

RAI-TOIMINTAMALLI

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen RAI - arviointivälineistön jatkuvan käytön malli ja prosessit

TAUSTA

POPsote hankkeessa yhtenä kehittämisen asiakokonaisuutena on RAI-toimintamallin kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle. RAI-tilanteen kartoitus on aloitettu hankkeen toimesta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kunnille ja kuntayhtymille syksyllä 2021, alueet ovat saaneet kolme kyselyä, jossa kartoitettiin RAI- arviointivälineistön (Resident Assessment Instrument) käyttöön liittyviä tietoja. Alkukartoituksista ilmeni, että RAI- prosessissa on huomattavia eroavaisuuksia eri alueilla ja tarvitaan yhtenäinen toimintamalli, jotta RAI:n käyttö onnistuu laadukkaasti koko Pohjois- Pohjanmaan hyvinvointialueella 2023 siirtymäajan päätyttyä.

Lähes koko Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella otettiin käyttöön kansalliset iRAI-välineet loka-kuussa 2022. Uutena välineenä alueille otettiin iRAI- osittaisarviointit palveluohjauksen palvelutarpeen arviointiin sekä ikäihmisten kuntoutuksen palvelualueelle. iRAI - arviointivälineet mahdollistavat asiakkaan RAI - arviointitiedon siirtymisestä palvelualueelta toiselle. Näin pystymme entistä paremmin kiinnittämään huomiota asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen ja siinä ilmeneviin muutoksiin.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali- ja terveystalvasta (28.12.2012/980) 15a § mukaan kunnilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. Kuntien on aloitettava RAI-välineistön käyttö viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023. RAI-arviointivälineistö kuuluu luotettaviin toimintakyvyn arviointivälineisiin. Lisäksi Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) on huolehdittava siitä, että kunnilla on maksutta käytettävissä RAI-arviointivälineistö ja saatavilla koulutusta välineistön käyttöön.

SISÄLLYS

1 RAI - ARVIOINTIVÄLINEISTÖN KÄYTÖN TAVOITTEET HYVINVOINTIALUEELLA	5
1.1 RAI-toimintamallin käyttöönotto hyvinvointialueelle	5
1.2 RAI - arviointivälineen käytön johtaminen ja vastuut.....	5
1.3 Asiakkaan hyöty RAI-arvioinnista.....	5
1.4 Henkilöstön ja toimintayksikön hyöty RAI-käytöstä	6
2 RAI-TYÖRYHMÄT, ROOLIT JA TEHTÄVÄT	7
2.1 RAI-ohjausryhmä, strategisen johtamisen työryhmä	7
2.2 Alueelliset RAI-verkostot.....	7
2.3 RAI-työryhmä- toimintayksiköissä	7
2.4 RAI-roolit ja vastuut	8
2.4.1 RAI-asiantuntija	8
2.4.2 RAI-vastaava	9
2.4.3 Omahaohjaaja	10
2.4.4 Vastuuyksikköpäällikkö	11
2.4.5 Vastuualuepäällikkö.....	12
2.4.6 Palvelualuejohtaja.....	12
2.4.7 Toimialuejohtaja	13
3 RAI-PROSESSIT PALVELUISSA.....	14
3.1 Ikäihmisten palvelujen myöntämisen perusteet	14
3.2 RAI- Prosessikuvaus ikäihmisten palveluissa	15
3.2.1 Palveluohjaus	15
3.2.2 Kotikuntoutus	15
3.2.3 Kuntouttava päivätoiminta	15
3.2.4 Omaishoito	16
3.2.5 Perhehoito	16
3.2.6 Kotihoito/yhteisöllinen asuminen	16
3.2.7 Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	17
3.3 Vammaispalvelut.....	17
3.3.1 Palveluohjaus	17
3.3.2 Ohjauspalvelut, tuettu ja yhteisöllinen asuminen.....	18
3.3.3 Ympäri vuorokautinen asuminen	18

3.4 Sidosryhmät.....	18
3.5 Siirrä toiminto asiakkaan palvelupolulla	19
4 RAI-OSAAMISEN VARMISTAMINEN HYVINVOINTIALUEELLA.....	20
4.1 Perehdytys	20
4.2 Osaamisen polku	20
4.3 Koulutussuunnitelma	22
5 RAI-TIEDOLLA JOHTAMINEN HYVINVOINTIALUEELLA.....	23
5.1 RAI-tiedolla johtaminen yksikötasolla	23
5.2 RAI- tiedolla johtaminen vastuu-, palvelu- ja toimialueittain.....	23
5.3 Laatumoduulit.....	24
6 VITEC RAISOFT -OHJELMISTO.....	26
6.1 RAI-arviointivälineet.....	26
6.2 Laatumoduulin käyttö toimintayksikön kehittämisessä ja palvelun seurannassa	28
LIITE 1.....	29
LIITE 2.....	32
LIITE 3.....	33
7 RAI-VIESTINTÄSUUNNITELMA.....	33
7.1 Tavoite	33
7.2 Kohderyhmä.....	33
7.3 Viestinnän tavoitettavuus.....	33
7.4 Viestintäkanavat.....	34

1 RAI - ARVIOINTIVÄLINEISTÖN KÄYTÖN TAVOITTEET HYVINVOINTIALUEELLA

1.1 RAI-toimintamallin käyttöönotto hyvinvointialueelle

Pohjois - Pohjanmaan hyvinvointialueen tavoitteena on, että RAI käytössä kaikissa ikäihmisten palveluissa viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023. RAI- arviointivälinettä käytetään suunnitelmallisesti asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa. RAI - arviointien pohjalta saatavaa tietoa käytetään asiakkaan palveluohjauksessa, asiakkaan oikeanlaisen ja oikea - aikaisen palvelun, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, palvelun myöntämisen yhtenä välineenä, ennakoivan asiakas- ja palvelusuunnitelman laatimisessa, palvelujen toteuttamisessa, seurannassa ja arvioinnissa.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia ja järjestämissuunnitelma ohjaa hyvinvointialueen henkilöstöä RAI - arviointivälineen käytössä. Haluamme toimia ikäihmistä varten myös RAI- arviointitiedon käytön kautta. Luotettavalla RAI-vertailutiedolla voimme myös kehittää ja parantaa johtamistamme.

Kansallisten tavoitteiden mukaisesti ikäihminen on aina palvelujen keskiössä. Kun käytämme yhteisiä RAI-arviointivälineitä palveluissamme, toteutamme yhdenmukaisia ja laadukkaita RAI - arviointeja. Laadukkaalla RAI - vertailutiedolla voimme parantaa palveluamme yksikkö- sekä koko hyvinvointialuetasoisesti.

RAI-osaaminen varmistetaan laadukkaalla ja tasavertaisella perehdyttämällä ja koulutuksella. Otamme käyttöön RAI - vertailutiedon tiedolla johtamisen ja toiminnan kehittämisen tueksi. Hyödynämme RAI-vertailutietoa hyvinvointialueen ikäihmisten hyväksi. Luomme RAI-toimintamallia alueellisesti yhteistyössä. Me Pohjois-Pohjanmaalla haluamme olla edelläkävijöitä RAI-osaamisessa ja toiminnan kehittämisessä RAI-tiedon avulla.

1.2 RAI - arviointivälineen käytön johtaminen ja vastuut

Pohjois - Pohjanmaan hyvinvointialueen aluehallinto määrittelee ja vahvistaa palveluun pääsyn myöntämisperusteet hyvinvointialueella toteuttaviin palveluihin. Hyvinvointialue määrittelee ja valvoo omavalvonnan ja laadun seurantamittarit vertailutietoa hyödyntäen.

Johtamisessa tulee ymmärtää asiakkaan RAI - arviointiprosessi ja niistä muodostuvan RAI- vertailutiedon keskeisten mittareiden merkitys palvelutuotannon laadun arvioinnissa.

1.3 Asiakkaan hyöty RAI-arvioinnista

Asiakkaan palvelutarve todennetaan yhdenmukaisesti RAI-arviointia hyödyntäen hyvinvointialueellamme. Tavoitteena on käyttää samaa RAI - arviointivälinettä palvelun- ja hoidontarpeen arviointiin aina saman palvelun piirissä. Asiakas ja hänen lähiverkostonsa osallistuvat RAI-arvioinnin laatimi-

seen moniammatillisen tiimin lisäksi. Asiakas tuo yksiköllisesti esiin omia tavoitteitaan liittyen saamaansa hoitoon tai palveluun. Asiakaan tuomia tavoitteita pyritään toteuttamaan ja tavoitteet arvioidaan puolivuositain. Palvelun jatkuessa RAI-arviointitulosten perusteella asiakas luo uudet tavoitteensa.

Asiakkaan ja hänen läheisensä osallisuus sekä sitoutuminen ovat myös osa RAI-arviointia. RAI-arviointi ohjaa saatujen tulosten perusteella asiakkaalle oikea-aikaisen ja tarpeenmukaisen palvelun. RAI-herätteet antavat tietoa asiakkaan toimintakyvystä, voimavaroista ja tarpeista, joihin tulee kiinnittää suunnitelmallisesti huomiota asiakkaan palvelukokonaisuutta, elämän mielekkyyttä ja arjen toimivuutta mietittäessä. Tavoitteena ovat asiakkaan arjen, toimintakyvyn, voimavarojen ja elämän mielekkyyden turvaaminen RAI-tietoa hyödyntäen koko palveluketjun ajan.

1.4 Henkilöstön ja toimintayksikön hyöty RAI-käytöstä

Toimintayksikkö hyötyy RAI-tiedosta toiminnan edellä mainittujen asiakaslähtöisten näkökantojen lisäksi kehittämisessä, laadun parantamisessa ja johtamisessa. RAI-tieto ilmaisee myös toimintayksiköiden eroavaisuuksista ja tuo esiin henkilöstön osaamistarpeita. Arviointitieto auttaa asiakaslähtöisen palvelun toteutumista sekä toimintayksikön mahdollisuuteen toteuttaa oikea-aikaista ja -laista palvelua. Palvelun kehittäminen RAI-tiedon avulla tuo asiakkaan toimintakyvyn, voimavarat ja nostaa asiakkaan tarpeet keskiöön. Näin palvelujen ja toiminnan kehittäminen toteutuu asiakaslähtöisesti.

2 RAI-TYÖRYHMÄT, ROOLIT JA TEHTÄVÄT

2.1 RAI-ohjausryhmä, strategisen johtamisen työryhmä

Hyvinvointialueella toimii RAI-ohjausryhmä, jonka tehtävänä on varmistaa RAI- arviointivälineen yhtenäinen käyttö ja tiedon hyödyntäminen johtamisessa. RAI-ohjausryhmässä toimii asiantuntijoita sekä ikäihmisten, vammaispalvelujen sekä perhesosiaalipalvelujen johdon toimihenkilöitä. Ohjausryhmään on nimetty edustajat ikäihmisten alueellisista palveluista sekä yhteisistä palveluista ja osaamiskeskuksesta

RAI-ohjausryhmän jäseniltä edellytetään ymmärrystä RAI-prosessista sekä keskeisistä RAI-mittareista palvelutuotannon laadun arvioimisessa. Ohjausryhmä käyttää RAI-vertailutietoa valtakunnan ja hyvinvointialueen tasolla puolivuositain ja ohjaa alueelle asetettavia tavoitteita tulosten pohjalta. Ohjausryhmän luomat tulos pohjaiset tavoitteet ohjaavat koko hyvinvointialueen osaamista, toiminnan kehittämistä ja laadun seuranta. Ohjausryhmä käyttää hyödyksi toiminnan ohjaamisessa, tavoitteiden asettamisessa ja seuraamisessa THL:n vertailutietokantoja. Ohjausryhmä seuraa yhteisesti asetettujen tavoitteiden toteutumista ja ohjaa korjaustoimia.

RAI-ohjausryhmän jäsenten RAI - osaamista vahvistetaan THL: n järjestämällä verkkokursseilla ja seminaareilla. RAI-asiantuntija vastaa omalla alueella osaamisen, valvonnan ja toiminnan toteutumisesta tarkoituksenmukaisesti ja sovitusti.

2.2 Alueelliset RAI-verkostot

Hyvinvointialueella toimii kolme alueellista RAI- verkostoa. RAI- verkostoihin kutsutaan ikäihmisten palvelujen vastuuyksikköpäälliköt sekä yksiköiden RAI- vastaavat. Alueellista verkostoa koordinoi alueen RAI-asiantuntija.

RAI - verkostojen tehtävänä on viedä ajantasaista tietoa omalle alueelle ja tuoda sitä oman edustajan kautta verkostoon käsiteltäväksi. Verkostojen tehtävänä on myös tiedottaa ja viestiä viestintäsuunnitelman mukaisesti kuukausittaisissa tapaamisissa RAI - arviointivälineen käyttöön liittyvistä asioista. RAI-verkosto voi olla myös yhteydessä toisiinsa Teamsin RAI-vastaavien työtilan välityksellä. RAI-verkoston jäsenet ymmärtävät RAI-prosessin keskeiset mittarit palvelutuotannon laadun, yksikön toiminnan kehittämisen ja asiakkaan oikeuksien näkökulmasta. Verkostot seuraavat alueen yksiköissä seurattavia, hyvinvointialueen johdossa hyväksytyjä laatumittareita, niiden toteutumista ja korjaustoimia.

2.3 RAI-työryhmä- toimintayksiköissä

Yksiköiden sisäisessä RAI-työryhmässä toimivat vastuuyksikköpäällikkö sekä yksikön nimetyt RAI-vastaavat. Työryhmän tehtävänä on RAI-arviointien laadun varmistaminen ja ajantasaisuus, jonka

pohjana on RAI-arvioiteja tekevän henkilöstön osaamisen varmistaminen. Työryhmä seuraa asiakkaiden RAI-arviointitiedon perusteella tehtyjen palvelu- hoito- ja kuntoutussuunnitelmien mukaista voimavaralähtöistä hoitotyön toteutusta arjen toiminnassa ja päivittäisessä kirjaamisessa.

Työryhmä viestii ja tiedottaa viestintäsuunnitelman mukaisesti RAI - arviointivälineen käyttöön liittyvistä asioista ja tuo RAI - arviointivälineen luontevaksi osaksi yksikön toimintaa ja yhteistä keskustelua. Esihenkilön ja RAI-vastaavan hyvä ja kiinteä yhteistyö on olennainen RAI- välineistön käytön onnistumiselle. Vastuuyksikköpäälliköllä ja RAI – vastaavalla on säännölliset tapaamiset RAI- toiminnassa.

RAI-palauteraporttien ja muun RAI-vertailutiedon tarkastelu yhdessä henkilöstön kanssa luo edellytykset toiminnan kehittämiseksi. Vastuuyksikön puolivuositteiset vertailutiedot luovat pohjan työryhmän RAI-tiedon hyödyntämiselle omavalvonnassa ja yksikön toiminnan kehittämisessä. Työryhmä laatii yhdessä yksikön henkilöstön kanssa yksikön toiminnan kehittämiseksi tavoitteet RAI – tietoa hyödyntäen hyvinvointialueen strategiaan ja laatutavoitteisiin perustuen. Tavoitteet asettamalla yhdessä, henkilöstö sitoutetaan yhdessä kehittämään toimintaa.

2.4 RAI-roolit ja vastuut

2.4.1 RAI-asiantuntija

Hyvinvointialueella, ikäihmisten palveluissa työskentelee kolme RAI-asiantuntijaa, Ikä on POP-hankkeessa vuoden 2023 loppuun. Tavoitteena on RAI-asiantuntijoiden rekrytoiminen RAI-toimintamallin koordinoimiseen pysyväisluontoisesti.

RAI - asiantuntijat toimivat:

1. Oulu eteläisen & Rannikon
2. Oulunkaaren, Koillismaan & Lakeuden sekä
3. Oulun

ikäihmisten palveluissa alueellisesti.

RAI-asiantuntija on koulutukseltaan vähintään AMK-tutkinnon omaava sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, joka on innostunut ja motivoitunut RAI-toiminnan kehittäjä. RAI-asiantuntija kykenee hahmottamaan laajoja kokonaisuuksia ja tarkastelemaan mittareita sekä tuloksia hyvinvointialueen näkökulmasta. RAI- asiantuntijalla on kansallisen mallin mukainen RAI - kouluttajan pätevyys hankittuna joko THL:n tai ammattikorkeakoulujen toteuttamasta RAI- kouluttaja koulutuksesta. RAI-asiantuntija on myös suorittanut THL:n RAI-verkkokurssit.

RAI-asiantuntijan tehtävänä on koordinoida oman alueensa RAI-verkoston ja toimia vastuuyksikköpäälliköiden ja RAI-vastaavien tukena RAI-toiminnan kehittämisessä ja vahvistamisessa. RAI-asiantuntija edistää yhtenäistä RAI-osaamista hyvinvointialueen tasolla ja toteuttaa RAI-arvioinnin

peruskoulutuksia henkilöstölle. Yhteistyötä tehdään RAI-ohjausryhmän, Terveiden - ja hyvinvoinninlaitoksen (THL), ohjelmistotoimittaja VitecRAIsoftin, muiden toimialueiden johdon sekä ICT-toimijoiden kanssa. RAI-asiantuntija vastaa yhdessä toimialuejohtajana ja palvelualuejohtajan kanssa hyvinvointialueen RAI-arviointivälineistön käytön toteutumiseen liittyvistä asioista. RAI-asiantuntijat koordinoivat RAI-ohjausryhmän toimintaa.

THL:n linjauksen mukaan hyvinvointialueilla on 3 RAI-yhdyshenkilöä, jolle THL tiedottaa ajankohdaisista RAI-asioista. Heille myönnetään pääsy THL:n extranettiin, josta löytyy vertailutietokantojen ajantasaiset tunnukset. Pohteen yhdyshenkilöinä toimivat RAI-asiantuntijat. Asiantuntijan tehtäviin kuuluu oman vastuualueen vertailutiedon raportointi hyödyntäen THL:n vertailutietokantoja. RAI-asiantuntijat osallistuvat kansalliseen THL:n organisoimaan RAI-koordinaattoreiden verkostoon. RAI-asiantuntijoilla on pääsy oman vastuualueensa RAIsoft-ohjelmistoihin. Asiantuntijoilla tulee olla tehtävänkuvansa vuoksi laajat pääkäyttäjän käyttäjäroolit: organisaatiopuun ja käyttäjäryhmien hallinta, käyttäjätunnusten hallinta, lukuoikeudet, korjaustoiminnot sekä hoidon laatu ja kehittämistyö. RAI-asiantuntijoilla on ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi oikeudet asiakastason RAI-tietoihin.

2.4.2 RAI-vastaava

RAI-vastaavana toimiminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkintoa, toimintayksikössä työskentelyä, sekä innostuneisuutta että motivoitumista RAI - arviointivälineistön käyttöön. Tavoite on, että yksiköihin on nimetty vähintään 1 RAI- vastaava ja hänellä on RAI- tehtäviin käytettävissään työaika 2- 3 h kuukaudessa. RAI-vastaava ymmärtää RAI-prosessin ja tietää keskeisempien RAI-mittareiden sisältöjen merkityksen hoidon seurannassa ja arvioinnissa. Hän omaa vahvan perehdytysosaamisen sekä verkosto- ja yhteistyötaidot. RAI-vastaava sitoutuu kehittämään oman yksikkönsä RAI-toimintaa tarkastelemalla toimintaa asiakasrakenteen ja palvelujen laadun avulla.

Hän toimii oman yksikkönsä pääkäyttäjänä. RAI - vastaavan tulee pystyä hallinnoimaan tunnuksia oman yksikön osalta.

RAI- vastaavan tulee pystyä hyödyntämään oman yksikön raportteja:

1. arviointimääristä
2. uloskirjatuista
3. seuraava kokonaisarvioinneista
4. yhteenvedoa tuloksista
5. keskeneräisistä arvioinneista

RAI-vastaava suorittaa hänelle kohdennetut THL: RAI-verkkokurssit ja mahdolliset RAIsoffin verkkokurssit. RAI - vastaavalla tulee olla syvempi RAI- osaaminen kuin omahoitajalla. Osaamista vahvistetaan tarpeen mukaan järjestettävillä syventävillä koulutuksilla.

RAI-vastaava toimii läheisessä yhteistyössä vastuuyksikköpäällikön kanssa. Toimintaa vahvistavat sovitut aikataulut tapaamisista RAI-toimintaan liittyen sekä vastuuyksikköpäällikön että tiimin kanssa. RAI-vastaava osallistuu myös alueellisen RAI-toiminnan ja palvelupolun kehittämiseen.

RAI-vastaava sitoutuu toimimaan työyhteisön lähitukena RAI-toiminnassa. Hän sanoittaa RAI-asioita RAI-arviointien kautta ja tiedottaa RAIhin liittyvistä asioista. Hän tunnistaa RAI-arvioinnissa osaamisen puutteet ja puuttuu niihin systemaattisesti. Lähitukeen kuuluvat myös osaamisen varmistaminen, perehdytys ja yksilöllinen valmentaminen RAI-arviointeihin liittyen. RAI-vastaavan tehtäviin kuuluu RAIsoft-tunnuksien luominen RAI-arviointeja tekeväälle ammattilaiselle osaamisen varmistamisen jälkeen. RAI-vastaava muistuttaa ja varmistaa RAI-arviointien ajantasaisuudesta, sekä tarkistaa arvioinnit ennen THL:n lukituspäivää. RAI-vastaavan tehtäviin kuuluu myös valvoa arvioinneista saatavan tiedon hyödyntäminen, toteutus ja tiedon siirtäminen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmiin. RAI - vastaava hyödyntää RAI - vuosikelloa yksikön toiminnan suunnittelussa.

2.4.3 Omahoitaja

Asiakkaan omahoitajana voi toimia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, joka omaa vähintään perus- tai lähihoitajan koulutuksen. Ennen RAI-arviointien tekemistä omahoitaja suorittaa hänelle kohdennetut THL:n RAI-verkkokurssit ja mahdolliset RAIsoffin verkkokurssit. Ensimmäisen arvioinnin hän suorittaa aina kokeneemman henkilön läsnä ollessa. RAIsoffin käyttäjäroolina on oikeus kaikkiin RAIsoft-ohjelmiston perustoimintoihin ja hoitosuunnitelma-moduuliin. Käyttäjärooli antaa oikeudet lisätä uuden henkilön, luoda ja muokata arviointia ja asiakkaan jaksoja. Lisäksi se sisältää lukuoikeuden henkilötietoihin, arviointitietojen vertailuun ja henkilöiden siirtämiseen eri yksikköön sekä raporttiosioon ottaa tuloksista yhteenvedon arviointitietoon perustuen.

Omahoitaja hallitsee arvioinnin teknisen toteuttamisen ja ymmärtää luotettavan RAI-arvioinnin prosessin sekä sen merkityksen. Omahoitaja sitoutuu toteuttamaan omahoidettavien lakisääteiset RAI-arvioinnit palvelun alkamisen ajankohdasta, puolivuositain ja/tai voinnin oleellisesti muuttuessa.

Omahoitaja tiedottaa asiakasta ja omaisia RAI-arvioinnin ajankohdasta, suunnittelee arviointi ajanjakson ja tiedottaa tästä omaa tiimiään. Apuna suunnittelussa ja tiedottamisessa käytetään yksikön RAI-vuosikelloa. Arviointi suoritetaan yhteistyössä asiakkaan ja omaisen kanssa sovittuna ajankohdana. Arvioinnissa huomioidaan asiakas- ja/tai potilastietokannoista saatavat yksilölliset asiakastiedot. Saatava RAI-arviointitieto siirretään arvioinnin lukituksen jälkeen asiakkaan ja omaisen sekä tiimin tietoon. Samalla asiakas ja/tai omaisen asettaa mahdolliset hoidon- ja palvelun tavoitteet. Ta-

voitteet asettamalla asiakas sitoutuu paremmin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan, joka luodaan RAI-tulosten perusteella. Omahoitajan tehtävä on siirtää saatavat RAI-tulokset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan, arvioida aiemmin asetetut tavoitteet ja tiedottaa voimavaralähtöisistä hoidon linjauksista omaa tiimiään. RAI-arvioinneista saatavaa tietoa omahoitaja käsittelee aina asiakas- ja potilastietona.

2.4.4 Vastuuyksikköpäällikkö

Vastuuyksikköpäällikkö ymmärtää RAI-arviointiprosessin ja sitoutuu tarkastelemaan yksikkönsä toimintaa, laatua ja omavalvontaa RAI-arviointien kautta yhdessä henkilöstönsä kanssa. Vastuuyksikköpäällikön osaaminen RAI-arviointien konkreettiseen tekemiseen ja palauteraporttien ajamiseen nouseekin isoon rooliin. Vastuuyksikköpäällikkö sitoutuu valmentamaan ja tukemaan henkilöstöä RAI-tiedon ymmärtämisessä ja tiedon käytössä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa yhteistyössä RAI-vastaavan kanssa.

Vastuuyksikköpäällikkö huolehtii omasta RAI-osaamisestaan suorittamalla hänelle kohdennetut THL:n verkkokurssit sekä perehtyy RAI-toimintamalliin Innokylän verkkosivustolta. Vastuuyksikköpäällikkö hallitsee itse RAI-arvioinnin toteuttamisen.

Vastuuyksikköpäällikkö nimeää yksikkönsä RAI-vastaavan (t). Vastuuyksikköpäällikkö mahdollistaa työvuorosuunnittelun kautta tarvittavan henkilöstö- ja aikaresurssin RAI-toimintaan, koulutukseen, perehdytykseen ja RAI-tiedon siirtoon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmiin. Aikaa on varattava myös yhteistyöhön RAI-vastaavan ja henkilöstön kanssa. RAI-vastaavan ja yksikköpäällikön kiinteä yhteistyö luo perustan RAI-välineistön käytön onnistumiselle sekä laadukkaan että luotettavan tiedon saannille.

RAI-arviointi ja siitä saatavat vertailutiedot kuuluvat myös yksikön johtamiseen ja henkilöstöhallintoon. Henkilöstön RAI-osaaminen arvioidaan säännöllisesti vastuuyksikköpäällikön toimesta vuosittain käytävissä kehityskeskusteluissa.

Vastuuyksikköpäällikkö työstää puolivuositain yksikkönsä palauteraportit THL:n tietokannoista. Palauteraporttien pohjalta vastuuyksikköpäällikkö luo yksikön toiminnalle tavoitteet sekä kehittämistoimet hyvinvointialueen strategian, järjestämissuunnitelman ja laatutavoitteiden mukaisesti. Vastuuyksikköpäällikkö toimittaa oman yksikkönsä koosteen vastuualuepäällikölle ja koosteita käydään yhdessä läpi palvelualueen johtoryhmässä.

Vastuuyksikköpäälliköllä tulee olla vähintään mahdollisuus hallinnoida tunnuksia ja hyödyntää oman yksikön raportteja:

1. arviointimääristä

2. uloskirjatuista
3. tilastoraporttia
4. henkilötason tuloksia
5. seuraava kokonaisarvioinneista
6. yhteenvetoa tuloksista
7. keskeneräisistä arvioinneista
8. laatumoduulin analyysseja

2.4.5 Vastuualuepäällikkö

Vastuualuepäällikkö tarkastelee omaa vastuualuettaan RAI vertailutiedon avulla. Vertailutiedon avulla perehdytään asiakasrakenteeseen ja sen muutoksiin sekä kartoitetaan ja ennakoidaan asiakaskunnan palvelujen tarvetta yhdessä vastuuyksikköpäällikköiden kanssa. Vastuualuepäällikkö luotsaa oman alueen palveluiden ja toimintakäytänteiden kehittämistyötä asiakaskunnan tarpeiden mukaisesti ja hoidon laadun näkökulmasta. Vastuualuepäällikkö huolehtii RAI tiedon säännöllisestä käsittelystä alueen ohjausryhmässä sekä seuraa laatusuhteiden toteutumista yksiköissä. Vastuualuepäällikkö seuraa yksiköissä säännöllisen RAI toiminnan toteutumista ja RAI vastaavan työajan käyttöä RAI toiminnassa. Vastuualuepäällikkö voi hyödyntää seuraavia vertailutietokantoja palveluiden ja toiminnan ohjauksessa:

- palauteraportteja
- järjestäjätietokantaa
- tilaajatietokantaa
- asiakasohjaustietokantaa

Vastuualuepäälliköllä tulee olla vähintään mahdollisuus hyödyntää oman vastuualueen raportteja:

1. arviointimääristä
2. tilastoraporttia
3. henkilötason tuloksia
4. seuraava kokonaisarvioinneista
5. yhteenvetoa tuloksista
6. keskeneräisistä arvioinneista
7. laatumoduulin analyysseja

2.4.6 Palvelualuejohtaja

Palvelualuejohtaja tarkastelee omaa palvelualueuttaan RAI vertailutiedon avulla. Vertailutiedon avulla perehdytään asiakasrakenteeseen ja sen muutoksiin sekä kartoitetaan ja ennakoidaan asiakaskunnan palvelujen tarvetta yhdessä vastuualue- ja yksikköpäällikköiden kanssa. Palvelualuejohtaja linjaa oman alueen palveluiden ja toimintakäytänteiden kehittämistä asiakaskunnan

tarpeiden mukaisesti ja hoidon laadun näkökulmasta. Palvelualuejohtaja vastaa RAI tiedon säännöllisestä käsittelystä alueen ohjausryhmässä sekä seuraa laatutavoitteiden toteutumista yksiköissä.

Palvelualuejohtaja voi hyödyntää seuraavia vertailutietokantoja palveluiden ja toiminnan ohjauksessa:

- palauteraportteja
- järjestäjätietokantaa
- tilaajatietokantaa
- asiakasohjaustietokantaa

Palvelualuejohtajalla tulee olla vähintään mahdollisuus hyödyntää oman vastualueen raportteja:

1. arviointimääristä
2. tilastoraporttia
3. yhteenvetoa tuloksista
4. laatumoduulin analyyseja

2.4.7 Toimialuejohtaja

Toimialuejohtaja tarkastelee omaa toimialuettaan RAI vertailutiedon avulla. Toimialuejohtaja linjaa oman toimialueen kehittämistä asiakaskunnan tarpeiden ja hoidon laadun näkökulmasta.

Toimialuejohtaja voi hyödyntää seuraavia vertailutietokantoja palveluiden ja toiminnan ohjauksessa:

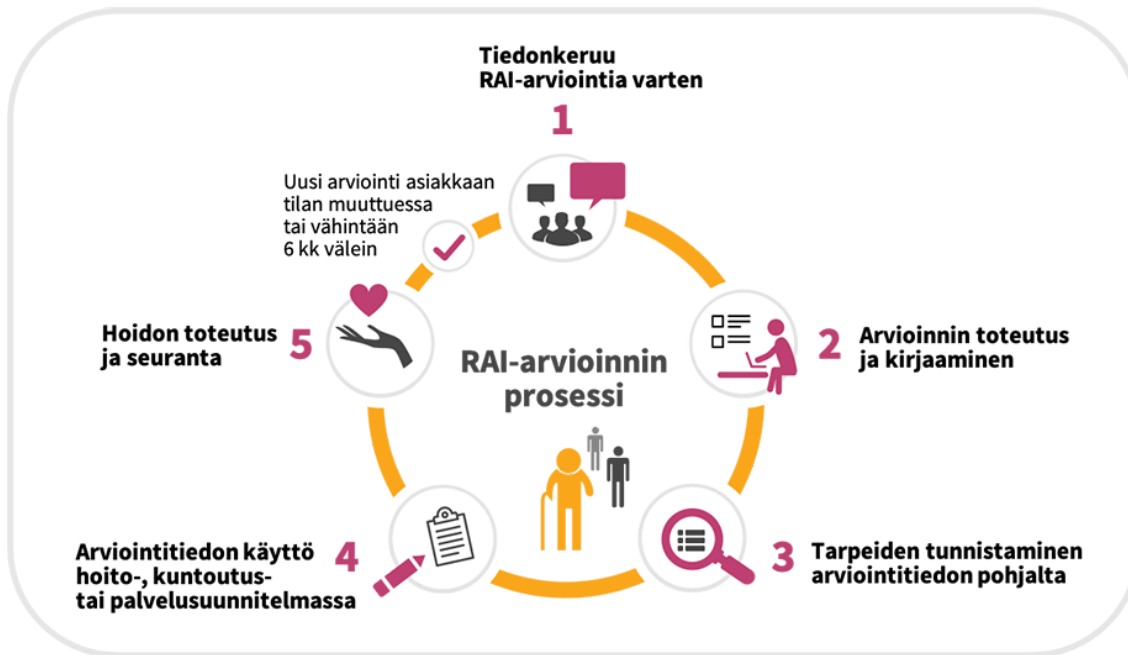
- palauteraportteja
- järjestäjätietokantaa
- tilaajatietokantaa
- asiakasohjaustietokantaa

Toimialuejohtajalla tulee olla vähintään mahdollisuus hyödyntää oman vastualueen raportteja:

1. arviointimääristä
2. tilastoraporttia
3. laatumoduulin analyyseja

3 RAI-PROSESSIT PALVELUISSA

Luotettavan RAI-arvioinnin toteuttamiseksi tarvitaan ammatillista osaamista sekä taitoa toteuttaa RAI-arviointi ja kirjata se ohjelmistoon. Hyvä arviointi syntyy silloin kun sen tekemiseen on varattu riittävästi aikaa, arviointi tehdään moniammatillisesti ja yhteistyössä asiakas ja/tai läheinen osallistamalla.



THL:n viisi arviointiprosessin vaihetta

3.1 Ikäihmisten palvelujen myöntämisen perusteet

Pohjois - Pohjanmaan ikäihmisten palveluihin on laadittu strategian ja järjestämissuunnitelman mukaisten ikäihmisten palvelujen myöntämisen perusteet, joissa hyödynnetään RAI- arviointituloksia. Palvelutarpeen arvioinnin apuna käytetään RAI-toimintakykymittareita. Oheiset mittareiden arvot ovat ohjeellisia ja arvioinnissa huomioidaan yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanne. Arviointia tehdään kokonaisvaltaisesti testein, haastatteluin ja havainnoin yhteistyössä asiakkaan ja/tai hänen edustajansa kanssa.

Hyvinvointialueen valmistelevat työryhmät ovat yhteistyössä Ikä on POP- hankkeen RAI - asiantuntijoiden sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden toimesta työstäneet palvelujen myöntämisen perusteita RAI-kriteereiksi työpajatoimintana. Työstetyt myöntämisen perusteet esitellään palvelukohtaisesti tulevaisuuslautakunnalle, joka vahvistaa palvelujen myöntämisperusteet.

3.2 RAI- Prosessikuvaus ikäihmisten palveluissa

3.2.1 Palveluohjaus

RAI-arviointitieto kulkee ikäihmisen mukana koko palvelupolun ajan. Ensimmäinen arviointi tehdään palveluohjauksessa, kun selvitetään ikäihmisen voimavarat, avun ja palvelun tarve on. Palveluohjauksessa RAI-arviointi tehdään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, sekä ensimmäisellä käynnillä että seurantakäynnillä. Mikäli ikäihminen ohjautuu sosiaalihuoltolain mukaisten säännöllisten palveluiden piiriin, RAI-arviointi tehdään kyseisessä palvelussa säännöllisesti. Iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa käytetään Pohjois-Pohjanmaan osittaisarvioinnin palvelutarpeen arviointivälinettä. Arviointi tehdään yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti omaisen/läheisen kanssa, kysellen, keskustellen ja havainnoiden. Arviointitiedon perusteella palveluohjaaja yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisten muiden toimijoiden kanssa laatii yksilöllisen asiakassuunnitelman ja ohjaa asiakkaan hänen palvelutarvettaan vastaavan palvelun piiriin. Arvioinnista muodostuvat mittarit ja herätteet ovat ohjaavia tietoja oikeanlaista palvelun tarvetta mietittäessä ja ovat yksi palvelujen myöntämisen peruste.

3.2.2 Kotikuntoutus

Kotikuntoutus käyttää RAI - arviointivälineenä Pohteen kotikuntoutuksen osittaisarviointia. Kotikuntoutusjakso toteutuu asiakkaan tilanteen mukaisesti joko kotona tai arviointi- ja kuntoutusyksikössä. Arvioinnin tekemiseen osallistuvat kaikki kotikuntoutustiimin jäsenet, asiakas sekä hänen läheisenä/omaisensa. Arviointi voidaan aloittaa jo palvelun ohjauksessa, mutta itse arviointi toteutetaan kotikuntoutustiimin tuottamana sekä kotikuntoutuksen alussa (arviointi avoinna 3-7 pv), että loppuarviointivaiheessa. RAI-arviointia apuna käyttämällä luodaan yksilöllinen, voimavara- ja asiakaslähäinen kuntoutussuunnitelma. Suunnitelman apuna käytetään RAI-arvioinnista nousseita herätteitä ja voimavaroja. Suunnitelma annetaan aina tiedoksi sekä asiakkaalle ja hänen läheiselleen/omaiselle että hoitavalle kotikuntoutukseen osallistuvalla tiimillä.

3.2.3 Kuntouttava päivätoiminta

Kuntouttava päivätoiminta on sosiaalihuoltolain mukaista säännöllistä palvelua. RAI-arviointi tehdään kuntouttavassa päivätoiminnassa asiakkaalle, jolle ei ole myönnetty muita säännöllisiä sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja. Kuntouttavassa päivätoiminnassa on käytössä Pohjois-Pohjanmaan osittaisarvioinnin palvelutarpeen arviointiväline. Päivätoiminnan ohjaaja tekee arvioinnin moniammatillisesti muiden asiakkaan palvelun suunnitteluun osallistuvien ammattilaisten kanssa. Arviointi tehdään palvelun alussa ja vähintään puolen vuoden välein ja asiakkaan toimintakyvyn ja voinnin oleellisesti muuttuessa.

3.2.4 Omaishoito

lääkkäiden omaishoidettavien palveluntarve arvioidaan Pohjois- Pohjanmaan palveluohjauksen arviointivälinettä käyttäen. Arviointi tehdään omaishoitoa haettaessa ja omaishoitotilanteen aikana toimintakyvyn tai tilanteen muuttuessa. Omaishoidon myöntämisen perusteissa otetaan huomioon hakijan RAI-arviointitulokset. Jos asiakkaalla ei ole muita sosiaalihuoltolain mukaisia iäkkäiden säännöllisiä palveluita käytössään, omaishoidon palveluohjaaja vastaa RAI-arvioinnin päivittämisestä. Mikäli omaishoidettavalla on myös säännöllinen kotihoidon palvelu tms., kotihoito vastaa asiakkaansa RAI-arvioinnin säännöllisestä päivittämisestä yhteistyössä omaishoidon palveluohjaajan kanssa.

3.2.5 Perhehoito

Pitkäaikainen niin ammatillinen kuin toimeksiantoperusteinen perhehoito on säännöllistä palvelua ja näin edellyttää lain vaatimaa RAI - arviointivälineistön käyttöä.

Perhehoidon asiakkuuksissa käytetään iRAI- HC arviointivälinettä säännöllisesti puolivuositain tai ikäihmisen voinnin/ palvelutarpeen oleellisesti muuttuessa.

Perhehoidossa RAI- arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan, omaisen sekä perhehoitajan kanssa. RAI- arvioinnin toteuttamisesta vastaa Pohteen ammattilainen, voi olla alueen palveluohjaaja, kotihoidon vastaava tms.

3.2.6 Kotihoito/yhteisöllinen asuminen

Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen tiimeissä RAI-arvioinneissa välineenä käytetään iRAI-HC-arviointivälinettä. Arvioinnin tekemiseen osallistuvat kaikki tiimin jäsenet, asiakas sekä hänen läheisenä/omaisensa. Säännöllisen palvelun aloitusarviointi tulee olla toteutettuna viimeistään 2 kuukauden kuluttua palvelun alkamisesta.

Kotihoidon asiakkaiden RAI- arviointiin jyvitetään työaika kotihoidon toiminnanohjauksessa. Tärkeää onkin hyvä tiedonkulku kotihoidon ja toiminnanohjauksen kesken myös RAI- arviointien osalta.

Arvioinnin vastuuhenkilönä toimii nimetty omahoitaja, joka tiedottaa sekä tiimiä että asiakasta ja hänen omaistaan/läheistään arvioinnista ja sen tuloksista. Arvioinnissa tietoa kerätään terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmistä, asiakkaalta, omaiselta/läheiseltä sekä havainnoimalla. Arvioinnissa tulee aina huomioida asiakkaan asettamat toiveet ja tavoitteet palvelulle.

Omahoitaja siirtää RAI-arvioinnin tulokset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan sekä huomioi siitä nousseet herätteet ja voimavarat. Arviointi uusitaan aina puolen vuoden välein tai asiakkaan

voinnin oleellisesti, pitkäaikaisesti muuttuessa. Asiakkaan poistuessa palvelun piiristä siirtää lähtevän yksikön RAI-vastaava asiakkaan toiseen yksikköön ohjelmiston sisällä tai uloskirjaa asiakkaan sosiaalihuollon palvelun päättyessä ohjelmistosta.

Palvelutarpeen oleellisesti muuttuessa vastuuyksikköpäällikkö tekee päätöksen muuttuneista kotihoidon palveluista ja muutokset ilmoitetaan aina toiminnanohjaukseen.

3.2.7 Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa RAI-arviointivälineenä käytetään iRAI-LTCF -arviointivälinettä. Arvioinnin tekemiseen osallistuvat kaikki tiimin jäsenet, asiakas sekä hänen läheisenä/omaisensa. Arviointi tehdään 2 viikon sisällä palvelun aloituksesta. Arvioinnin vastuuhenkilönä toimii nimetty omahoitaja, joka informoi sekä tiimiä että asiakasta ja hänen omaistaan/läheistään arvioinnista ja sen tuloksista. Arvioinnissa tietoa kerätään terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmistä, asiakkaalta, omaiselta/läheiseltä sekä havainnoimalla. Arvioinnissa tulee aina huomioida asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä toiveet ja tavoitteet palvelulle.

Omahoitaja siirtää RAI-arvioinnin tulokset 1 kuukauden sisällä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan sekä huomioi siitä nousseet herätteet sekä voimavarat. Arviointi uusitaan aina säännöllisellä 6 kk välein tehtävällä arvioinnilla tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Asiakkaan poistuessa palvelun piiristä siirtää lähtevän yksikön RAI-vastuuhenkilö asiakkaan toiseen yksikköön RAIssoft-ohjelmiston sisällä tai uloskirjaa asiakkaan sosiaalihuollon palvelun päättyessä RAIssoft-ohjelmistosta.

3.3 Vammais palvelut

3.3.1 Palveluohjaus

RAI-arviointitieto kulkee vammaisen henkilön mukana koko palvelupolun ajan. Ensimmäinen arviointi tehdään vammais palvelujen yhteisissä palveluissa joko osaamiskeskuksessa tai ensiarviointimissä, kun selvitetään vammaisen henkilön voimavarat, avun ja palvelun tarve on. RAI-arviointi tehdään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

Mikäli vammaisen henkilö ohjautuu vammais- tai sosiaalihuoltolain mukaisten säännöllisten palvelujen piiriin, RAI-arviointi tehdään kyseisessä palvelussa säännöllisesti. Arviointi tehdään yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti omaisen/läheisen kanssa, kysellen, keskustellen ja havainnoiden. Arviointitiedon perusteella sosiaalityöntekijä/palveluohjaaja yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisten muiden toimijoiden kanssa laatii yksilöllisen asiakassuunnitelman ja ohjaa asiakkaan hänen palvelutarvettaan vastaavan palvelun piiriin. Arvioinnista muodostuvat mittarit ja herätteet ovat ohjaavia tietoja oikeanlaista palvelun tarvetta mietittäessä.

3.3.2 Ohjauspalvelut, tuettu ja yhteisöllinen asuminen

Ohjauspalvelujen sekä tuetun ja yhteisöllisen asumisen tiimeissä RAI-arvioinneissa välineenä käytetään interRAI-ID- arviointivälinettä. Arvioinnin tekemiseen osallistuvat kaikki tiimin jäsenet, asiakas sekä hänen läheisensä/omaisensa. Säännöllisen palvelun aloitusarviointi tulee olla toteutettuna viimeistään 2 kuukauden kuluttua palvelun alkamisesta. Arvioinnin vastuuhenkilönä toimii nimetty omaohjaaja, joka tiedottaa sekä tiimiä että asiakasta ja hänen omaistaan/läheistään arvioinnista ja sen tuloksista. Arvioinnissa tietoa kerätään terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmistä, asiakkaalta, omaiselta/läheiseltä sekä havainnoimalla. Arvioinnissa tulee aina huomioida asiakkaan asettamat toiveet ja tavoitteet palvelulle. Omaohjaaja siirtää RAI-arvioinnin tulokset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan sekä huomioi siitä nousseet herätteet ja voimavarat.

Arviointi uusitaan aina puolen vuoden välein tai asiakkaan toimintakyvyn tai tilanteen oleellisesti, pitkäaikaisesti muuttuessa. Asiakkaan poistuessa palvelun piiristä siirtää lähtevän yksikön RAI-vas- taava asiakkaan toiseen yksikköön ohjelmiston sisällä tai uloskirjaa asiakkaan palvelun päättyessä ohjelmistosta. Palvelutarpeen oleellisesti muuttuessa sosiaalityöntekijä/palveluohjaaja tekee päätöksen muuttuneista palveluista sekä laatii uuden asiakassuunnitelman, jonka pohjalta asiakkaalle laaditaan uusi kuntoutussuunnitelma.

3.3.3 Ympäri vuorokautinen asuminen

Ympäri vuorokautisessa asumisessa RAI-arviointivälineenä käytetään interRAI-ID arviointivälinettä. Arvioinnin tekemiseen osallistuvat kaikki tiimin jäsenet, asiakas sekä hänen läheisensä/omaisensa. Arviointi tehdään 2 kuukauden sisällä palvelun aloituksesta. Arvioinnin vastuuhenkilönä toimii nimetty omaohjaaja, joka informoi sekä tiimiä että asiakasta ja hänen omaistaan/läheistään arvioinnista ja sen tuloksista. Arvioinnissa tietoa kerätään terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmistä, asiakkaalta, omaiselta/läheiseltä sekä havainnoimalla. Arvioinnissa tulee aina huomioida asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä toiveet ja tavoitteet palvelulle. Omaohjaaja siirtää RAI-arvioinnin tulokset viipymättä kuntoutussuunnitelmaan sekä huomioi siitä nousseet herätteet sekä voimavarat.

Arviointi uusitaan aina säännöllisellä 6 kk välein tehtävällä arvioinnilla tai toimintakyvyn/tilanteen oleellisesti muuttuessa. Asiakkaan poistuessa palvelun piiristä siirtää lähtevän yksikön RAI-vas- tuuhenkilö asiakkaan toiseen yksikköön RAIsoft-ohjelmiston sisällä tai uloskirjaa asiakkaan palvelun päättyessä RAIsoft-ohjelmistosta.

3.4 Sidosryhmät

RAI-arviointivälinettä käyttävät myös erilaiset sidosryhmät, kuten terapeutit, lääkärit ja valvonta. Terapeutit ja lääkärit voivat käyttää RAI-tietoa hyväksi iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa ja sen tukemisessa.

Pohteen sisäinen valvonta käyttää VitecRAIsoft-ohjelmistosta saatavaa raportti-tietoa yksiköiden valvonnan yhteydessä. Valvonnalla on käyttäjäoikeudet oman alueensa yksiköiden raportteihin. Raportit antavat tietoa arviointien ajantasaisuudesta, kattavuudesta sekä nykytilasta. Valvonta käyttää työssään myös RAI-vertailutietokantoja tarkastellessaan yksiköiden laatuindikaattoreita ja asiakasrakennetta.

3.5 Siirrä toiminto asiakkaan palvelupolulla

Ikäihmiselle toteutetaan palvelutarpeen arviointi, jolloin hänet kirjataan ”sisään” palveluohjauksen yksikköön -> asiakkaalle avataan tätä varten uusi jakso.

- **Mikäli ei käynnisty säännöllistä palvelua, asiakas uloskirjataan palveluohjauksen yksiköstä.**

Palveluohjauksessa todetaan asiakkaan tarvitsevan kotihoitoa. Asiakas siirtyy arviointi- ja kuntoutusjaksolle. Asiakas siirretään kotikuntoutuksen yksikköön tai arviointi- ja kuntoutusyksikköön **'Siirrä henkilö'** -toiminteella. Säännöllisen kotihoidon perusteiden täytyessä kuntoutusjakson loppussa, asiakas siirretään kotihoidon yksikköön **'Siirrä henkilö'** -toiminteella. Uutta jaksoa ei avata.

- **Mikäli ei käynnisty säännöllistä palvelua, asiakas uloskirjataan yksiköstä**

Myöhemmin asiakas siirretään ympärivuorokautisen hoidon yksikköön **'Siirrä henkilö'** -toiminteella. Uutta jaksoa ei avata. Asiakkaan palvelusuhde päättyy (esim. kuolema). Asiakas uloskirjataan sen hetkisestä yksiköstä, jakso sulkeutuu. Tällöin asiakkaalla on ollut yksi ja sama jakso hoitosuhteen koko elinkaaren ajan.

4 RAI-OSAAMISEN VARMISTAMINEN HYVINVOINTIALUEELLA

4.1 Perehdytys

Perehtyminen Pohteen RAI-toimintamalliin aloitetaan perehtymällä yksikön, vastuu- ja palvelualueen RAI toimintaan ja suorittamalla THL RAI –verkkokoulutukset, joista tulostetaan todistukset ja toimitetaan se esihenkilölle. Lisäksi suoritetaan RAI-kouluttajan pitämä RAI-arviointikoulutus, jonka jälkeen saa suoritus merkinnän Hessun koulutuskorttiin. RAI-verkkokoulu on tarkoitettu Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden itse järjestämän RAI-koulutuksen tai -perehdytyksen osaksi RAI välineeseen. THL:n verkkokoulun suorittavat uudet työntekijät ja lisäperehtymistä RAI –välineeseen tarvitsevat työntekijät, esihenkilöt ja opiskelijat.

Tämän jälkeen tapahtuu käytännön perehtyminen RAI- vastaavan kanssa RAI-arvioinnin ja hoito- ja palvelusuunnitelman harjoitteluun ja tekemiseen. Perehtyminen jatkuu suorittamalla RaiSoft –verkkokoulutus (RAI-kannat, joissa koulutusosion on valmiina). Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on, että osallistujat oppivat RAI-arvioinnin tekemisen, tulosten tulkinnan ja henkilöraporttien tarkastelun. Tunnukset verkkokouluun saa käytännön perehtymisen ja harjoittelun jälkeen esihenkilöltä ja/tai yksikön RAI-vastaavalta. Verkkokoulusta tulostetaan todistus ja toimitetaan se esihenkilölle. Verkkokoulutuksen suorittavat kaikki työntekijät, jotka käyttävät työyksikkönsä interRAI –välinettä. Tämän jälkeen alkaa RAI –arvioinnin ja hoito- ja palvelusuunnitelman itsenäinen tekeminen moniammatillisesti.

4.2 Osaamisen polku

RAI-osaajaksi kehittymisen polku etenee seuraavasti:

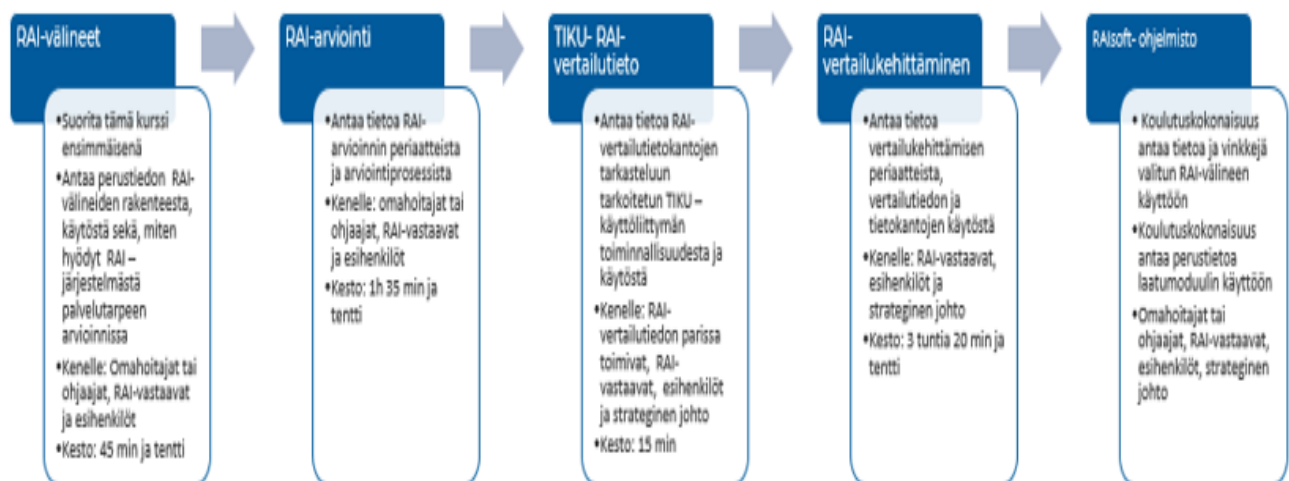
Aloittelija on suorittanut THL: RAI välineet ja RAI-arviointiin liittyvät verkkokurssit. Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on tietää, miten kehitytään RAI-osaajaksi, miten hankitaan tiedot luotettavan RAI-arvioinnin tekemiseksi sekä miten käytetään RAI-mittareita asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja seurannassa.

Edistyneen käyttäjän tavoitteena on ymmärtää arviointikysymysten merkitys ja käyttää taitavasti RAI-käsikirjaa sekä on suorittanut verkkokurssien lisäksi RAI-arviointikurssin ja harjoitellut RAI-arvioinnin tekemistä joko RAI-vastaavan tai RAI-kouluttajan kanssa. Tavoitteena on syventää osaamista RAI-välineiden ja arvioinnin hyödyistä, RAI-välineiden rakenteesta ja RAI-arvioinnin prosessista, RAI-mittareista ja herätteistä sekä miten hyödyntää RAI-tietoa hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmassa. Käyttäjä on suorittanut THL: RAI välineet ja RAI-arviointiin liittyvät verkkokurssit sekä RAI-arviointikoulutuksen RAI-asiantuntijan kouluttamana.

Pätevän käyttäjän tavoitteena on soveltaa mittareista ja herätteistä saatua tietoa sekä miten hyödyntää RAI-tietoa asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa moniammatillisesti. Käyttäjä osaa kirjata RAI arviointiin voimavaralähtöisesti sekä hyödyntää arviointitietoja voimavaroja tukevan hoitotyön suunnittelussa ja vaikuttavuuden seurannassa. Käyttäjä on suorittanut THL:n RAI-välineet, arviointi- TIKU vertailutieto ja vertailukehittämisen verkkokoulutukset.

Taitavan käyttäjän tavoitteena on analysoida RAI-tietoa ja käyttää sitä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä sekä niiden toteuttamisen seurannassa moniammatillisesti. Taitava käyttäjä on suorittanut THL:n RAI-välineet, arviointi- TIKU vertailutieto ja vertailukehittämisen verkkokoulutukset ja hyödyntää RAI vertailutietoa toiminnan kehittämisessä moniammatillisesti.

Asiantuntijan tavoitteena on kehittää toimintakäytäntöjä RAI-tiedon avulla sekä kouluttaa ja ohjata henkilöstöä hyödyntämään RAI-tietoa. Asiantuntija on suorittanut vähintään THL:n RAI-välineet, arviointi- TIKU vertailutieto ja vertailukehittämisen verkkokoulutukset sekä THL:n kouluttajakoulutuksen ja hyödyntää RAI vertailutietoa toiminnan kehittämisessä moniammatillisesti koko hyvinvointialueen laajuisesti.



Kuvaus Pohteella suoritettavista RAI- verkkokouluista eri toimijoille.

4.3 Koulutussuunnitelma

Hyvinvointialueella toteutuu omahoitajille RAI- arviointikoulutuksia välinekohtaisesti ns. nonstop-periaatteella. Arviointikoulutus sisältää ennakkotehtävän, teoriakoulutuksen 4h sekä sparrauksen RAI- vastaavan/ RAI- kouluttajan toimesta.



Esimerkki arviointikoulutusten toteutumisesta vuositasolla

RAI- asiantuntijat kartoittavat osaamisen tarpeita säännöllisesti hyvinvointialueella ja tarpeen mukaisesti toteuttavat tai hankkivat RAI - ohjausryhmän päätöksen mukaista RAI - koulutusta eri kohde-ryhmille.

5 RAI-TIEDOLLA JOHTAMINEN HYVINVOINTIALUEELLA

RAI-välineistön käytön vaikutuksia tarkastellaan sekä asiakkaan RAI-arviointien ja arviointitiedon käytön, sekä RAI-vertailutiedon, eli tiedolla johtamisen näkökulmasta. Asiakkaiden RAI- arvioinneista koostuu RAI - vertailutietoa, jota hyödynnetään Pohteella yksikötason johtamisesta aina strategisen tason johtamiseen asti. RAI- vertailutiedot kuvaavat Pohteen asiakasrakennetta, palvelutarpeita, palvelujen toteutumista ja muutoksia. Pohteen hyvinvointialue on mukana THL:n organisoimassa yhteisrahoitteisessa vertailukehittämisessä, joka mahdollistaa käyttöön monipuoliset, laajemmat vertailutietokannat. Pohteen osittaisarviointia hyödyntävät yksiköt käyttävät tiedolla johtamisessa ohjelmiston raportteja sekä tiedolla johtamisen työkaluja THL:n vertailutiedon puutteen vuoksi.

5.1 RAI-tiedolla johtaminen yksikötasolla

Lähijohtamisessa hyödynnetään THL:n palauteraportti - tietokantaa, joka mahdollistaa oman yksikön toiminnan seuraamisen ja hyvinvointialueen yksiköiden vertailun välinekohtaisesti. Vastuuyksikköpäällikkö voi hyödyntää myös easyRAI-der- vertailutietokantaa oman yksikön toiminnan tarkasteluun ja vertailuun muihin yksiköihin nähden. Vastuuyksikköpäällikkö hyödyntää RAI- vertailutietoa yksikön omavalvontasuunnitelmassa ja sanoittaa yksikön asiakasrakennetta, palvelujen tarvetta ja erityispiirteitä auki RAI- vertailutiedon avulla. m Vastuuyksikköpäällikön vastuulla on tarkastella ja ohjata oman yksikön arviointitoiminnan luotettavuutta. Luotettavan arviointitoiminnan myötä yksikkö saa luotettavat tulokset laatutavoitteisiin nähden ja näin vastuuyksikköpäällikkö yhdessä henkilöstön kanssa asettaa kehittämistoimia laatutavoitteisiin peilaten.

5.2 RAI- tiedolla johtaminen vastuu-, palvelu- ja toimialueittain

Vastuualuepäälliköt, palvelu- ja toimialuejohtajat hyödyntävät omassa työssään alueen palauteraportti- tietoa. Alueen RAI - asiantuntija laatii alueen vertailutiedot kuvailemaan muotoon hyödynnettäväksi ja toimii tukena tiedon hyödyntämisessä. Tällä johtamisen tasolla hyödynnetään myös muita THL:n vertailutietokantoja kuten järjestäjä-, tilaaja- ja iäkkäiden säännöllisten palvelujen RAI- tietokantaa.

Vertailutiedon avulla suunnitellaan ja kehitetään palveluita sekä toimintakäytänteitä asiakaskunnan tarpeiden mukaisesti sekä vertailemalla toimintaa muiden organisaatioiden toimintaan. Vertailutietoa hyödynnetään seurattessa toiminnan tuloksellisuutta ja henkilöstöresursseja.

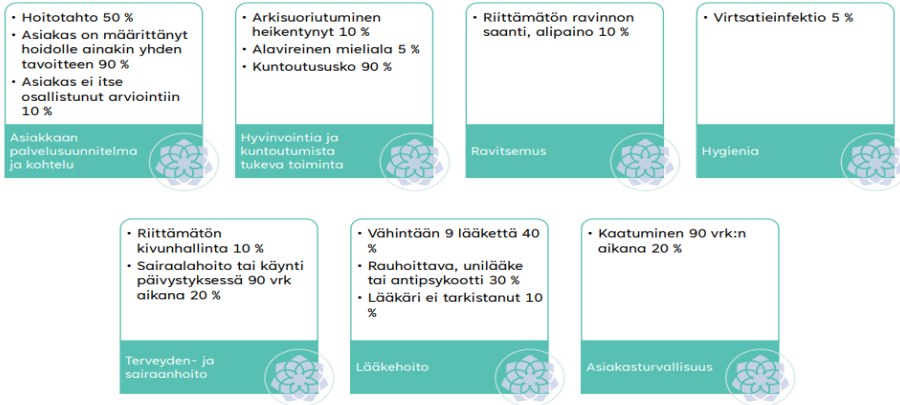
5.3 Laatutavoitteet

RAI-tietoa hyödynnetään organisaatio- ja yksikkötasoisien palvelun laadun varmistamisessa ja kehittämässä seuraten RAI-pohjaisia laadun seurantamittareita. Pohteen ikäihmisten säännöllisiin palveluihin (ympäri vuorokautinen palveluasuminen ja kotiin annettavat palvelut) on asetettu laatutavoitteet syksyllä 2023 palauteraportteihin peilaten. Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen laatutavoitteiksi valittiin 14 seurantamittaria. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen laatutavoitteiksi valittiin 17 seurantamittaria. Mittaritulokset saadaan THL:n koostamasta puolivuositaisesta vertailutiedosta, palauteraporttien kautta. Tavoitteet laadittiin ulkopuolisen asiantuntijan Gerofuturen, RAI-asiantuntijoiden ja ikäihmisten palvelualueen johdon yhteistyössä asiakasrakennetietoon pohjautuen.

Toiminta lähtee ohjautumaan vahvemmin määriteltyjä tavoitteita kohti, kun palvelun laadun seuraamiselle on määritelty seurantamittarit ja tavoitetasot. Laatutavoitteiden seuraaminen on osa yksikön palvelun laadun seuranta. RAI:n avulla seurantamittarit ovat numeerisesti mitattavassa muodossa ja seurantamittarit ovat vertailukelpoisia. Yksikköön määritellyt laatutavoitteet ja niiden toteutuminen kuvataan yksikön omavalvontasuunnitelmassa. Omavalvontasuunnitelmassa laatua kuvaavaa RAI-tietoa voidaan hyödyntää asiakkaan asemaa ja oikeuksia, palvelun sisältöä, asiakasturvallisuutta sekä kehittämistarpeita kuvattaessa. Laadun seurantamittareita on määritelty kattavasti omavalvonnan eri osa-alueilta: asiakkaan palvelusuunnitelmaan ja kohteluun, hyvinvointia ja kuntoutumista tukevaan toimintaan, ravitsemukseen, hygieniaan, terveyden- ja sairaanhoitoon, lääkehoitoon sekä asiakasturvallisuuteen.

Yksikön laatutavoitteita kuvatessa on otettava huomioon yksikön asiakasrakenne, jota voi myös kuvata RAI-tiedon kautta. Yksikön vastuuyksikköpäällikkö yhteistyössä henkilöstön kanssa määrittää laatumittareiden avulla vuosittain yksikön kehittämiskohteet ja niiden tulee olla linjassa organisaation laatutavoitteiden ja yksikön toiminta-ajatuksen kanssa. Laatumittareiden antaman tiedon avulla kehittämistarpeet pystyy tunnistamaan ja priorisoimaan ja näin ollen myös määrittelemään korjaavat toimenpiteet.

Pohteen RAI-laatumittarit tavoitetasoineen



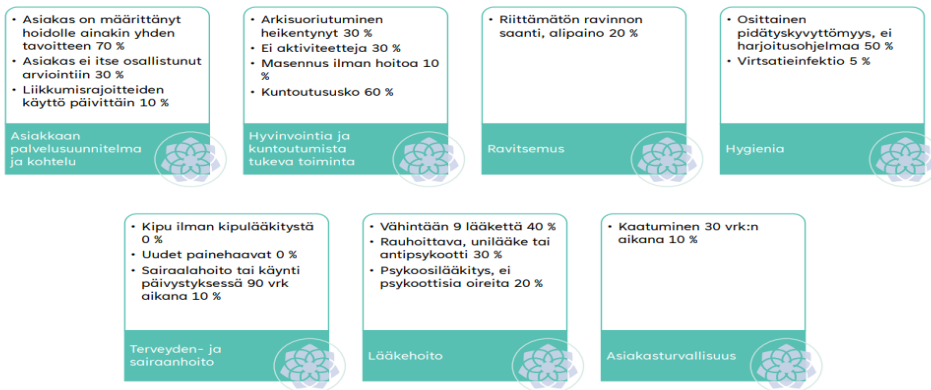
2023

GeroFuture

29

Kotiin annettavien palveluiden laatumittarit

Pohteen RAI-laatumittarit tavoitetasoineen



2023

GeroFuture

27

Ympäri vuorokautisen palveluasumisen laatumittarit

6 VITEC RAISOFT -OHJELMISTO

Pohjois - Pohjanmaalla RAI - arvioinnit toteutetaan sähköisesti Vitec RAISOFT OY:n ohjelmistoon. Hyvinvointialueelle mentäessä eri alueilla on omat SAAS- palvelut käytössään ja SAAS- kantojen yhtenäistämistyö käynnistetään yhdessä RAI - asiantuntijoiden sekä ICT - toimijoiden kanssa. Yhtenäistämistyössä kiinnitetään huomiota myös SAGA - ja ESKO - järjestelmien integraatioiden kehittämiseen.

6.1 RAI-arviointivälineet

Palvelu	Arviointiväline	säännöllisyys
Palveluohjaus	iRAI – osittaisarviointi palveluohjaus, on osittaisarviointi interRAI HC-välineestä	Arvioitaessa säännöllisten palveluiden tarvetta
Arvioiva kotikuntoutus, arviointi-kuntoutus yksiköt	iRAI – osittaisarviointi kotikuntoutus, on osittaisarviointi interRAI HC-välineestä	Kuntoutusjaksolla
Kuntouttava päivätoiminta	iRAI – osittaisarviointi palveluohjaus, on osittaisarviointi interRAI HC-välineestä	Määräaikaisen palvelun aikana puolivuositain tai tilanteen muuttuessa.
Omaishoito	iRAI – osittaisarviointi palveluohjaus, on osittaisarviointi interRAI HC-välineestä	Tilanteen muuttuessa
Perhehoito	iRAI- HC	Puolivuositain/tilanteen muuttuessa
Kotihoito	iRAI- HC	Puolivuositain/tilanteen muuttuessa
Yhteisöllinen asuminen	iRAI- HC	Puolivuositain/tilanteen muuttuessa
Ympäri vuorokautinen palvelu-asuminen	iRAI - LTCF	Puolivuositain/tilanteen muuttuessa
Vammaispalvelut	interRAI	Puolivuositain/tilanteen muuttuessa

Kotihoidon interRAI HC ja ympärivuorokautisen palveluasumisen interRAI LTCF-arviointivälineisiin kuuluvat arviointilomake, käsikirja, jossa on kysymyskohtaiset ohjeet arvioinnin tekemiseksi sekä asiakkaan RAI-arvioinnin tuottamat herätteet päätöksenteon tueksi.

Kotihoidon interRAI-HC- ja ympärivuorokautisen hoivan (asumisen) interRAI LTCF-arviointilomake on vähimmäisarviointimenetelmä, joka mahdollistaa elämän keskeisten osa-alueiden kuten sosiaalisen tuen, yhteisöllisen osallistumisen, toimintakyvyn, käyttäytymisen, fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä palvelujen käytön, arvioimisen.

Arviointitulosten tarkastelua voidaan tehdä, kun arviointi on valmiiksi täytetty ja lukittu, niin arvioinnin tuloksia (Mittarit ja CAPs) voi tarkastella mittaritulosta yksityiskohtaisempaa tietoa. Tuloksen tarkastelun yhteyteen on liitetty Käsikirja, jossa on mittarin muodostumiseen liittyvää tietoa. IRAI HC ja IRAI LTCF- mittarikäsikirjan avulla tunnistetaan, missä päivittäisissä perustoiminnoissa henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on avun tarvetta.

RAPORTIT-osa sisältää kaikki ne henkilötason raportit, joita organisaatiossa on sovittu käytettävän, kuten esim. Henkilöprofiili, Mittarit ja CAPs sekä Mittariarvojen vertailu. Jos henkilölle on tehty useampia arviointeja voi tehdä vertailun: VERTAILE ARVIOINTEJA, mitä arviointeja halutaan vertailla. Valinnan voi tehdä myös NÄYTÄ VAIN MUUTOKSET, ohjelmisto listaa ne tulokset, joissa on muutoksia verrattuna edellisen arvioinnin tuloksiin.

Peruskäyttäjällä on hyödynnettävissä laajasti erilaisia yksikkötason raportteja (käyttöoikeuksia hallinnoidaan organisaation pääkäyttäjän toimesta). Raportit liittyvät esimerkiksi arviointien tilan seurantaan, kuten Keskenkäynteiset arvioinnit -raportti. Yhteenveto tuloksista - ja Henkilötason tulokset -raportteja voidaan hyödyntää esimerkiksi hoidon laadun tai asiakkaiden hoitoisuuden seurannassa. Ravitsemustilan arviointi, MNA, (Mini Nutritional Assessment) on ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu kysymyssarja, jota voidaan käyttää ikääntyneiden (yli 65 vuotta) henkilöiden virhe- ja aliravitsemusriskin arvioinnissa. MNA:n avulla on mahdollista löytää ne ikääntyneet, jotka ovat aliravittuja tai joiden riski virhe- tai aliravitsemukselle on kasvanut. Ravitsemukseen voidaan silloin kiinnittää erityistä huomiota aikaisemmassa vaiheessa, estää heikentyminen entisestään ja antaa parempaa hoitoa. Ravitsemustilan arviointi, tehdään ennen kokonaisarvioinnin tekemistä ja MN-arvioinnista saatu tämän hetken tilanteesta/ tarve, tavoite ja keinot mahdollisen aliravitsemus riskin hoitamiseen sisällytetään RAI kokonaisarviointiin.

InterRAI-MH Mielenterveyden täydennysosio on tarkoitettu käytettäväksi laitoshoidon RAI- (minimum data set, MDS 2.0) ja kotihoidon RAI- (minimum data set, MDS-HC 2.0) lisänä. InterRAI-MH täydennysosiota käytetään tilanteissa, joissa halutaan tarkempaa tietoa arvioitavan henkilön mielen-terveyteen liittyvistä kysymyksistä hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaa varten.

Kaatumisen ehkäisy on tehokkainta, kun se tehdään ennakoivasti. Osassa RAI-kannoista (Oulu, Kallio) on Raisoft-ohjelmistossa lisäosana Kaatumisvaaran arviointi. Kaatumisen ehkäisyä tehdään toimintaympäristöissä eri arviointivälineellä, interRAI - HC:ssä kotona asuvilla iäkkäillä LYHYT KAA-TUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People) ja interRAI - LTCF:ssä ympärivuorokautinen palveluasuminen LYHYT KAA-TUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool). Kaatumisia ehkäistään toimilla, jotka perustuvat huolelliseen yksilölliseen kaatumisvaaran arviointiin, ja jotka kohdistuvat kaikkiin arvioinnissa esille tulleisiin vaarateki-jöihin (niin sanottu yksilöllinen moniosainen kaatumisten ehkäisyinterventio). Kaatumisvaaran arviointiin perustuva, yksilöllisesti suunniteltu ja toteutetun liikuntaharjoittelun avulla pyritään ehkäi-semään kaatumisten määrää sekä kotona että ympärivuorokautisessa asumisessa.

6.2 Laatumoduulin käyttö toimintayksikön kehittämisessä ja palvelun seurannassa

Osalla hyvinvointialueen RAI-ohjelmistoissa on käytössä analysoinnin työväline, laatumoduuli, hoi-don laadun ja kehittämisen tueksi. Tämän työvälineen avulla on mahdollista analysoida RAI-arvioin-tien avulla kerättyä tietoa monipuolisesti ja ajantasaisesti. Tavoitteena on, että laatumoduulin käyttö laajenee Pohteen RAI-kantojen yhtenäistämisen myötä koko hyvinvointialueen käyttöön.

Laatumoduuli toimii nopeana ja reaaliaikaisena työkaluna operatiivisen johtamisen, asiakasraken-teen tarkastelun, hoidon ja laadun arvioinnissa sekä arviointien luotettavuuden tarkastelussa niin yksikkö- kuin asiakaslähtöisesti. Laatumoduulin avulla palveluohjauksessa mahdollistetaan asiak-kaiden ohjautuminen oikeiden palvelujen piiriin. Laatumoduulin käytön myötä voidaan myös luoda erilaisten integraatioiden kautta asiakaslähtöistä kuntoutumista ja toimintakykyä tukevan työn suun-nittelua. Laatumoduuli tuottaa tietoa kaikista RAI-välineistä ja se pureutuu suoraan hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Laatumoduulilla voi käyttää RAIsoffin laatimia valmiita analyyseja tai rakentaa omia. Analyyseihin voi käyttää sekä mittareita, herätteitä, että arviointikysymyksiä.

LIITE 1

Kuvaus RAI- koulutusten sisällöistä ja kohderyhmistä

Suoritettava koulutus	Tavoite	Kuka suorittaa
RAI-väline THL verkkokoulu. Kesto 45 min + tentti	Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on tuntee perusteet RAI-järjestelmän ja RAI-välineiden käytöstä. Ymmärtää, mihin RAI-järjestelmää käytetään ja mitä hyötyä siitä on asiakkaan palvelujen suunnittelussa, ja miten RAI-tietoa käytetään johtamisen ja kehittämisen työvälineenä.	Omahoitaja RAI-vastaava RAI-asiantuntija Vastuuyksikönpäällikkö Vastuualuepäällikkö
RAI –arviointi THL verkkokoulu, kesto 1h 35 min + tentti	Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on tietää, miten kehitytään päteväksi RAI-osaajaksi, miten hankitaan tiedot luotettavan RAI-arvioinnin tekemiseksi sekä miten käytetään RAI-mittareita asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja seurannassa. Tunnet RAI-arvioinnin rakenteen ja osaat käyttää RAI-käsikirjaa.	Omahoitaja RAI-vastaava RAI-asiantuntija Vastuuyksikönpäällikkö Vastuualuepäällikkö
RAI-arviointikoulutus, kouluttajan pitämä kesto 4 h (2 h +2 h)	Ikäihmisten ympärivuorokautisen asumisen palvelujen RAI - arviointeja toteuttavat ammattilaiset, jotka eivät ole viimeisen kahden vuoden sisällä suorittaneet RAI - arviointikoulutusta. Koulutus keskittyy iRAI CH JA iRAI- LTCF-välineeseen. Koulutuksen tavoitteena on syventää osaamista RAI-välineiden ja arvioinnin hyödyistä, RAI-välineiden rakenteesta ja RAI-arvioinnin prosessista, RAI-mittareista ja herätteistä sekä miten hyödynnät RAI-tietoa hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmassa. Koulutus on hyväksytyksi suoritettu, kun osallistuja on suorittanut THL:n RAI- verkkokoulut arviointi & välineet sekä saanut niistä todistukset, osallistunut teoriaopetukseen (yht. 4h) ja tehnyt 1 tarkastettua RAI-arviointia.	Omahoitaja RAI-vastaava
Ohjelmiston toimittajan Raisoft-verkkokoulu kesto 3 h Verkkokurssi on saatavilla Oulun- ja nKalalion-kannassa, sisällönkoulutus	Kotihoito (interRAI-HC) arvioinnin sisältö: Kotihoito (interRAI-HC) arvioinnin sisältö. Kurssi on ensimmäinen osa Kotihoidon verkkokurssikonaisuutta. Kurssi muodostuu arvioinnin osa-alueiden opiskelusta esimerkein ja oppimistehtävin, RAIssoft.net ohjelmiston kautta. Kotihoito (interRAI-HC) arviointijärjestelmän tulokset. Kurssi on toinen osa Kotihoidon verkkokurssikonaisuutta. Kurssi muodostuu asiakastason tulosten opiskelusta esimerkein ja oppimistehtävin, RAIssoft.net ohjelmiston kautta. Sisältö: Osallistujista riippuen tutustutaan heidän käyttämäänsä RAI-arviointivälineeseen ja sen sisältämiin kysymyksiin ja tuloksiin. Käydään yhdessä läpi haasteelliset kysymykset ja niihin vastaaminen. Tarkastellaan myös RAI-mittarituloksia ja Capseja. Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on, että osallistujat oppivat RAI-arvioinnin tekemisen, tulosten tulkinnan ja henkilöraporttien tarkastelun. Ympärivuorokautisen hoidon (interRAI-LTCF) arviointijärjestelmä. Kurssi muodostuu kolmesta isommasta osa-alueesta, joihin sisältyy oppitunteja. Ensimmäinen osa-alue on nimeltään johdanto ja siinä käydään läpi, mitä pitää huomioida ennen kuin aloitat tekemään asiakkaalle arviointia. Toinen osa-alue koostuu arvioinnin sisällön osa-alueiden opiskelusta esimerkein ja oppimistehtävin ja kolmas	Omahoitaja RAI-vastaava RAI-asiantuntija Vastuuyksikönpäällikkö

	<p>osa-alue koostuu arvioinnista saatujen asiakastason tulosten tulkitsemisen opis- kelusta. Sisältö: Osallistujista riippuen tutustutaan heidän käyttämäänsä RAI-ar- viointivälineeseen ja sen sisältämiin kysymyksiin ja tuloksiin. Käydään yhdessä läpi haasteelliset kysymykset ja niihin vastaaminen. Tarkastellaan myös RAI-mit- tarituloksia ja Capseja. Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on, että osallis- tajat oppivat RAI-arvioinnin tekemisen, tulosten tulkinnan ja henkilöraporttien tarkastelun.</p> <p>RAI-hoitosuunnitelma ja sisältö: RAI-mittareiden ja -mittarikäsikirjan esittely, merkinnät-kentän hyödyntäminen, henkilötason raporttien hyödyntäminen, RAI- mittarien ja CAPsien tuottaman tiedon hyödyntäminen oman asiakkaan hoidon suunnittelussa. Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen on, että osallistujat op- pivat RAI-mittareiden ja CAPsien sisällön ja merkityksen sekä oppivat hyödyntä- mään niitä oman asiakkaansa hoidon suunnittelussa.</p> <p>Ravitsemustilan arviointi (MNA) on täydennysosa, jonka tarkoituksena on saada pääarvioinnin tukena tarkempaa tietoa ikääntyneen ravitsemuksesta ja eri- tyisesti mahdollisesta ali- tai virheravitsemustilasta. Kurssilla tutustutaan siihen, miksi ja miten arviointia tehdään sekä käsitellään täydennysosan sisältöä ja tulki- taan tuloksia yhdessä tutun Raisoft-ohjelmiston kautta. Tavoitteena kurssin suori- ttamisen jälkeen on, että osaat hyödyntää tietoa ikääntyneen ravitsemuksesta ja erityisesti mahdollisesta ali- tai virheravitsemustilasta kokonaisarviointia tehdessä ja hoitosuunnitelmassa.</p> <p>Kaatumisvaaran arviointiin on kaksi mittariarviota. Kotona asuvien iäkkäiden arvi- oinnissa käytettävä FROP-lyhyt kaatumisvaaran arviointiväline ja ympärivuorokautisessa asumisessa käytettävä FRAT-lyhyt kaatumisvaaran arviointiväline. Tavoitteena kurssin suorittamisen jälkeen tunnistaa tärkeimmät kaatumisvaaraa lisäävät tekijät henkilön kaatumisvaaran määrästä ja ohjeita jatko- toimiin.</p>	
<p>RAIKinestetikka kir- jaamisen -työpaja kesto 4h</p>	<p>Koulutuksessa käydään läpi interRAI osittaisarviointi-, HC- ja , LTCF- -välineiden arviointikysymyksiä, joihin kinestetiikan voimavaralähtöistä toimintamallia kuva- taan. Kirjaamista harjoitellaan ryhmissä. Lisäksi koulutuksessa käydään läpi mitta- reita (esimerkiksi kognitio CPS ja arkisuoriutuminen ADLLF) sekä laatuindikaattoreita kinestetiikan seurantaan. Tavoite: Osallistujat saavat perustie- dot Kinestetiikan voimavaralähtöisen toimintamallin kirjaamisesta RAI arviointiin sekä oppivat hyödyntämään arviointitietoja voimavaroja tukevan hoi- totyön suunnittelussa ja vaikuttavuuden seurannassa.</p> <p>RAI arvioiteja tekevät kotiin annettavien palvelujen, kotikuntoutuksen sekä ympä- rivuorokautisen palveluasumisen työntekijät, jotka ovat käyneet vähintään kineste- tiikan peruskurssin ja suorittaneet RAI osajaksiksi kehittymisen prosessin mukaisen koulutuksen ja perehtymisen (THL:n RAI verkkokoulutus, RAI peruskoulutus ja/tai RAISoftin verkkokoulutuksen).</p>	<p>Omahoitaja RAI-vastaava</p>
<p>TIKU RAI-vertailutieto THL verkkokoulu Kesto 15 min</p>	<p>Tavoitteena on, että tiedät, miten voit tarkastella RAI-vertailutietokantoja TIKU- käyttöliittymällä. Osaat tehdä tarpeelliset valinnat löytääksesi omaa työtäsi ja orga- nisaatiotasi hyödyttävät vertailutiedot. Kun hallitset RAI-vertailutietokantojen käy- tön, pystyt itse tarkastelemaan asiakaskunnan tarpeista, toimintakyvystä sekä niissä tapahtuneista muutoksista kertovaa vertailutietoa ja käyttää sitä yksikkösi tai organisaatiosi palvelujen ja toiminnan kehittämisessä ja seurannassa.</p>	<p>RAI-vastaava RAI-asiantuntija Vastuuyksikönpäällikkö Vastuualuepäällikkö</p>

RAI-vertailukehittäminen THL-verkkokoulu kesto 3h 20min + tentti	Tavoitteena on oppia tietämään, mitä RAI-vertailukehittäminen on, mihin sitä tarvitaan ja miksi oman toiminnan vertaaminen muihin on tärkeää. Osaat käyttää palveluraportista ja muista RAI-vertailutietokannoista saatavaa vertailutietoa palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Kurssin päätteeksi tehdään tentti, josta saa todistuksen.	RAI-vastaava RAI-asiantuntija Vastuuyksikönpäällikkö Vastuualuepäällikkö
---	---	---

Eri toimijoiden käyttöoikeudet RAI-ohjelmistossa

Tavallinen käyttäjä, omahoitaja	<ul style="list-style-type: none"> Ryhmän käyttäjällä on oikeus kaikkiin Raisoft-ohjelmiston perustoimintoihin, myös oikeus hoitosuunnitelmamoduuliin (Oulu, Kallio)
Pääkäyttäjä, RAI-vastaava	<ul style="list-style-type: none"> Ryhmän käyttäjällä on kaikki tavallisen käyttäjän oikeudet, lisäksi myös oikeus hallintatoimintoihin mm. yksikön käyttäjätunnusten hallinta, raportit & laatumoduulin käyttöoikeudet.
Pääkäyttäjä + käyttäjätunnusten hallinnointi, vastuuyksikköpäällikkö	<ul style="list-style-type: none"> Ryhmän käyttäjällä on oikeus kaikkiin Admin-ohjelman toimintoihin
Admin, RAI-asiantuntija, ITC-tuki, ym. asiantuntijat	<ul style="list-style-type: none"> Ryhmän käyttäjällä on pääkäyttäjän roolin lisäksi oikeus hallita muita käyttäjiä mm. käyttäjien ja osasto-oikeuksien muokkaaminen. Hoidon laatu- ja kehittämistyö, laatumoduuli.
Katselu, valvonta, lääkärit	<ul style="list-style-type: none"> Valvonnan osalta käyttöoikeudet RAI kantoihin, raporttien sekä laatumoduulin käytön osalta. Lääkärit katseluoikeus henkilötason- ja yhteenveto tuloksiin ja henkilötietoihin ja arviointien vertailuun
Katselu, vastuualuepäälliköt, palvelualue- ja toimialuejohtaja	<ul style="list-style-type: none"> käyttöoikeudet RAI kantoihin, raporttien sekä laatumoduulin käytön osalta.

Eri toimijoiden käyttöoikeudet RAI - ohjelmistossa

7 RAI-VIESTINTÄSUUNNITELMA

7.1 Tavoite

Tämän viestintäsuunnitelman tavoitteena on varmistaa informaation kulku RAI-arviointivälineen käyttöön liittyvissä asioissa. Kohderyhmää ovat niin asiakkaat ja heidän omaisiensa kuin RAI-arviointivälinettä työssään käyttävät. Selkeä ja yhdenmukainen viestintä vahvistaa yhdenmukaista RAI:n käyttöä ja osaamista Pohteen alueella. Suunnitelmassa määritellään viestintäkanavat ja -menetelmät. RAI-viestintä on mukana arjessa ja se on säännöllistä, vuorovaikutteista sekä jatkuvaa. Lisäksi viestinnällä päästään jakamaan kokemuksia, luomaan kontakteja ja sitouttamaan RAI:n käyttöön.

7.2 Kohderyhmä

Viestinnän kohderyhmää ovat RAI-arviointiin osallistuvat asiakkaat, omaiset, RAI-arviointivälinettä työssään käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, esihenkilöt sekä päättävässä asemassa työskentelevät.

7.3 Viestinnän tavoitettavuus

Viestinnän tavoitettavuutta seurataan esimerkiksi osallistuja- ja kävijämäärien seurannalla, kyselyillä ja palautteilla.

7.4 Viestintäkanavat

Kanava	Kohderyhmä	Sisältö	Aikataulu
Pohde.fi	Asiakkaat ja omaiset RAI-arviointia tekevä henkilöstö	Pohteen kotisivuille oma osio RAI:lle, jossa kerrotaan kenelle, miksi, miten ja milloin RAI-arviointi tehdään. Kuka arvioinnin tekee? Miten arviointitietoa käytetään? Samat tiedot kuin tiedä ja toimi -korteissa, lähinnä asiakkaille ja omaisille.	Tarpeen vaatiessa
Iloa	RAI-arviointia tekevä henkilöstö Arviointitietoa työssään hyödyntävät Vertailutietoa hyödyntävä henkilöstö	Sama kuin yllä, lisäksi osaamisen polku, RAI-organisaatio, RAI-tiedon hyödyntäminen. Ajankohtaiset RAI-asiat. Ongelmatilanteet Tulossa eri kanava ohjeistuksille, myös sinne RAI:hin liittyvää ohjeistusta.	Ajantasainen RAI-tieto Tarvittaessa päivitettävä Tulossa eri kanava ohjeistuksille
Painettu Materiaali	Asiakkaat, omaiset	Asiakkaille ja omaisille jaettava tiedote, jossa lukee mikä RAI-arviointi on, miksi se tehdään ja milloin se tehdään.	Tarpeen mukaan
Sosiaalinen media	Kaikki	Tuo RAI:ta näkyväksi ja osaksi hoitotyötä. Lisää positiivista RAI-asennetta.	Tarpeen mukaan
Tapahtumat, tilaisuudet, messut	Kaikki	Tuo RAI:ta näkyväksi ja osaksi hoitotyötä. Lisää positiivista RAI-asennetta.	Tarpeen mukaan
Verkostoyhteistyö	Oppilaitosyhteistyö THL Kansallinen kehittäjäverkosto VitecRAISoft Oy Kouluttajat ICT	RAI-asiiantuntijat hoitavat verkostoyhteistyötä.	Säännöllisesti vuosittain

	Yksityiset palveluntuottajat		
Ohjausryhmä	Ohjausryhmän jäsenet	Asiantuntijat tuovat ohjausryhmälle tietoa ajankohtaisista asioista RAI:hin liittyen.	Säännöllisesti kuukausittain
Alueelliset verkostot	Alueelliset vap, vyp ja RAI-vastaavat RAI-asiantuntijat	Asiantuntijat tiedottavat toimintamalleista sekä ajankohtaisista asioista alueellisissa verkostotapaamisissa. Verkostotapaamisissa keskustelua, haasteiden ja hyvien toimintamallien jakamista sekä tietoa kentältä RAI-asiantuntijoille. Alueelliset Teams-tiimityötilat	Säännöllisesti kuukausittain
Uutiskirjeet, blogit, asiantuntijakirjoitukset	Kaikki, riippuen viestintäkanavan kohderyhmästä	Myönteinen RAI-puhe, RAI tunnetuksi. Uutiskirjeiden avulla voidaan tiedottaa henkilöstöä ajankohtaisista asioista.	Tarpeen mukaan
Yksikön sisäisen RAI-työryhmän viestintä	Yksiköiden sisäinen RAI-viestintä vypin, RAI-vastaavien ja arvioiteja toteuttavien kesken.	Säännölliset palaverit Tiimipalaveri RAI-asiat	Kuukausittain