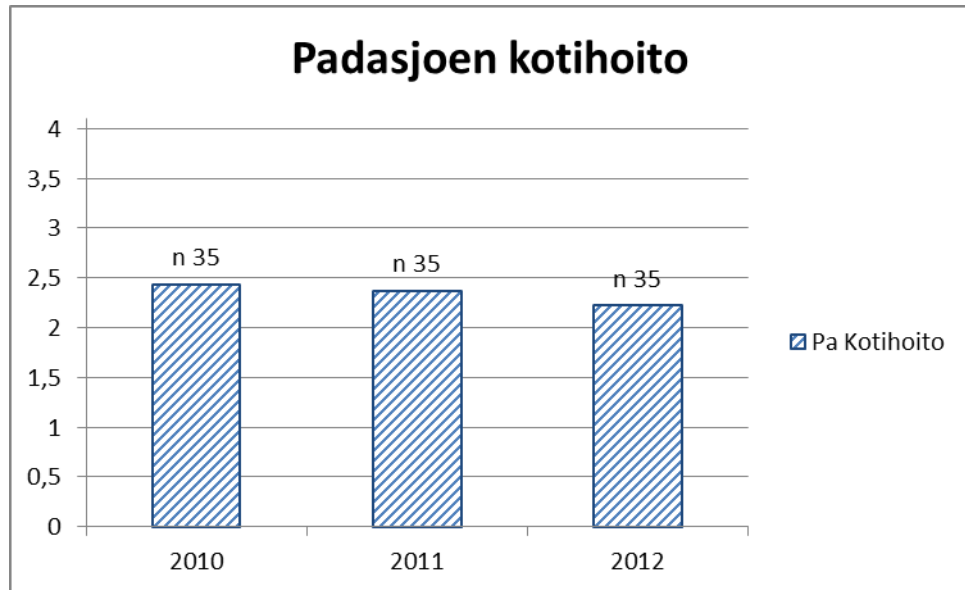
Taulukossa 10 nähdään Kärkölän vanhainkodin Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvojen muutokset. Molemmilla osastoilla hoidetaan täysin autettavia asukkaita, hoidettavista osan ollessa tuetun tai valvotun hoidon tarpeessa eli Rava-luokissa 2 ja 3.

Taulukko 10. Kärkölän vanhainkodin Rava-indeksiarvojen maksimi- ja minimiarvot

		Kärkölän vanhainkoti					
		Osasto 1			Osasto 2		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>	<b>4,03</b>
<b>minimi</b>		<b>2,39</b>	<b>1,55</b>	<b>2,11</b>	<b>2,13</b>	<b>2,51</b>	<b>2,81</b>

## 6.5 Padasjoki

Padasjoen kotihoidossa Rava-arvojen keskiarvot ovat laskeneet viimeisen kolmen vuoden aikana tasaisesti hieman, ollen silti koko ajan valvotun hoidon tasolla eli Rava-luokassa 3. (Kuvio 10.)



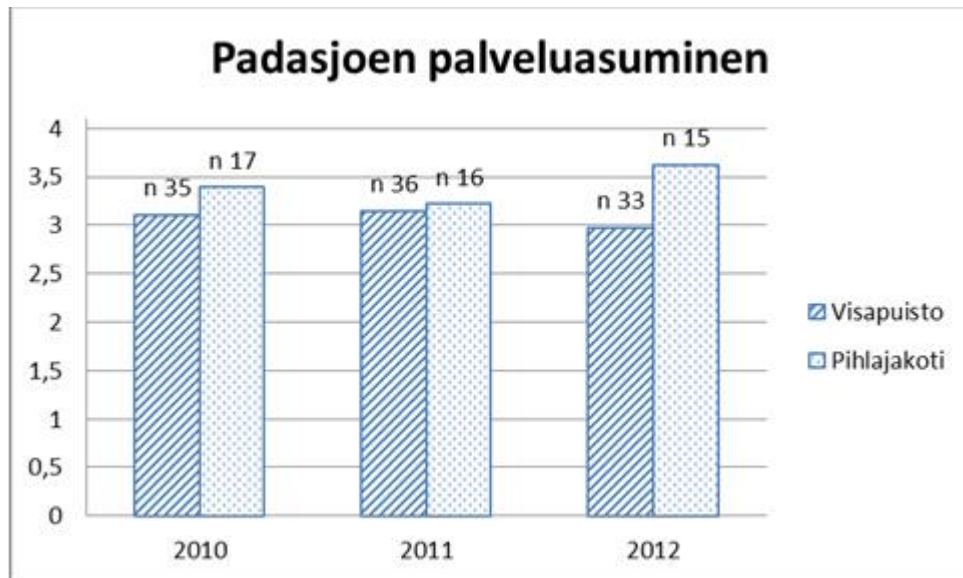
Kuvio 10. Padasjoen kotihoidon Rava-indeksi-arvojen keskiarvot

Maksimi-minimi -arvojen suhteen on nähtävissä pienempi ero kuin keskiarvoissa. Maksimiarvo on viime vuonna hieman laskenut, kun taas minimiarvo on nousussa. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Padasjoen kotihoidon Rava-indeksi-arvojen maksimi- ja minimiarvot

Padasjoen kotihoito			
	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>	<b>3,52</b>	<b>3,53</b>	<b>3,14</b>
<b>minimi</b>	<b>1,42</b>	<b>1,29</b>	<b>1,42</b>

Padasjoella palveluasumisessa Rava-indeksien keskiarvot ovat keskimäärin pienessä nousussa. Hoitoisuusluokka Padasjoella on tehostetun ja täysin autettavan hoidon tasolla eli Rava-luokat 4-6. Pihlajakoti on viime vuonna ollut hoitoisuudeltaan hieman Visapuista raskaampi. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Padasjoen palveluasumisen Rava-indeksiarvojen keskiarvot

Padasjoen palveluasumisen maksimi- ja minimiarvot ovat korkeimmillaan täysin autettavan tasolla ja alimmillaan tuetun hoidon tasolla viime vuoden Pihlajakodin minimiarvoa lukuun ottamatta. Siellä minimiarvo nousi huomattavasti ollen tehostetun hoidon tasoa eli Rava-luokka 5. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Padasjoen palveluasumisen Rava-arvojen maksimi- ja minimiarvot

		Padasjoen palveluasuminen					
		Visapuisto			Pihlajakoti		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
<b>maksimi</b>		4,03	4,03	4,03	4,03	4,03	4,03
<b>minimi</b>		1,84	1,29	1,84	1,97	1,97	3,28

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyömme pohdinnassa käsittelemme tutkimuksemme johtopäätöksiä, luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi käsittelemme pohdinnassa jatkotutkimusaihetta, joka olisi mielestämme omaan tutkimukseemme liittyvä mielenkiintoinen jatkotutkimus.

Tutkimuksen luotettavuudelle ensimmäinen edellytys on se, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Tutkimusaineiston laatuun vaikuttavat käsittely-, mittaus-, peitto- ja kato- sekä otantavirheet. (Heikkilä 2005, 185.)

### 7.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tietoa Oivan johtoportaalte koti- ja asumispalveluihin. Tiedon avulla he voivat suunnitella tarjottavia palveluita sekä kehittää jo tarjolla olevia. Tietoja voidaan käyttää vanhusten sijoittamisesta päätettäessä. Työmme avulla voidaan mahdollisesti päättää myös henkilökunnan lisäyksestä. Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja ajankohtainen.

Toimintakykymittareita käytettäessä voidaan kehittää hoitotyötä ja hoidon laatua.

Kuivalainen (2007) pohtii Pro gradu – tutkielmassaan hoidon laatuun liittyviä tekijöitä. Hänen tutkielmansa mukaan hoidon laadun muodostavat hoitotapahtumaan liittyvien useiden piirteiden kokonaisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että kuinka hoidossa pystytään vastaamaan asiakkaan tai potilaan tarpeisiin. Hoitotyössä laatuun vaikuttavat henkilökunnan henkilökohtaiset voimavarat, heidän ammattitaitonsa, työyhteisön hyvä ilmapiiri, hoidon kiireettömyys, hoitotyön arvot, henkilökunnan pysyvyys, heidän koulutuksensa, työssä viihtyminen sekä johtaminen. Omaisten mielestä hyvän hoidon takana on usein myös vastuuhoidajan nimeäminen. Hoidon laatua estäviä tekijöitä tutkimuksen mukaan ovat puolestaan yhteistyön ongelmat, kiire, työn määrä, työn sisältö, epävarmuus työn jatkumisesta ja liian vähäinen henkilökuntamäärä. (Kuivalainen 2007, 4.) Monthan (2011) puolestaan toteaa Pro gradu-tutkielmassaan, että hoidon laatu voidaan määrittellä hoitohenkilökunnan jatkuvaksi yritykseksi kohdata asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja odotukset. Yksilöllinen hoito on hänen



mukaansa ihanteellista ja laadukasta hoitoa, mihin jokaisen hoitajan tulisi omalla toiminnallaan pyrkiä. Kun laatua arvioidaan kattavasti, tulee yksilöllisten tarpeiden lisäksi huomioida palveluiden oheistulokset, kuten asiakkaan elämänlaadun heikentyminen ja komplikaatiot. (Monthan 2011, 6.)

Yllättävän monesta tallennetusta Rava-lomakkeesta puuttui jokin tärkeä tieto, mikä aiheutti sen, että emme voineet yksilöidä tietoja mihinkään yksikköön. Useista lomakkeista puuttui mm. yksikön nimi ja kunta ja tästä syystä emme voineet käyttää näitä lomakkeita. Saamamme Rava-aineiston perusteella ei hoitoisuus kaikissa Oivan yksiköissä ole noussut. Nousua on tapahtunut, mutta myös pientä laskua. Pulkkinen vuonna 2002 tekemän opinnäytetyön tulokset Hollolan kohdalla olivat mielenkiintoiset omaan opinnäytetyöhömmme verratessa. Kotihoidossa Rivitalo-tiimin hoitoisuusarvo oli pysynyt samalla tasolla, Hedelmätarhan hoitoisuusarvo oli laskenut ja Herralan ja Soramäen nousseet. Palveluasuntojen hoitoisuudet olivat nousseet jyrkästi vuoteen 2002 verrattuna kaikissa muissa yksiköissä paitsi Jalavakodissa, jossa oli pientä laskua Rava-arvoissa.

## 7.2 Luotettavuus

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mittari tulee heidän mielestään valita oikein, jotta saadaan luetettavat tulokset. (Kankkunen ym. 2009, 152–153.)

Otoksena Rava-indekseissä on kaikki kyseisenä poikkileikkauspäivänä kussakin yksikössä asuvat asukkaat tai kotihoidon ollessa kyseessä kaikki sillä hetkellä kotihoidon asiakkaana olevat vanhukset. Tällöin voidaan todeta, että osallistujien joukko on riittävä tämän tutkimukseen tarkoitukseen ja otoksen henkilöt ovat vielä pitkälti samat kuin aiempina vuosina. Otoksen koko on myös riittävä, koska mukana ovat kaikki poikkileikkauspäivänä Oivan asiakkaana ja asukkaana olevat vanhukset.

Itse työhömmme meidän ei tarvinnut valita mittaria, vaan saimme valmiit aineistot suoraan Ravatar-ohjelmasta, johon oli tallennettu tiedot Rava-toimintakyky-mittarin mukaisesti. Rava-toimintakykymittari on ollut käytössä vuodesta 2000 ja sitä on esitettävä vuodesta 1989 alkaen, joten sen validiteetti on jo tutkittu.

Validilla mittarilla suoritettut mittaukset ovat Heikkilän mukaan keskimäärin oikeita. Validiutta on kuitenkin hankala tarkastella jälkikäteen. (Heikkilä 2008, 30.)

Hirsjärven ym. mukaan tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli meidän tutkimuksessamme sitä, että samasta asukkaasta tehty Rava-lomakkeen täyttö tapahtuisi saman henkilön tekemänä. Näin ei kuitenkaan aina tapahdu vaan Rava-arvioinnin tekee vuorossa oleva, asiakkaan hyvin tunteva henkilö. Ravatar-koulutuksesta huolimatta eri henkilön tekemänä Rava-indeksi saattaa olla hieman erilainen. Validius taas puolestaan tarkoittaa sitä, että mittari mittaa juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

### 7.3 Eettisyys

Arkielämän osana etiikka on aina mukana tilanteissa, joissa ihminen pohtii suhtautumistaan omiin ja toisten tekemisiin. Ihminen joutuu tekemään päätöksiä siitä, mitä voi sallia ja mitä taas ei ja miksi. Tutkimusaineiston hankinnassa joudumme pohtimaan eettisiä ongelmia ja niiden ratkaisuja ja myös kantamaan vastuamme tekemistämme ratkaisuista. (Kuula 2006, 21.) Vilkan (2005) mukaan tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa tutkimuskohteeseen, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Tutkijoiden pitää noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti niin, että ne ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. (Vilka 2005, 30)

Henkilörekisteri muodostuu tutkimusaineistoista, joissa on tutkittavien suoria henkilötietoja. Kun henkilörekisteriaineistosta on tunnistetiedot poistettu, mutta poistetut tiedot on tallennettu sähköisesti tai paperille, ne ovat yhdistettävissä aineiston tietoihin joko koodiavaimella tai päättelemällä, jolloin ne ovat henkilörekisteritietoja. Myös paljon epäsuoria tunnistetietoja sisältävät aineistot muodostavat henkilörekisterin, vaikka suorat tunnistetiedot on aineistosta poistettu, jos aineistosta voidaan helposti tunnistaa yksittäiset henkilöt. (Kuula 2006, 82.)

Työhön saamamme poikkileikkaustutkimusraportit eivät sisältäneet henkilötunnuksia eivätkä myöskään henkilöiden nimiä. Emme siis saaneet tietoa, mistä joku olisi pystynyt tunnistamaan kyseiset henkilöt. Henkilötietolaissahan määritellään vaitiolovelvollisuuden koskevan kaikkia henkilötietoja sisältäviä tutkimusaineistoja kerääviä henkilöitä, joten tutkijoiden lisäksi se koskee myös yksityisesti tutkimusta tekeviä sekä opiskelijoita (Kuula 2006, 91). Suomen Kuntaliiton oma palvelutoiminta huolehtii siitä, että Rava-tiedot ovat sellaisessa muodossa, josta yksittäistä asiakasta ei voida tunnistaa (Valtonen 2002, 13).

Lehdon Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselle tekemän Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015 -selvityksen mukaan vanhusten hoidossa on otettava huomioon asiakkaan tahto. Vanhusten hoitoa järjestettäessä itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hoito ja palvelut pyrkiä järjestämään asiakkaan toiveiden mukaisesti. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä tulee myös välttää. Hoidon on myös oltava lääketieteellisesti ja ammattieettisesti hyväksyttävää. Asiakasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja on huomioitava myös asiakkaan kieltäytyminen ehdotetusta hoidosta tai toimenpiteestä. (Lehto 2007, 19.) Lehtosalon mukaan vanhuksilla suurin huolen aihe hoitokotiin siirryttäessä on itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden menettämisen pelko. Koska siirtyminen ei yleensä ole vanhusten ensisijainen toive eikä tapahdu heidän toiveestaan, se koetaan kielteisenä. He saavat turvallisuuden tunteen, mutta pelkäävät palveluasumisen vähentävän heille tärkeitä toimintamahdollisuuksia. (Lehtosalon 2011, 7.)

#### 7.4 Jatkotutkimukset

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen kolmesta vaihtoehdosta, jotka Oivan koti- ja asumispalveluiden päälliköt meille antoivat. Aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja liittyi molempien nykyisiin työpisteisiin kiinteästi.

Rava-toimintakyky mittaa ihmisen näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, rakon ja suolen toimintaa, syömistä, lääkkeenottoa, pukeutumista, peseytymistä ja muistia. Rava-indeksilukua ei siis nosta esimerkiksi aikaa vievät haavanhoidot tai se, että joillekin asiakkaille annetaan lääkkeet valvotusti viisi kertaa vuorokaudessa, kun taas jollekin annetaan lääke kahden viikon välein. Samoin

yksittäisen asukkaan pesutilanteessa saattaa mennä kahden ja jopa useamman hoitajan työaika jopa tunnin verran. Tämä lisää hoitajien työtä huomattavasti, mutta ei silti näy Rava-indeksissä. Tämän vuoksi pelkkä Rava-indeksi ei mielestämme voi olla ainoa peruste lisähenkilökuntaa mietittäessä, vaan hoitajamäärään pitäisi vaikuttaa myös esimiehen ja henkilökunnan mielipide hoidon vaativuudesta ja raskaudesta. Rava-mittari on toimiva apuväline esimerkiksi SAS-työryhmässä, kun mietitään mahdollisia asukasvalintoja ja -siirtoja.

Asumispalveluissa parityöskentely helpottaa mielestämme työntekoa huomattavasti. Kotihoidossa työskennellään usein yksin vaikka asiakas olisi raskashoitoinen tai vaikkapa aggressiivinen. Työskentelytapojen tarkastelu ja tarvittaessa niiden muuttaminen saattaisi helpottaa työskentelyä raskashoitosimpien parissa. Lisäksi oikeiden apuvälineiden käyttäminen ja ergonomian huomioiminen siellä missä se on mahdollista, helpottaa työtä.

Jatkotutkimuksina voisi tehdä tutkimuksen eri Rava-luokkien prosenttiosuuksista Oivan alueella eri yksiköissä ja kuvailla eroa meidän tutkimuksemme ja prosenttiosuuksien tutkimuksen välillä. Tutkimuksessa voisi kuvailla eri Rava-luokkien asiakas/asukasmäärien prosenttiosuuksia koko aineistosta. Antavatko prosenttimäärät kenties erilaisen vastauksen hoitajien määrän lisäykseen kuin meidän tutkimuksemme? Lisäksi olisi mielenkiintoista seurata Rava-indeksin keskiarvon muuttumista muutaman vuoden välein Oivan kunnissa eri yksiköissä. Mielenkiintoista olisi varmasti myös tehdä tutkimus eri Rava-luokkien prosenttiosuuksista Oivan alueella.

## LÄHTEET

Finnish Consulting Group. Rava-mittari 2012. [viitattu 21.9.2012.] Saatavissa: [www.ravamittari.fi](http://www.ravamittari.fi).

FCG. Finnish Consulting Group 2011. RAVA -toimintakykymittarin ja RAVATAR -tietojärjestelmän käyttöönotto-opas. [viitattu 28.4.2013] Saatavissa: <https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>

Haatainen, T. 2008. Sosiaali- ja terveystoimen vanhusasiakkaiden toimintakyky Rava-mittarilla kuvattuna. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Hervonen, A., Pohjolainen, P. & Kuure, A. 1998 Vanhene viisaasti. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuivalainen, S. 2007. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. [viitattu 25.5.2013] Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01901.pdf>.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Lammi, O. 2007. Excel 2007-laatus taulukoihin. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.

Lammi, O. 2008. Taulukkolaskennan pikaopas. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 266–267.

Monthan, M. 2011. Pro gradu –tutkielma. Gerontologia ja kansanterveys. Hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Jyväskylän yliopisto.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Etnografinen tutkimus asukkaiden kokemuksista osallistua omaan arkeensa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Myöhäisiä depressioneula. [viitattu 5.5.2013] Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/24/GDS-15.pdf>.

Peruspalvelukeskus Oiva-Liikelaitos. 2012. [viitattu 21.9.2012]. Saatavissa: [www.oivappk.fi](http://www.oivappk.fi)

Pulkkinen, P. 2002. Hoidossa olevien yli 65-vuotiaiden hoidonporrastus Hollolassa – Rava-toimintakykyindeksiä apuna käyttäen. Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan laitos. Sosiaalialan opinnäytetyö.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Stakes.Sosiaali- ja terveysalantutkimus- ja kehittämiskeskus.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatellit. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 288.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Shepherd, R. 2006. Excel-ohjelmointi – tehokas hallinnointi. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. [viitattu 4.5.2013] Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=374338>

Strandberg, T & Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy. 434–436.

Sulkava, R., Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Mini-Mental State Examination -testi (MMSE). Ohjeet testin tekemiseen. Julkaisu n:o 3/2007. Novartis Finland Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011-2012. Toimia tietokanta. [viitattu 4.12.2012] Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Toimia tietokanta. [viitattu 24.5.2013] Saatavissa: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/12/SOSIAALINE\\_N\\_TOIMINTAKYKY\\_101221.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/12/SOSIAALINE_N_TOIMINTAKYKY_101221.pdf)

Tilvis, R. 2008. Kliiniset tutkimukset. Teoksessa: Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 280.

Tähtinen, J., Laakkonen E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.

Valtonen, L. 2002. RAVA- toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki: Kuntatalon paino

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes: Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus.

Ylihärsilä, R. 2010. Excel 2010 –taulukkolaskennan perusteet. Saatavissa: [http://jelppari.epedu.fi/ohjeita/Excel2010\\_perusteet\\_.pdf](http://jelppari.epedu.fi/ohjeita/Excel2010_perusteet_.pdf).

Yu, M., Chan, C. & Tsim, R. 2007. Usefulness of the elderly mobility scale for classifying residential placements. [viitattu 20.4.2013] Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a94d1949-6111-4a56-9022-aa7acd0e24c5%40sessionmgr12&vid=2&hid=25>



## RAVA-lomake

© Suomen Kuntaliitto

Asiakkaan nimi:																																	
Henkilötunnus:																																	
Rekisterinpitäjä:																																	
Asiakkaan kotikunta:	Alue:						Aluekoodi:																										
Ikk:	85-74	75-84	85-	Sukupuoli	M	N	Palvelun tuottajan koodi:																										
Asumismuoto:	Koti	Palvelutalo, tavall.	Y	K	Palvelutalo, tehostettu	Y	K																										
		Vanhainkoti	Y	K	Holva / pitkäaik. sairaala	Y	K																										
Kotipalvelutunnit kuukaudessa	Y		tuntia / kk	Kotipalvelukerrat kuukaudessa	Y		kertaa / kk	Omalhoidon tuki:																									
	K		tuntia / kk		K		kertaa / kk																										
Koticalraanhoitotunnit kuukaudessa	Y		tuntia / kk	Koticalraanhoitokerrat kuukaudessa	Y		kertaa / kk	€ / kk																									
	K		tuntia / kk		K		kertaa / kk																										
Hoitotuuus = hoitajan subjektiivinen kokemus hoidon raskaudesta	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">helppo</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">erittäin raskas</td> </tr> </table>											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	helppo						erittäin raskas				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
helppo						erittäin raskas																											
1. Näkö	1 Normaalit (ilmälasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia 2 Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä 3 Sokea																																
2. Kuulo	1 Normaalit, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä 2 Alentunut, apuväline käyttöä tai kuulee vain korotettua, selkeää puheen 3 Kuuro																																
3. Puhe	1 Normaalit, tuottaa selvää, ymmärrettävää puheita 2 Epäselvä, puromainen, sammuttava, takerteleva, osia sanoista puuttuu 3 Afasia, sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvyttö																																
4. Liikkuminen	1 Normaalit, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan) 2 Epävarma, horjaltelu, tarvitsee takaa esim. kolmiolitekeppi 3 Teinekävälä, tarvitsee liikunnan kävelytelineen tai kaksi kakikeppiä 4 Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyä omatoimisesti 5 Taluttava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikumaan apuvälinein 6 Käytävä, apuvälineitä huolimatta kaatuu useasti 7 Nostettava pyörätuoliin, nostettava pyörätuoliin 1-2 henkilön avustamana 8 Vuodepotilas, potilas hoidetaan vuoteeseen																																
5. Virtsa	1 Normaalit, tunnistaa virtsaamis tarpeen, ei kastele 2 Kasteleva, ei tunnista virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa 3 Kastelee, virtsaa kateetin kautta																																
6. Ulosto	1 Normaalit, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tiloissa, ei tuhi 2 Alle, ei hallitse suoletta, ei tiedosta tarvetta, uloste allevalpoo 3 Tuhtu, puutteita pidätyskyvyssä, soittaa ulosteen kanssa pelkkoja 4 Toimittava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai perinäkkeitä																																
7. Syöminen	1 Itse, tiedosta nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua 2 Autettava, tarvitsee ohjeita, ruoka esiteltävä ja pilkottava lautaselle 3 Letkuruoquista, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahelehturuokinta 4 Syötettävä, täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedosta näin																																
8. Lääke	1 Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeitään 2 Autettava, lääkkeet jaetaan doseittain/annosmittiin, joihin potilas ottaa itse 3 Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne																																
9. Pukeutuminen	1 Itse, tiedosta pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu esien mukaisesti 2 Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa																																
10. Peseytyminen	1 Itse, tiedosta peseytymistarpeen, omatoiminen pesussa (apua esim. selkä) 2 Autettava, täysin tai osittain autettava pesussa (mm. jalkojen pesussa apua)																																
11. Muisti	1 Normaalit, aikaa ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset 2 Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan 3 Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa																																
12. Pyyke / käytös	1 Normaalit, esillä, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa 2 Masentunut, alapää, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein 3 Aggressiivinen, työ, kiihottaa, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms. 4 Sekava, ei tiedä aikaa, pelkää, harkitsematon, epäestöllinen käytös/puhe 5 Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivista tunnetta 6 Harkitsematon, ei pysty norm. ympäristönsä, kutsuu kukaan 7 Kontaktikyvyttö, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia / tajuton																																

© Suomen Kuntaliitto

## MMSE-testilomake

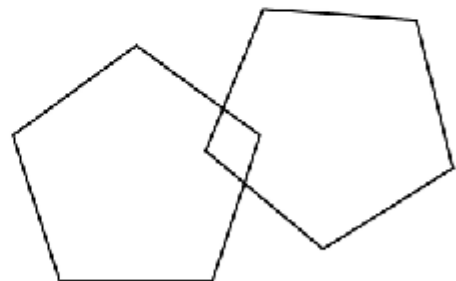
TUTKITTAVA: \_\_\_\_\_ SYNTYMÄAIKA: \_\_\_\_\_

TEKIJÄ: \_\_\_\_\_ PVM: \_\_\_\_\_

Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

	Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt? .....	0	1
2. Mikä vuodenaika nyt on? .....	0	1
<small>(talvi – joulukuu, tammi, helmikuu / kevät – maaliskuu, huhti, touko / kesä – kesäkuu, heinäkuu, elokuu / syksy – syyskuu, loka, marraskuu; aina ± 1 vko)</small>		
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv) .....	0	1
4. Mikä viikonpäivä tänään on? .....	0	1
5. Mikä kuukausi nyt on? .....	0	1
6. Missä maassa olemme? .....	0	1
7. Missä läänissä olemme? .....	0	1
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi? .....	0	1
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? .....	0	1
<small>(Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)</small>		
10. Monennessako kerroksessa olemme? .....	0	1
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleenne kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)		
<b>PAITA – RUSKEA – VILKAS</b>		
<b>RUUSU – PALLO – AVAIN</b>		
PAITA	RUUSU	0
RUSKEA	PALLO	0
VILKAS	AVAIN	0
<small>(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.)</small>		
<b>Toistoja</b> _____ (Enintään 5 kertaa)		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.		
93 .....	0	1
86 .....	0	1
79 .....	0	1
72 .....	0	1
65 .....	0	1
<small>(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee väärin vastauksia 1. Kynä ja paperia ei saa käyttää.)</small>		
13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne?		
<small>(Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)</small>		
PAITA	RUUSU	0
RUSKEA	PALLO	0
VILKAS	AVAIN	0
14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa .....	0	1
b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää .....	0	1
15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
<b>EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA</b> .....	0	1
<small>(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lauseita ei saa toistaa.)</small>		
16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain.		
<small>(Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)</small>		
<b>Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taivuttakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle.</b>		
<small>(Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilö saa auttaa.)</small>		
Ottakaa paperi vasempaan käteenne .....	0	1
Taivuttakaa .....	0	1
Asettakaa paperin polville .....	0	1
17. Näytän Teille tekstin "SULKEKAA SILMÄNNE". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta .....	0	1
<small>(Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)</small>		
18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan. Kirjoittakaa lause tähän .....	0	1
<small>(Annetaan erillinen paperi. Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)</small>		
19. Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. ....	0	1
<small>(Annetaan kopio allaolevasta kuvioista malliksi. Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)</small>		

MMSE-testin pistemäärä ...../30



Suomen Alzheimer-tutkimussairaala ja Suomen muistitutkimuskeskusten asiantuntijajärjestö (Timo Erkinjuntti, Peltari Viramo, Ari Rosenvall)

- Mini-Mental State Examination (MMSE) on lyhyt testi älyllisen toimintakyvyn arviointiin<sup>1</sup>. Sen suorittaminen vie 10–15 minuuttia.
- Testiä voidaan käyttää sekä seulontaan että älyllisen toimintakyvyn muutoksen arviointiin.
- Maksimipistemäärä on 30.
- 24 pistettä ja sitä heikompi tulos merkitsee yleensä poikkeavaa älyllistä toimintakykyä.
- Tehtävät hoajastavat useita älyllisen toiminnan alueita. Testi ei ole spesifinen dementialle, vaan esim. akuutti sekavuus voi heikentää testin tulosta.
- Puheläiriöt huonontavat testin tulosta.
- Korkeasti koulutetut menestyvät testissä keskimääräistä paremmin. Lievissä häiriöissä ja älyllisesti harjaantuneilla testitulokset saattaa olla normaali huolimatta selvästäkin älyllisen toimintakyvyn muutoksesta.
- MMSE-testi ei riitä diagnoosin tekemiseen eikä työkyvyn arviointiin.

<sup>1</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading the clinician. *J Psychiatr Res* 12:129–138

Potilaan nimi:		Arviointipäivämäärä:			
Syntymäaika:		Arvioija:			
<b>Myöhäisiän depressioseula GDS-15</b>					
1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko mielestänne nyt hyvä elää?	kyllä	EI
3. Pidättekö elämäänne tyhjänä?	KYLLÄ	en	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin kelvottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Ikävystyttekö usein?	KYLLÄ	en	13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko useimmiten hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Pidättekö tilannettanne toivottomana?	KYLLÄ	en
6. Pelkäättekö että teille tapahtuisi jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Pysyttekö mielummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta?	KYLLÄ	en			