

Liite 1. Esimerkkitapaukset

Esimerkki 1

Kotihoidon asiakkaalle oli sovittu lääkärin kotikäynti puolivuotiskontrollitarkastuksen tekemiseksi. Lääkäri ei ollut potilastaan aiemmin tavannut. Potilaan RAI-HC-arviointi oli hiljan päivitetty ja tuore kokonaisarviointi, sen pohjalta järjestelmän tuottama yksilöraportti, mittarit sekä herätteet olivat lääkärin käytettävissä ennen kotikäyntiä.

Yksilöraportista ilmeni, että kotihoidon käyntien tavoitteena oli muun muassa tukea potilaan ravitsemusta ja lääkityksen asianmukaista toteutumista potilaan muistisairauden aiheuttaman toiminnanvajeen vuoksi. Lisäksi potilas sairasti sydämen vajaatoimintaa sekä sepelvaltimotautia, jotka RAI-arvioinnin mukaan eivät vaatineet kotihoidolta seurantaa lukuun ottamatta muita toimenpiteitä.

Toimintakykymittareita edellisen arvioinnin mittarituloksiin vertaamalla oli havaittavissa, että potilaan toimintakyky oli seurantajakson aikana heikentynyt, erityisesti avuntarve ADL-toiminnoissa (ADL-H ja ADL-L) oli puolen vuoden aikana lisääntynyt ja liikuntakyky heikentynyt. Aktivoituneen herätteen perusteella potilaalla oli kaatumisriski. Masennuksen oiremittari DRS:n mukaan mieliala oli heikentynyt edellisestä arvioinnista.

Jo edellisessä arvioinnissa oli epäilty depressiota ja aloitettu mielialälääkitys, jonka vasteen arviointi oli kuitenkin jäänyt tekemättä. Tuoreen arvioinnin perusteella lääkitykselle ei ollut vastetta saatu. Ravitsemustila oli heikentynyt painoindeksin pienenemisen ja Mini Nutritional Assessmentin sekä aktivoituneen ravitsemustilaa kuvaavan herätteen perusteella.

Läheiset olivat kuormittuneita potilaan lisääntyneestä avun tarpeesta. Heräte ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisen riskistä oli aktiivinen. Potilaan kokema kipua oli edellisestä arvioinnista lisääntynyt (PAIN).

Arviointitiedon perusteella oli ilmeistä, että potilas tarvitsi syventävää ja moniammatillista selvittelyä toimintakyvyn heikkenemisen taustalla olevien syiden selvittämiseksi, korjaavien interventioiden sisällön suunnittelemiseksi ja läheisten voimavarojen tukemiseksi. Kotikäynnin ja tämän jälkeen tehtyjen lisätutkimusten jälkeen varmistui lisääntyneen kivun ja mielialan laskun keskeinen merkitys potilaan kokonaistoimintakyvyn heikentymisen taustalta.

Lääkäri tehosti kipua- ja mielialälääkitystä ja yhdessä potilaan ja läheisten kanssa laadittiin moniammatillisesti kotikuntoutussuunnitelma toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden vahvistamiseksi. Intervention vaikutusten arvioimiseksi sovittiin tehtäväksi kahden kuukauden kuluttua intervention aloituksesta RAI-HC-osittaisarviointi päivittäistoimintoja (ADL-H), mielialaa (DRS), kipua (PAIN) ja ravitsemustilaa (BMI) kuvaavien mittareiden osalta. Myös läheisten jaksamista tukevia toimenpiteitä suunniteltiin.

Esimerkki 2

Läkäs yksin asuva nainen tuli sunnuntai-iltana terveyskeskuksen päivystykseen ilman saattajaa ”huonon olon” vuoksi. Sairauskertomuksesta ilmeni, että vastaavan syyn vuoksi hän oli hakeutunut päivystykseen edellisen kuukauden aikana kahdesti. Koska peruslaboratoriokokeissa ja potilaan tutkimuksessa ei ollut havaittu poikkeavuutta ja seurannassa vointi oli ollut hyvä, potilas oli kotiutettu. Säännöllistä lääkitystä hänellä ei ollut käytössä.

Tälläkin käynnillä esitiedot jäivät potilaan itsensä kertoman varaan. Hän oli jonkin verran hätäntyneen oloinen, eikä huonoa oloaan pystynyt tarkemmin kuvaamaan. Tutkimuslöydökset olivat jälleen normaalit ja perimmäinen syy päivystyskäyntiin oli jäämässä jälleen epäselväksi.

Esitiedoista ilmeni, että asiakasohjaaja oli tehnyt potilaalle palvelutarpeen arviointikäynnin edellisenä perjantaina, ja käynnin yhteydessä tehdyn RAI-osittaisarvioinnin tulokset oli kirjattu sairauskertomukseen. RAI-arviointijärjestelmä oli päivystävälle lääkärille nimenä tuttu, mutta hän ei ollut siihen perehtynyt. Asiakasohjaajan kirjaaman RAI-arvioinnin tulokset olivat: kognitio CPS = 1 (rajatilainen muutos), perustoiminnot ADLh = 0 (omatoiminen), välinetoiminnot IADLCH = 1 (avuntarve raha-asioiden hoidossa), mieliala DRS = 6 (masennusepäily), palvelutarve MAPLe = 2 (lievä), terveydentilan vakaus CHESS = 2 (lievästi epävakaa). Lääkäri kiinnitti huomiota RAI:n tunnistamaan masennusepäilyyn sekä terveydentilan epävakauteen, jonka luonne ei kuitenkaan ollut yksityiskohtaisemmin määritettävissä. Koska välitöntä hoidontarvetta ei ollut, potilas kotiutui, mutta lääkäri lupasi selvittää potilaan tilannetta vielä virka-aikana.

Seuraavana päivänä lääkäri soitti RAI-arvioinnin tehneelle asiakasohjaajalle selvittääkseen, mitkä havainnot olivat johtaneet poikkeaviin mittarituloksiin. Arvioinnin taustalla oli potilaan veljentyttären huoli tätinsä ajoittaisista lähimuistin ongelmista, laihtumisesta ja lisääntyneestä avuntarpeesta. Omaisen havaitsema lievä lähimuistin heikentyminen selitti RAI-arvioinnissa todetun CPS:n muutoksen. Masennuksen oiremittarin poikkeava arvo selittyi potilaan ajoittaisilla itkuisuus- ja ahdistuneisuusoireilla sekä yksin asumiseen liittyvillä pelon tunteilla. Terveydentilan vakausmittarin (CHESS) poikkeavan arvon taustalla oli painonlasku sekä ruuan ja nesteiden nauttimisen vähentyminen viimeisen puolen vuoden aikana.

Tarkentuneiden esitietojen sekä RAI-arvioinnin perusteella lääkäri arvioi, että potilaan kokonaistilannetta olisi aiheen selvittellä tarkemmin. Mahdollinen masennus ja pelot saattoivat olla syy toistuviin päivystyskäynteihin ja selittää lieviä kognitiivisia oireita. Myös painonlasku saattoi liittyä masennukseen, mutta vaati myös muita lisäselvityksiä. Lääkäri koki, että päivystystilanteessa potilaan toimintakyvyn muutokset olisivat puutteellisten esitietojen vuoksi jääneet huomioimatta, ellei RAI-arvioinnin tuloksia olisi ollut käytettävissä.

Esimerkki 3

Lääkäri oli saanut nähtäväkseen hoitamiensa kolmen tehostetun palveluasumisen yksiköiden THL:n puolivuotisarviointien perusteella laatimat RAI-palauteraportit. Raportista ilmeni, että asukkaiden hoidon tarpeessa yksiköiden välillä ei ollut merkittäviä eroja mutta laatuindikaattoreissa kyllä. Yhdessä yksiköistä asukkaiden kaatumisia esiintyi useammin, käytettiin runsaammin liikkumista rajoittavia välineitä ja psykoosilääkkeitten käyttö oli runsaampaa.

Havaintojen pohjalta toimintatapoja lähdettiin muuttamaan yhdessä yksikön henkilökunnan kanssa. Kolmen kuukauden kuluttua lääkäri pyysi yksikön johtajaa tekemään laatumoduuli-hakujärjestelmällä tuoreen haun asiakkaiden tuoreimpien RAI-arviointitietojen kyseisistä indikaattoreista. Tilanne oli osittain parantunut ja lääkäri sai listan asukkaista, joiden kohdalla ongelmat vielä esiintyivät, yksilötason interventioita varten.