

RAI-arviointijärjestelmä Pirkanmaan hyvinvointialueen
ikäntyneiden palveluissa

RAI-mittaristo ja sen hyödyntäminen ikääntyneiden palveluissa

Leila Mäkinen
palvelupäällikkö



§ 4 RAI-mittaristo ja sen hyödyntäminen ikääntyneiden palveluissa

- Pirkanmaan hyvinvointialueella palveluiden myöntämisen edellytyksenä on, että ammattilainen on arvioinut palveluntarpeen yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa omaisten, läheisten tai asiakkaalle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeen arviointi perustuu RAI-arviointijärjestelmän avulla saataviin mittarituloksiin.
- Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-järjestelmän avulla selvitetään asiakkaiden palvelutarpeet ja kohdennetaan palvelut oikein ja tarpeenmukaisesti.
- RAI-mittarit kuvaavat palvelujärjestelmän asiakkaiden tarpeita ja asiakasrakennetta. Mittareista saatavaa tietoa käytetään palvelutarpeen arviointiin ja yksittäisen asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn arvioimiseen sekä seurantaan. Mittaritietoja käytetään sekä toimintayksikötasolla että valtakunnallisessa RAI-vertailukehittämisessä. Yksittäisen asiakkaan RAI-arviointi on asiakas- tai potilastietoa. Sitä saavat käyttää vain asiakkaan hoitoon tai palvelujen toteutukseen osallistuvat ammattilaiset.



Yleistä asiaa RAI:sta

Yleistä asiaa RAI:sta

R esident = asukkaan/asiakkaan

A sssessment = arviointi

I nstrument = väline

- Suomessa lakisääteinen
- Kansainvälinen järjestelmä, jossa on taustalla voittoa tavoittelematon tutkijajärjestö InterRAI organization



i Tämä kartta on luotu Google My Mapsin avulla. Luo oma kartta



RAI- konsepti Suomessa

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL

- Vertailukehittäminen
- Koulutus
- Verkkokoulusivut:

<https://verkkokoulut.thl.fi/web/rai>

Vitec Raisoft Oy

- Ohjelmistot
- Koulutukset



Fokus kansainvälisesti ja tieteellisesti kehitetyssä RAI-järjestelmässä

RAI-arviointipeittävyys iäkkäiden palveluissa 2023



RAI-arvioitujen
osuus
75 vuotta
täyttäneistä
asiakkaista.
Ennakoarvio
27.9.2024.

%



Lähde:

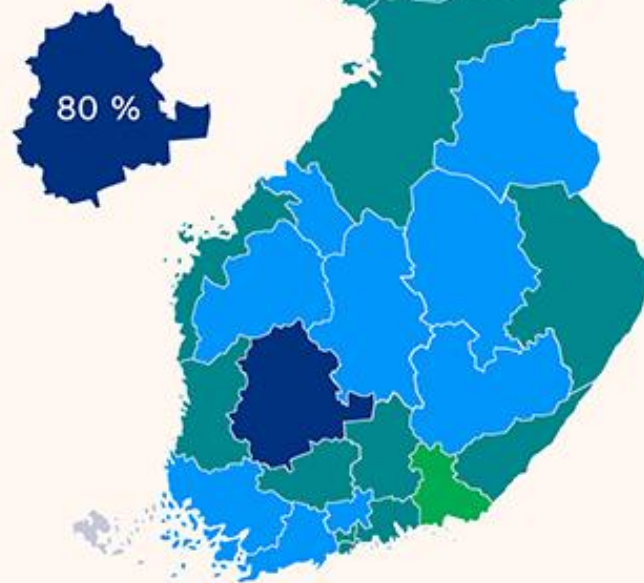
THL:n RAI-järjestäjä-
tietokanta 27.9.2024

Karttapohja:

©Tilastokeskus 2022
ja ©Kuntaliitto 2022

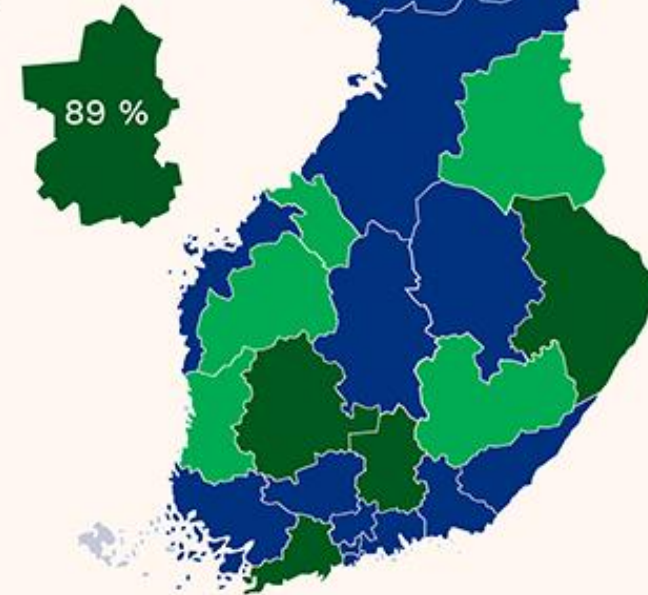
Säännöllinen kotihoito

Suurin peittävyys
Pirkanmaan
hyvinvointialueella



Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Suurin peittävyys
Päijät-Hämeen
hyvinvointialueella

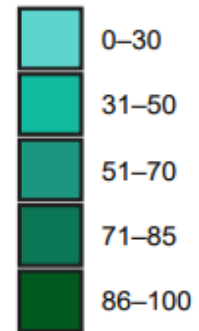


Peittävyys: kotihoito

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/149996/FINAL_Tilastoraportti_RAI_2023_211124.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuvio 2. RAI-arvioitujen asiakkaiden osuus kaikista 65 vuotta täyttäneistä kotihoidon asiakkaista hyvinvointialueittain vuonna 2023

RAI-arvioitujen osuus palvelunsaajista, %

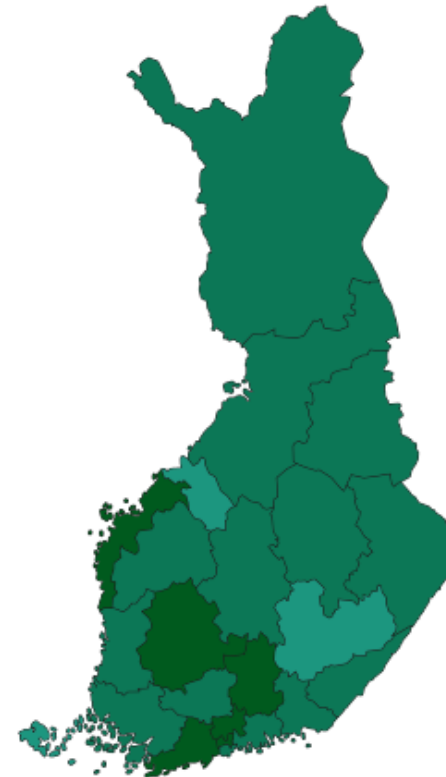
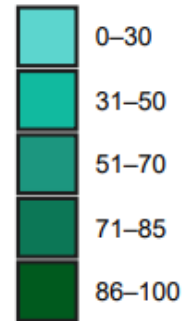


Kartta: Tilastokeskus ja rOpenGov
Luvut: RAI-tietovaranto

Peittävyys: ympärivuorokautinen hoito

Kuvio 4. RAI-arvioitujen asiakkaiden osuus kaikista 65 vuotta täyttäneistä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista hyvinvointialueittain vuonna 2023, %

RAI-arvioitujen osuus palvelunsaajista, %

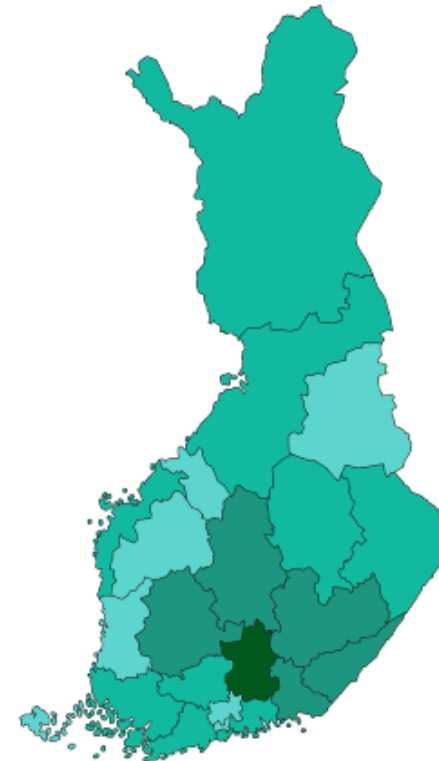
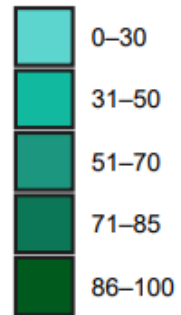


Kartta: Tilastokeskus ja rOpenGov
Luvut: RAI-tietovaranto

Peittävyys: yhteisöllinen asuminen

Kuvio 3. RAI-arvioitujen asiakkaiden osuus kaikista 65 vuotta täyttäneistä yhteisöllisen asumisen asiakkaista hyvinvointialueittain vuonna 2023, %

RAI-arvioitujen osuus palvelunsaajista, %



Kartta: Tilastokeskus ja rOpenGov
Luvut: RAI-tietovaranto

Missä kotihoidon RAI:ta (iRAI HC) Pirkanmaalla käytetään

Säännöllisessä
kotihoitossa

Asiakasohjauksessa
(osittaisarviointi
Pirkanmaa)

Omaishoidontuessa
(osittaisarviointi
Pirkanmaa)

Yhteisöllisessä
asumisessa

Osassa
palveluasumisen
yksiköitä

Sairaalapalveluissa
(osittaisarviointi
Pirkanmaa (SAS))

Sekä omassa
tuotannossa että
ostoissa

Missä asumispalveluiden (iRAI LTCF) RAI:ta Pirkanmaalla käytetään

Laitoshoidossa
(vanhainkodit)

Ympäri vuorokautisessa
palveluasumisessa

Sekä omassa
tuotannossa että
ostoissa

Missä vammaispalveluiden RAI:ta Pirkanmaalla käytetään

- Tällä hetkellä lisenssi 150 asiakasta omassa tuotannossa



Arvioinnin prosessi ja toteutus

RAI-arvioinnin prosessi



Arvioinnin toteutus

- ▶ **TIETOLÄHTEET:**
 - Henkilön haastattelu, havainnointi, dokumentit
 - Muiden hoitajien, lääkäreiden, asiantuntijoiden kanssa keskustelu
 - omaisten ja läheisten kanssa keskustelu
- ▶ **KYSYMYSTEN AIKAMÄÄRITYKSET:**
 - Viimeisin 3 vrk, 7 vrk, 30 vrk, 90 vrk, 180 vrk, 5 vuotta
- ▶ **KÄSIKIRJA:**
 - miten arviointi suoritetaan, tietoa MDS kysymyksistä (tarkoitus, määrittely, toteutus, kirjaaminen)



Palvelun myöntämisen perusteet

Palvelun myöntämisen perusteet 1/2

Kotihoidon palveluiden myöntämisen perusteet

- Päätöksentekoa ohjaavat iRAI HC- mittariarvot ovat:
- MAPLe 5 (palvelutarveluokka 1–5) 3 ▪ 1–2 vain poikkeustapauksissa, syy kirjataan
- ADL-H (Arkisuoriutuminen, perustoiminnot 0–6) 1
- IHIER-C (IADLCH) (Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot 0–6) 4
- CPS (Kognitiomittari 0–6) 2 2 (3)

RAI-toimintakykymittareista MAPLe 5:n lisäksi vähintään kahden muun RAI – mittariarvon tulee täytyä.

Palvelun myöntämisen perusteet 2/2

Kotihoidon palveluiden myöntämisen perusteet

Säännöllisen kotihoidon myöntämisen perusteista poikkeaminen

- Säännöllisen kotihoidon myöntämisen päätöksenteossa voidaan erityisestä syystä käyttää harkintaa asiakkaan yksilöllisen tarpeen niin edellyttäessä, vaikka palvelun myöntämisen perusteet eivät iRAI-HC arviointien mittaritulosten mukaisesti täytyisi, mikäli;
- asiakkaan kokonaistilanne huomioiden hoidon toteutuminen vaarantuu, ellei asiakas ole kotihoidon seurannassa
- asiakkaan pääasiallisesta hoidosta vastaa toimeksiantosopimuksella omaishoitaja ja kotihoitoa tarvitaan omaishoidon tukemiseksi Asiakasohjaaja tekee harkinnanvaraisen päätöksen säännöllisen kotihoidon myöntämisestä enintään kolmen (3) kuukauden määräajaksi. Päätöksen jatkaminen edellyttää palvelutarpeen uudelleen arviointia.

Palvelun myöntämisen perusteet

Ikääntyneiden asumisen palveluiden myöntämisperusteet 1.1.2025 alkaen

Päätöksentekoa ohjaavat iRAI-HC toimintakykymittarit ovat:

- MAPLe 5 (palvelutarveluokka 1–5) 5

RAI-toimintakykymittareista MAPLe 5:n lisäksi vähintään kahden mittariarvon tulee täytyä:

- ADL-H (arkisuoriutumisen perustoiminnot 0–6) 2
- IADLCH (arkisuoriutumisen välinetoiminnot 0–6) 6
- CPS (kognitiomittari 0–6) 3

Mikäli MAPLe 5 -mittarin arvo on 4 ja kaksi (2) muuta RAI-mittarin arvoa (ADL-H, IADLCH ja CPS) täyttyvät, päätös palveluiden myöntämisestä tehdään SAS-ryhmän harkinnalla.

Lisäksi voidaan huomioida: 6 (6)

- Korkea DRS-arvo, joka on asuinolosuhteilla/turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa
- Korkea ABS-arvo, joka saattaa vaikuttaa asumispalvelupaikan valintaan
- Muita toimintakykymittareita huomioidaan tarvittaessa kuten MMSE, CERAD, GDS, MNA

Palvelun myöntämisen perusteet

Yhteisöllinen asuminen

Päätöksentekoa ohjaavat iRAI-HC mittariarvot ovat:

- MAPLe 5 (palvelutarveluokka 0–5) 4
MAPLe 5 alle 4 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuutta vaarantava sosiaalinen tai psyykkinen turvattomuus, harhaisuus tai harhaluuloisuus tai muu sairaus, vaativa hoivan ja hoidontarve, johon vastaaminen on tarkoituksenmukaisempaa kuin kotona.

RAI-toimintakykymittareista MAPLe 5:n lisäksi vähintään kahden seuraavista mittariarvioista tulee täyttyä:

- ADL-H (arkisuoriutuminen perustoiminnot 0–6) 1
- IADLCH (arkisuoriutuminen välinetoiminnot 0–6) 5
- CPS (kognitiomittari 0–6) 2

Lisäksi voidaan huomioida:

- DRS (Masennuksen oiremittari 0–14) 3
- DRSSR (Itsearvioitu mieliala 0–9) 4

Mielialaa kuvaavat mittarit (DRS ja DRSSR) huomioidaan, jos asiakkaan ongelma on asuinolosuhteilla tai turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa.

- ABS (Haastava käyttäytyminen 0–12) 5

Palvelujen myöntämisen RAI-perusteet

Säännöllinen kotihoito	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä
MAPLe5 (0-5)	3
ADL-H (0-6)	1
IADLCH (0-6) (IHIER-C)	4
CPS (0-6)	2

Yhteisöllinen asuminen	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä
MAPLe5 (0-5)	4
ADL-H (0-6)	1
IADLCH (0-6) (IHIER-C)	5
CPS (0-6)	2
Lisäksi voidaan huomioida:	
DRS (0-14)	3
DRSSR (0-9)	4

Ympäri vuorokautinen asuminen	MAPLe5:n lisäksi väh. kahden tulee täyttyä
MAPLe5 (0-5)	(4) - 5
ADL-H (0-6)	2
IADLCH (0-6) (IHIER-C)	6
CPS (0-6)	3
Lisäksi voidaan huomioida:	
DRS (0-14)	korkea
ABS (0-12)	Korkea arvo



RAI laatutavoitteet, painopisteet ja toimintamallit 2025

Laatutavoitteet



iRAI HC laatutavoitteet ja painopisteet 2025

- Ravitseminen (BMI alle 24 ja laihtuu) -> **tavoitteena alle 10% kotihoidon asiakkaista**
- Kaatumiset (kaatunut 3kk aikana väh. kerran) -> **tavoitteena alle 20% kotihoidon asiakkaista**
- Sairaalahoido tai käynti päivystyksessä (90vrk:n aikana) -> **tavoitteena alle 30% kotihoidon asiakkaista**
- Kipu (ajoittain vaikea kipu päivittäin) -> **tavoitteena alle 7% kotihoidon asiakkaista**
- Asiakas on osallistunut arviointiin -> **tavoitteena yli 90% kotihoidon asiakkaista**
- Asiakas on ilmaissut palvelun tai hoidon tavoitteen (CPS <5) -> **tavoitteena yli 90% kotihoidon asiakkaista**

iRAI HC hyvän ravitsemuksen toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja

- Laatumoduuli: Ravitsemus, painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %
- Henkilöstön ja osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUUHENKILÖ

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit)

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24) ja IADLCH, CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD
- Ravitsemuksen kysymykset ja MNA RAI-palaverien aiheeksi, CAPs käsikirjan sisältö asiaan liittyen

SAIRAANHOITAJA

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit)

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24) ja IADLCH, CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD
- Ravitsemus ja MNA pisteiden mukainen ohje sh-palaverien aiheeksi
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

LÄHIHOITAJA

Kirjaa herätteisiin liittyvät toimenpiteet näkyviin hoitosuunnitelmaan (asiakaskohtaiset tiedot)

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), IADLCH, CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD ja sovitut toimenpiteet
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- Ikäihmisten ravitsemussuositusten mukainen sisältö aterioidissa
- Hampaiden ja suun kunto
- Noudata MNA pisteiden mukaista jatkoseuranta-ohjetta kotihoidolle
- Moniammatillinen yhteistyö, Ravitsemusterapeutin konsultointi
- Voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen, esim. Ruokaviraston Vireyttä seniorivuosiin-mobiiliversio
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen

Pirhan intra

[Ravitsemuskäsikirja - Ravitsemuskäsikirja - intra.pirha.fi](#)
[Neuvoja ikääntyneen hyvään ravitsemukseen](#)
[Ohje ravitsemuksen tehostamiseen](#)

[Kuivan ja kipeän suun hoito - Potilasohjeet - intra.pirha.fi](#)

Pirha.fi sivusto

[Ikääntyneen ravitsemus - Hyvinvointia elintavoilla - pirha.fi](#)
[Kuivan ja kipeän suun hoito - Potilasohjeet - intra.pirha.fi](#)

Muita

[Ikääntyneiden suunterveys | Hammaslääkäriliitto](#)
[Ikäihmisen suun hoito](#)

RAI
LAATUTAVOITE:
RAVITSEMUS

Painoindeksi
alle 24 ja
paino laskee
< 10%

TOIMINTAOHJE KOTIHOIDON ASIAKKAAN MNA®-ARVIOINNIN TULOSTEN PERUSTEELLA

MNA-pisteet	Toimenpiteet	Palaute asiakkaalle	Jatkoseuranta kotihoidossa
24-30 Normaali/hyvä ravitsemustila	<ul style="list-style-type: none"> Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos  <ul style="list-style-type: none"> Toteuttamissuunnitelmaan CAPs NUTR, PAIN, BOWEL, DEHYD 	<ul style="list-style-type: none"> Anna positiivista palautetta hyvästä tuloksesta ja kannusta syömään monipuolisesti Ohjaa asiakasta mittaamaan paino 1 x kuukaudessa ja kirjaamaan tulos Muistuta, ettei ole tarvetta laihtuttaa. Painonpudotus vain selkeästä lääketieteellisestä syystä Hampaiden ja suun hoito 	<ul style="list-style-type: none"> Painoseuranta 1 x kk Havainnoi asiakkaan ruokailua ja kauppakassin sekä jääkaapin sisältöä Kirjaa tulokset MNA 6 kk välein 
17-23,5 Riski virhe-ravitsemukselle on kasvanut	<ul style="list-style-type: none"> Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos Seuraa syödyn ruuan määrää ja ruokahalua RAI-arviointi: G2j ≥ 2 Tarkista proteiinin saanti Ohjaa ja kannusta monipuoliseen syömiseen sekä tarvittaessa runsas-energiaisiin ruokiin ja juomiin, rasvalisiin ja täydennysravintovalmisteiden käyttöön Kirjaa tavoitteet toteuttamissuunnitelmaan CAPs NUTR, PAIN, BOWEL, DEHYD 	<ul style="list-style-type: none"> Kerro vajaaravitsemusriskistä Kerro keinoista, miten vajaaravitsemusriskiä voidaan pienentää Ohjaa asiakasta mittaamaan paino 1 x viikossa ja kirjaamaan tulos Selvitä mieliruuat Hampaiden ja suun hoito <p>Ravitsemuskäsikirja - Ravitsemuskäsikirja - intra.pirha.fi Neuvoja ikääntyneen hyvään ravitsemukseen Ohje ravitsemuksen tehostamiseen Ikääntyneen ravitsemus - Hyvinvointia elintavoilla - pirha.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sovi seurannasta Painoseuranta 2 x kk Havainnoi asiakkaan ruokailua ja kauppakassin sekä jääkaapin sisältöä Kirjaa tulokset ja sovitut asiat Tarvittaessa konsultoi ravitsemusterapeuttia MNA 6 kk välein Osallista ja ohjaa läheisiä 
0-17 Virheravitsemus, kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta	<ul style="list-style-type: none"> Kirjaa paino, pituus ja MNA tulos Seuraa syödyn ruuan määrää ja ruokahalua RAI-arviointi: G2j ≥ 2 Tarkista proteiinin saanti Ohjaa tiheään syömiseen, runsasenergiaisiin ruokiin ja juomiin, rasvalisiin sekä täydennysravintovalmisteiden käyttöön Kirjaa ravitsemuksen tehostamiskeinot ja painotavoite toteuttamissuunnitelmaan CAPs NUTR, PAIN, BOWEL, DEHYD 	<ul style="list-style-type: none"> Kerro todettu vajaaravitsemus. Kartoita tilanteeseen johtaneita syitä Suunnittele ja kerro keinoja, joilla ravitsemusta parannetaan, esim. aloitetaan ateriapalvelujen tai kauppapalvelujen järjestäminen Toimintakyvyn mukaan ohjaa asiakasta mittaamaan paino 1-2 x viikossa ja kirjaamaan tulos Selvitä mieliruuat Hampaiden ja suun hoito 	<ul style="list-style-type: none"> Sovi seurannasta Painoseuranta 1 x viikossa tai yksilöllisen suunnitelman mukaan. Seuraa asiakkaan ruokailua ja kauppakassin sekä jääkaapin sisältöä Kirjaa tulokset ja sovitut asia Tarvittaessa konsultoi ravitsemusterapeuttia MNA 6 kk välein Osallista ja ohjaa läheisiä 

iRAI HC kaatumisten ehkäisyn toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja

- Laatumoduuli: Asiakas kaatunut 3kk:n aikana vähintään kerran, %
- Henkilöstön ja osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUUHENKILÖ

Seuraa oman yksikön arviointien luotettavuutta sekä yksilö- ja yksikkötason tuloksia ja raportteja

- Henkilötason RAI-raportit, Mittarit: MNA (alle 24), CAPs: FALLS, ENVIR, PAIN, NUTR
- iRAI HC kaatumisten ehkäisyn toimintamalli ja sen hyödyntäminen RAI-palaverien aiheeksi, CAPs käsikirjan sisältö asiaan liittyen

SAIRAAHOITAJA

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia ja yksilötason tuloksia

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), CAPs: FALLS, ENVIR, PAIN, NUTR
- IKI Kaatumisten ehkäisyn toimintamalli sh-palaverien aiheeksi
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

LÄHIHOITAJA

Kirjaa herätteisiin liittyvät toimenpiteet ja tavoitteet näkyviin asiakkaan hoito/toteuttamissuunnitelmaan

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), CAPs: FALLS, ENVIR, PAIN, NUTR ja sovitut toimenpiteet
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- IKI:n ja Pirhan kaatumisen ehkäisyn toimintamallit
- Voimavaralähtöinen toimintamalli [Voimavaralähtöinen toimintamalli - Ikäihmisten ja vammaisten palvelut - intra.pirha.fi](#)
- Voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Asiakkaan lääkitys ja lääkärin konsultointi, moniammatillinen yhteistyö
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen

Pirhan intra

[Kaatumisen ehkäisyn toimintamalli - Hoitotyön käsikirja - intra.pirha.fi](#)

Tulossa Pirhan intraan ja Pirha.fi: IKI kaatumisen ehkäisyn sivusto

Tietoa ennaltaehkäisystä ja kaatumiseen vaikuttavista tekijöistä, materiaalia mm kaatumisen pelon tunnistamiseen ja asiakkaalle jaettavaksi

Pirha.fi sivusto

[Kaatumisen ehkäisyn toimintamalli - pirha.fi](#)

Muita

[Kaatumisten ehkäisy ammattilaisille - UKK-instituutti](#)

Asiakas
kaatunut
3kk:n aikana
vähintään
kerran
< 20%

RAI
LAATUTAVOITE:
KAATUMISTEN
EHKÄISY

iRAI HC sairaalahoidon ja päivystyskäyntien vähentämisen toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja.

- Laatumoduuli: Sairaalahoito tai käynti päivystyksessä 90 vrk:n aikana, %.
- Henkilöstön osaamisen varmistaminen, asiakkaiden hoitoisuus (MAPLe, RUG18)

RAI -VASTUUHENKILÖ

Seuraa oman yksikön arviointien luotettavuutta sekä yksilö- ja yksikkötason tuloksia ja raportteja

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), CHES, DIVERT, CAPs: RISK, FALLS, PAIN, NUTR
- iRAI HC sairaalahoidon ja päivystyskäyntien vähentämisen toimintamalli ja sen hyödyntäminen RAI-palaverien aiheeksi, CAPs käsikirjan sisältö asiaan liittyen

SAIRAANHOITAJA

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia ja yksilötason tuloksia

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), CHES, DIVERT, CAPs: RISK, FALLS, PAIN, NUTR
- Sairalahoidon ja päivystyskäyntien syyt ja ennaltaehkäisy sh-palaverien aiheeksi
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

LÄHIHOITAJA

Kirjaa herätteisiin liittyvät toimenpiteet ja tavoitteet näkyviin asiakkaan hoito/toteuttamissuunnitelmaan

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA (alle 24), CHES, DIVERT, CAPs: RISK, FALLS, PAIN ja NUTR ja sovitut toimenpiteet
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- Asiakkaan diagnosoitujen sairauksien ja mielialan hyvä hoito
- Voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Lääkärin oikea-aikainen konsultointi (lääkäripalvelumalli, ISBAR), moniammatillinen yhteistyö
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI-arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen

Pirhan IKI-intra:

[Voimavaralähtöinen toimintamalli - Ikäihmisten ja vammaisten palvelut - intra.pirha.fi](#)

[Kaatumisen ehkäisyn toimintamalli - pirha.fi](#)

[Ikäntyneiden ravitsemus - Ravitsemuskäsikirja - intra.pirha.fi](#)

Pirha.fi:

[Etusivu - Hyvinvointia elintavoilla - pirha.fi](#)

Muita:

[lääkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta - Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö](#)

Käynnit 90
vrk:n aikana
< 30%

RAI
LAATUTAVOITE:
SAIRAALHOITO
TAI KÄYNTI
PÄIVYSTYKSESSÄ

Pirkanmaan
hyvinvointialue

iRAI HC kivun ehkäisyn toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja.

- Laatumoduuli: Kipu: ajoittain vaikea kipu päivittäin %
- Henkilöstön osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUUHENKILÖ

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit).

- Henkilötason RAI-raportit: Asiakastason tulokset, mittarit: PAIN-R, DRS; CAPs: PAIN, MOOD, ADL
- Kipu RAI-arviointien näkökulmasta palaverien aiheeksi, CAPs käsikirjan sisältö asiaan liittyen

SAIRAAHOITAJA

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit).

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: PAIN-R, DRS; CAPs: PAIN, MOOD, ADL
- Kipu sh-palaverien aiheeksi, RAI CAPs käsikirja kipuun liittyen
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

LÄHIHOITAJA

Kirjaa herätteisiin liittyvät toimenpiteet näkyviin hoitosuunnitelmaan (asiakaskohtaiset tiedot).

- Henkilötason RAI-raportit, mittarit PAIN-R, DRS, CAPs: PAIN, MOOD, ADL ja sovitut toimenpiteet
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, seuranta ja kirjaaminen
- Moniammatillinen yhteistyö

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin.

- Kivun tunnistaminen, voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Kipulääkkeiden ja lääkkeettömien hoitokeinojen tunnistaminen sekä käyttäminen
- Lääkärin ja fysioterapeutin konsultointi, moniammatillinen yhteistyö
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen

Pirhan IKI-intra:

[PAINAD mittari](#)

Pirha.fi:

[Kivun arviointi ja kirjaaminen -toimintamalli - pirha.fi](#)

Muita:

[Ikääntyneiden kipu29.9.pptx - Vain luku.pdf](#)

[Kivun arviointi](#)

Ajoittain
vaikea kipu
päivittäin
<7%

RAI
LAATUTAVOITE:
KIPU

Pirhan ympärivuorokautisen palveluasumisen ja laitoshoidon RAI-laatutavoitteet ja painopisteet vuodelle 2025

iRAI LTCF, ikäihmisten ympärivuorokautinen palveluasuminen			
Laatutavoite	Laatuindikaattori	Tavoitetaso v. 2025	RAI- painopiste
Asiakas osallistuu itse omaan arviointiinsa	Asiakas ei ole osallistunut arviointiin,%	< 20%	
Asiakas ilmaisee omia toiveita/tavoitteita	Asiakas määrittänyt hoidolle ainakin yhden tavoitteen, %	> 70%	← Painopiste
Asiakkaan elämässä on hänelle mieluisaa sisältöä/aktiviteettia	Ei aktiviteetteja %	< 10%	← Painopiste
Asiakkaalla ei ole kovaa päivittäistä kipua	Asiakkaat, joilla kova päivittäinen kipu %	< 2%	
Päivystyskäyntien vähentyminen	Käynti päivystyksessä 90 vrk aikana, %	< 3%	
Asiakkaan hyvä ravitsemus	Painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %	< 14%	← Painopiste

iRAI LTCF mielekkään elämän sisällön toimintamalli

Asiakkaat, joilla ei ole aktiviteetteja tai niitä on vain alle 1/3 hereillä oloajasta < 10%

ASUMISEN PALVELUIDEN RAI LAATUTAVOITE: MIELEKÄS ELÄMÄN SISÄLTÖ

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

- Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja
- Laatumoduuli: Asiakkaan elämässä on hänelle mieluisaa sisältöä/aktiviteettia (iRAI LTCF)
- THL-palauteraportit ja -tietokannat
- Yksikön toimintakulttuurin kehittäminen ja henkilöstön osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUHENKILÖ

- Varmistaa arviointien luotettavuuden
- Seuraa asiakas- ja yksikötason raportteja ja laatuanalyysiä: Asiakkaan elämässä on hänelle mieluisaa sisältöä/aktiviteettia (iRAI LTCF)
- Yksikön palaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö

SAIRAAHOITAJA

- Arvioi alle tavoitetason olevia asiakkuuksia sairaanhoidollisesta näkökulmasta
- Henkilötason tulokset-raportti: havaitut toimintakyvyn muutokset ja ongelmat (esim. hoitamaton kipu) tiedoksi lääkärille
- Yksikön palaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö

LÄHIHOITAJA / OMAHOITAJA

- Tekee RAI-arvioinnin ja kirjaa aktiviteetteihin liittyvät tavoitteet ja keinot asiakkaan hoitosuunnitelmaan
- Mittarit: CPS, ADL-H, RISE, PAIN, DbSI ja CAPs-herätteet: ACTIV, SOCFUNC, MOOD, COMMUN
- Toimintakyvyn lisäksi asiakkaan omat tavoitteet, kiinnostuksen kohteet ja muutostarpeet osallistumiselle (Kulttuurinen henkilöprofiili)
- Toimintakyvyn vajeet huomioidaan suunnittelussa ja toteutuksessa. Moniammatillinen yhteistyö

ASIAKKAAN TUNTEMINEN

- Moniammatillinen yhteistyö, huomioidaan kaikkien ammattiryhmien havainnot
- Toimintakykyä ja elämänlaatua edistävä / ylläpitävä aktiviteetti: kysy asiakkaalta ja/ tai läheiseltä sekä havainno
- Voimavaralähtöinen toimintamalli [Voimavaralähtöinen toimintamalli - Ikäihmisten ja vammaisten palvelut - intra.pirha.fi](http://Voimavaralähtöinen_toimintamalli_-_Ikäihmisten_ja_vammaisten_palvelut_-_intra.pirha.fi)
- RAI-arviointiin on huomioitu ja lisämerkinnöin avattu asiakkaan mielenkiinnon kohteet ja osallistuminen, jolloin ne päivittyvät myös Kulttuuriseen henkilöprofiili-raporttiin
- Tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi kuvattuna konkreettisesti hoitosuunnitelmaan
- Seuranta ja kirjaaminen

iRAI LTCF hyvän ravitsemuksen toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ/ PÄÄLLIKKÖ

Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja.

- Laatumoduuli: Ravitsemus, painoindeksi alle 24 ja laihtuu, %.
- Henkilöstön ravitsemusosaamisen varmistaminen
- Yksikön toimintakulttuurin kehittäminen ja henkilöstön osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUUHENKILÖ

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit).

- Raportit: Yksikön asiakastason tulokset; MNA (alle 24) CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD
- Ravitsemuksen kysymykset ja MNA RAI-palaverien aiheeksi
- Arviointien luotettavuuden varmistaminen

SAIRAAHOITAJA

Seuraa alle tavoitetason olevia asiakkuuksia (yksilötason raportit).

- Raportit: Asiakastason tulokset; MNA (alle 24) CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, moniammatillinen yhteistyö, seuranta ja kirjaaminen
- Ravitsemus ja MNA pisteiden mukainen ohje sh-palaverien aiheeksi

LÄHIHOITAJA

Kirjaa herätteisiin liittyvät toimenpiteet näkyviin hoitosuunnitelmaan (asiakaskohtaiset tiedot).

- MNA (alle 24), CAPs: NUTR, BOWEL, PAIN, DEHYD ja sovitut toimenpiteet herätteen noustessa; seuranta ja kirjaaminen
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, moniammatillinen yhteistyö

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- Ikäihmisten ravitsemussuosittelusten mukainen sisältö aterioissa
- Noudata MNA pisteiden mukaista jatkoseuranta-ohjetta asumisen palveluille
- Moniammatillinen yhteistyö, Ravitsemusterapeutin konsultointi
- Voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen, esim. Ruokaviraston Vireyttä seniorivuosiin-mobiiliversio
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen

Pirhan intra

[Ravitsemuskäsikirja - Ravitsemuskäsikirja - intra.pirha.fi](https://intra.pirha.fi)

[Neuvoja ikääntyneen hyvään ravitsemukseen](#)

[Ohje ravitsemuksen tehostamiseen](#)

[Kuivan ja kipeän suun hoito - Potilasohjeet - intra.pirha.fi](#)

Pirha.fi sivusto

[Ikääntyneen ravitsemus - Hyvinvointia elintavoilla - pirha.fi](#)

[Kuivan ja kipeän suun hoito - Potilasohjeet - intra.pirha.fi](#)

RAI
LAATUTAVOITE:
ASIAKKAAN
HYVÄ
RAVITSEMUS

Painoindeksi
alle 24 ja
paino laskee
< 14%

Pirkanmaan
hyvinvointialue

iRAI LTCF päivystyskäyntien vähentämisen toimintamalli

ASUMISEN
PALVELUIDEN
RAI LAATUTAVOITE:
PÄIVYSTYSKÄYNTIEN
VÄHENTÄMINEN

Käynnit 90
vrk:n
aikana
< 3%

Pirkanmaan
hyvinvointialue

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

- Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja.
- Laatumoduulianalyysit ja THL-palauteraportit /-tietokanta: Sairaalahoido tai käynti päivystyksessä 90 vrk:n aikana, %
- Osaamisen varmistaminen, resurssien suhde hoitoisuuden asteeseen (RUG 18)
- Sairaalahajaksot ja päivystyskäynnit, niiden syyt ja kehittämistoimet tiimipalaverien aiheeksi

RAI -VASTUUHENKILÖ

- Varmistaa RAI-arviointien luotettavuuden
- Seuraa asiakas- ja yksikötason RAI-raporttien tuloksia ja ristiriita-analyysejä
- Sairaalahajaksot ja päivystyskäynnit, niiden syyt ja kehittämistoimet tiimipalaverien aiheeksi

SAIRAANHOITAJA

- Varaa lääkärin vuosikontrolliajat. Tieto lääkärille voinnin muutoksista
- Tietää, mitä lääkärin laatima ennakoivan hoidon suunnitelma pitää sisällään ja mistä se nopeasti löytyy
- Seuraa asiakas- ja yksikötason RAI-raporttien tuloksia: mittarit: MNA (alle 24), CHES, DIVERT, CAPs: FALLS, PAIN NUTR
- Sairaalahajaksot ja päivystyskäynnit, niiden syyt ja kehittämistoimet tiimipalaverien aiheeksi

LÄHIHOITAJA / OMAHOITAJA

- Asiakkaan tunteminen, hoitotahdon selvittäminen ja taustatiedot. Vastaa RAI-arvioinnin ajantasaisuudesta ja luotettavuudesta
- Laatii asiakkaalle hoitosuunnitelman / toteuttamissuunnitelman arvioinnin RAI-mittarituloksia ja herätteitä hyödyntäen
- Henkilötason RAI-raportit, mittarit: MNA, DIVERT CAPs-herätteet: FALLS, PAIN, NUTR
- Kirjaa hoitosuunnitelmaan konkreettiset tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi
- Tieto lääkärille voinnin muutoksista. Tietää, mitä lääkärin laatima ennakoivan hoidon suunnitelma pitää sisällään ja mistä se nopeasti löytyy

ENNALTAEHKÄISY

Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- Perussairauksien ja mielialan hyvä hoito, moniammatillinen yhteistyö
- Voinnin muutoksiin reagointi, ajantasainen RAI-arviointi
- Lääkärin oikea-aikainen konsultointi (lääkäripalvelumalli, ISBAR), teknologian hyödyntäminen
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna toteuttamissuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet), seuranta ja kirjaaminen
- Alkutarkastus / vuosikontrollit ja ajantasaiset RAI-arviointitulokset käytettävissä
- Ennakoiva hoitosuunnitelma sisältäen hoitolinjaukset / hoidon rajaukset ja hoitotahto

Pirhan IKI-intra:

[Voimavara lähtöinen toimintamalli - Ikäihmisten ja vammaisten palvelut - intra.pirha.fi](#)

[Katumisen ehkäisyn toimintamalli - pirha.fi](#)

[Ikäntyneiden ravitsemus - Ravitsemuskäsikirja - intra.pirha.fi](#)

Pirha.fi:

[Etusivu - Hyvinvointia elintavoilla - pirha.fi](#)

iRAI LTCF kivun ehkäisyn toimintamalli

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

- Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja.
- Laatumoduuli ja THL-palauteraportit ja -tietokannat: Asiakkaat, joilla kova päivittäinen kipu % (iRAI LTCF)
- Yksikön toimintakulttuurin kehittäminen, henkilöstön osaamisen ja sairaanhoitajaresurssin varmistaminen
- Kivun hoito tiimipalaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö

RAI -VASTUUHENKILÖ

- Varmistaa arviointien luotettavuuden
- Seuraa asiakas- ja yksikötason RAI-raporttien tuloksia ja laatutavoitetta
- Kivun hoito tiimipalaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö
- Seuranta ja kirjaaminen

SAIRAANHOITAJA

- Seuraa asiakas- ja yksikötason RAI-raporttien tuloksia
- Seuraa, onko asiakkaan kivusta kirjattu, onko huomioitu lääkkeetön kivunhoito, tarvittaessa annettavaa kipulääkettä annettu, onko lääke auttanut. Jos asiakkaalla edelleen kipua, niin tieto lääkärille
- Kivun hoito tiimipalaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö
- Seuranta ja kirjaaminen

LÄHIHOITAJA / OMAHOITAJA

- Tekee RAI-arvioinnin ja kirjaa kipuun liittyvät tavoitteet ja keinot asiakkaan hoitosuunnitelmaan
- Mittarit: PAIN-R, DRS ja CAPs-herätteet: PAIN, MOOD, ADL
- Hoidolliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen, moniammatillinen yhteistyö (sh ja lääkärin konsultaatio) Seuranta ja kirjaaminen

ENNALTAEHKÄISY

- Kivun tunnistaminen, voinnin muutoksiin reagointi ja ajantasainen RAI-arviointi
- Kipulääkkeiden ja lääkkeettömien keinojen tunnistaminen sekä käyttäminen
- Lääkärin ja fysioterapeutin konsultointi, moniammatillinen yhteistyö
- Apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen
- Hoidon tavoitteet konkreettisesti kuvattuna hoitosuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet). Seuranta ja kirjaaminen
- Alkutarkastus /vuosikontrollit ja ajantasaiset RAI-arviointitulokset käytettävissä moniammatillisesti
- Ennakoiva hoitosuunnitelma ja ohjeistukset toimintakyvyn muuttuessa

Pirhan IKI-intra:

[PAINAD mittari](#)

Pirha.fi:

[Kivun arviointi ja kirjaaminen -toimintamalli - pirha.fi](#)

Muita:

[Kivun arviointi](#)

Kova päivittäinen kipu < 2 %

ASUMISEN PALVELUIDEN RAI LAATUTAVOITE: **ASIAKKAALLA EI OLE KOVAA PÄIVITTÄISTÄ KIPUA**

Pirkanmaan hyvinvointialue

iRAI LTCF asiakkaan osallisuuden toimintamalli

ASUMISEN
PALVELUIDEN
RAI
LAATUTAVOITE:
Asiakas ilmaisee
omia toiveita/
tavoitteita

Luonnos

Asiakkaat, jotka
ovat määrittäneet
hoidolle ainakin
yhdessä tavoitteen
> 70%

LAATUTAVOITE SAAVUTETTU

ESIHENKILÖ / PÄÄLLIKKÖ

- Seuraa alueen ja yksikön/tiimin organisaatiotasoisia mittareita ja raportteja
- Laatumoduuli (iRAI LTCF): Asiakas määrittänyt hoidolle ainakin yhden tavoitteen, %
- THL-palauteraportit ja -tietokannat
- Yksikön toimintatapojen ja toimintakulttuurin kehittäminen sekä henkilöstön osaamisen varmistaminen

RAI -VASTUUHENKILÖ

- Varmistaa arviointien luotettavuuden ja RAI-osaamisen
- Seuraa iRAI LTCF ohjelmiston asiakas- ja yksikötason raportteja ja laatumoduulin laatuanalyysiä: Asiakas määrittänyt hoidolle ainakin yhden tavoitteen, %
- Yksikön palaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö

SAIRAAHOITAJA

- Arvioi alle tavoitetason olevia asiakkaita sairaanhoidollisesta näkökulmasta
- Henkilötason tulokset-raportti: havaitut toimintakyvyn muutokset ja ongelmat (esim. hoitamaton kipu) tiedoksi lääkärille
- Yksikön palaverien aiheeksi ja jatkuvaksi seuranta- ja kehittämiskohteeksi. Moniammatillinen yhteistyö
- Seuranta ja kirjaaminen

LÄHIHOITAJA / OMAHOITAJA

- Selvittää asiakkaan hoidon toiveet ja tavoitteet ja tuo ne selkeästi esille ja työyhteisön tietoon
- Kirjaa asiakkaan omat tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi konkreettisesti kuvattuna hoitosuunnitelmaan (asiakkaan RAI arvioinnista nousevat herätteet) Toteutusta seurataan ja arvioidaan päivittäiskirjaamisessa
- Seuraa niitä mittareita ja CAPs-herätteitä, joihin asiakkaan ilmaisemaan tavoitteeseen liittyvät. Esim. tavoitteena osallistua ryhmäkodin aktiviteetteihin /Seurataan CAP-herätettä ACTIV (Harrastukset)
- Huomioi toimintakyvyn vajeet suunnittelussa ja toteutuksessa, moniammatillinen yhteistyö

ASIAKKAAN OSALLISTAMINEN

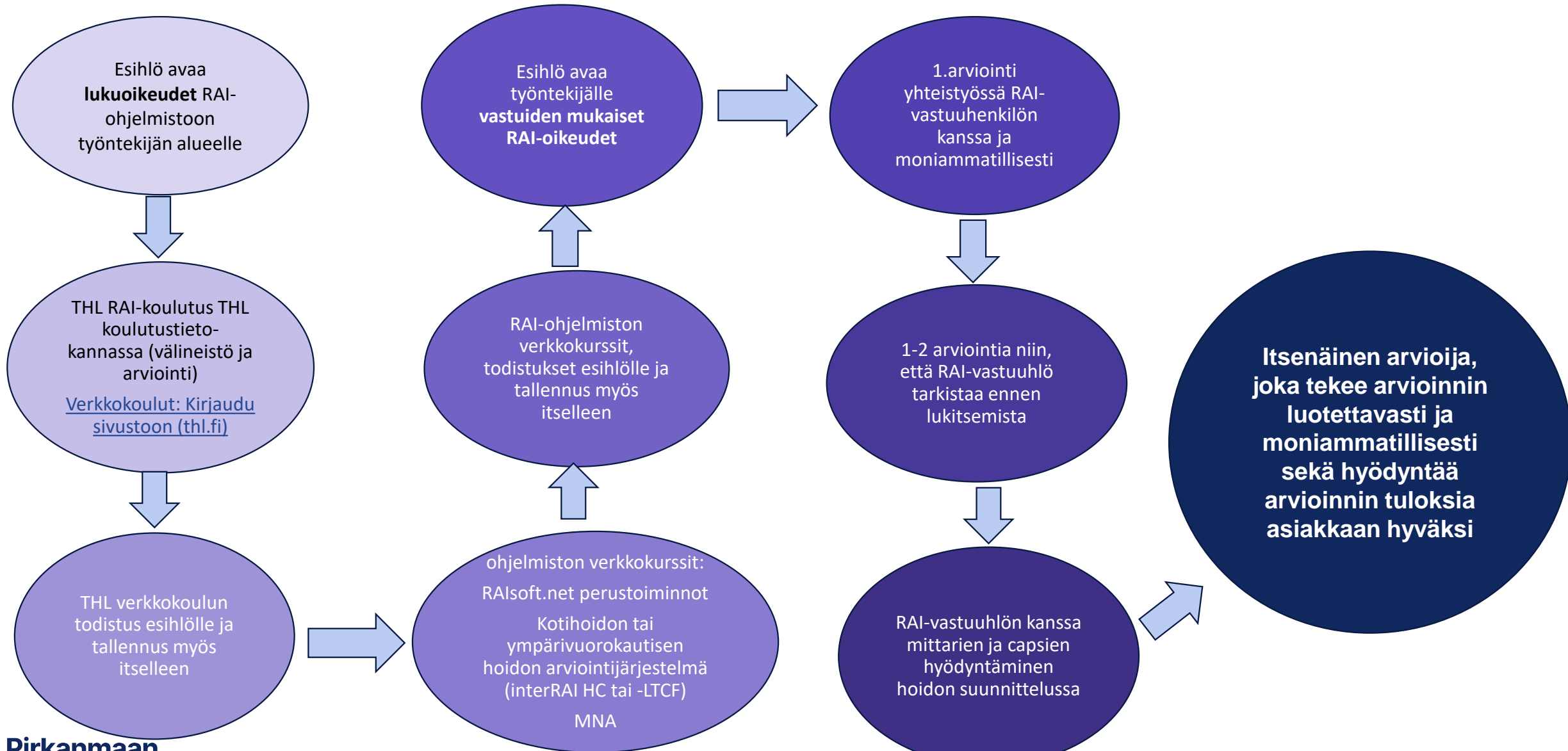
Toimintamallit, joilla asiakkaan hoidon laatu paranee ja päästään tavoitteisiin

- Tehdään RAI-arviointi oikea-aikaisesti ja kirjataan asiakkaan ilmaisemat tavoitteet RAI:n kohtaan Ab4
- Voimavaralähtöinen toimintamalli [Voimavaralähtöinen toimintamalli - Ikäihmisten ja vammaisten palvelut - intra.pirha.fi](#)
- Muistisairaana asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutus. Muistisairaana palveluketju: [Muistisairaana osallisuuden ja voimavarojen tukeminen - Hoito- ja palveluketjut - pirha.fi](#)
- Moniammatillinen yhteistyö, kaikkien ammattiryhmien esiin saama tieto tavoitteista. Seuranta ja kirjaaminen



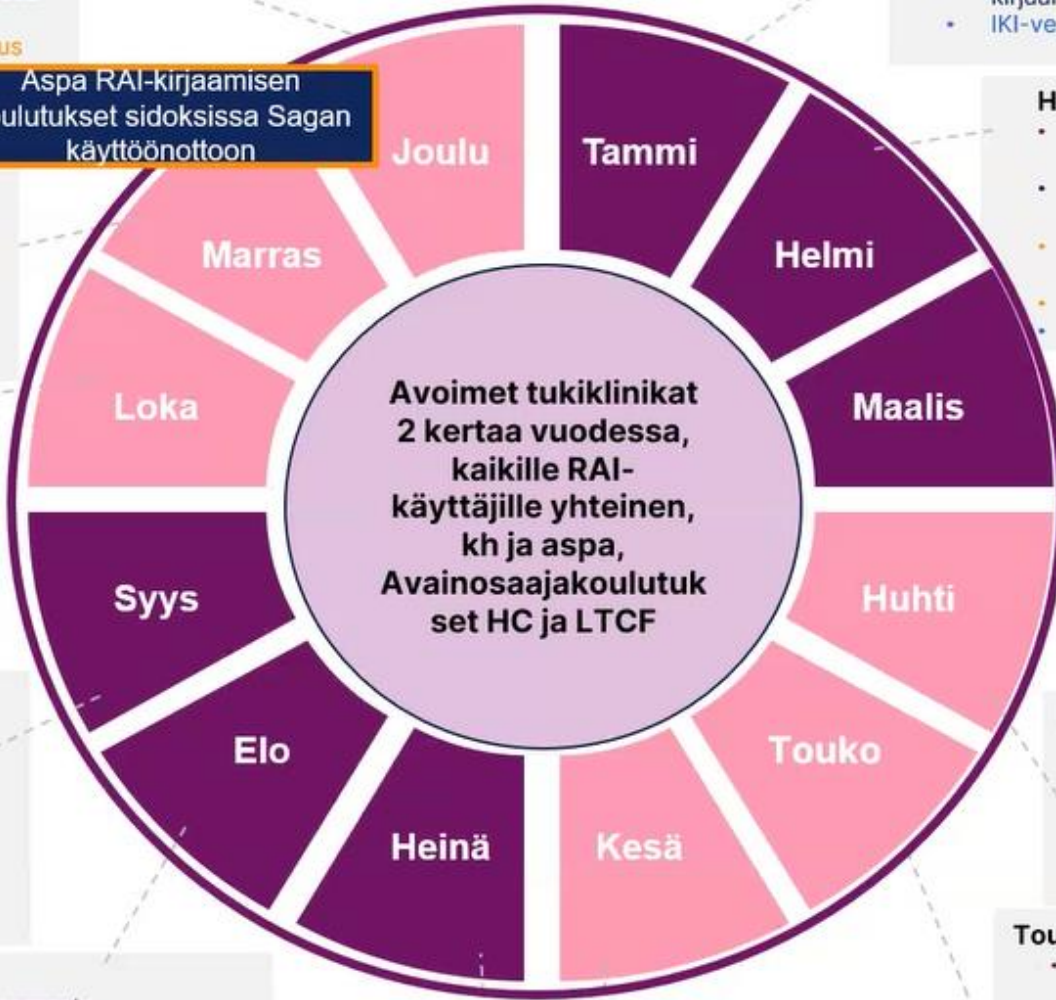
RAI osaaminen, sen vahvistaminen ja vuosikello 2025

Uuden RAI-käyttäjän RAI-koulutusprosessi



RAI -osaamisen vahvistamisen vuosikello 2025

Aspa RAI-kirjaamisen koulutukset sidoksissa Sagan käyttöönottoon



Joulukuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Käyttöoikeuksiin liittyvä perehdytys, **yhteinen**
- HC/LTCF Esihenkilö: THL tuloksien hyödyntäminen, **yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: Mittaritulosten tulkinta -koulutus (luotettavuus video, ristiriidat) **yhteinen**
- LTCF Arvioija: RAI-tulosten näkyminen hoitosuunnitelmassa ja kirjaamisessa
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, osallisuus**
- **IKI-verkostossa**

Marraskuu

- HC/LTCF Esihenkilö: Vuosikellokoulutus **Yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: RAI-arvioinnin kysymykset **Yhteinen**
- **HC/LTCF Vastuuhenkilöiden RAI-verkosto Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, srla ja päivystyskäynnit Yhteinen**
- LTCF Arvioija: RAI-tulosten näkyminen hoitosuunnitelmassa ja kirjaamisessa
- **IKI-verkostossa**

Lokakuu

- HC Esihenkilö: Palvelun myöntämisen perusteet -mittarikoulutus
- **HC/LTCF Vastuuhenkilö: Uuden työntekijän RAI-perehdytys Yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: RAI-arvioinnin kysymykset
- **HC/LTCF Esihenkilöiden RAI-verkosto Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, kipu Yhteinen**
- **IKI-verkostossa**

Syyskuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Käyttöoikeuksiin liittyvä perehdytys, **yhteinen**
- **HC/LTCF Vastuuhenkilö: Vuosikellokoulutus yhteinen**
- HC Arvioija: RAI-tulosten näkyminen toteuttamissuunnitelmassa ja kirjaamisessa
- **HC/LTCFYhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, ravitsemus yhteinen**
- **IKI-verkostossa**

Elokuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Laatuavoitteiden seuranta, laatuanalyysit ja työpöytätyönäkökoulutus **yhteinen**
- **HC Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, kaatumisen ehkäisy**
- **LTCF Yhteinen, laatuavoite ja toimintamalli, mielekäs elämä**
- **IKI-verkostossa**

Tammikuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Laatuavoitteiden seuranta, laatuanalyysit ja työpöytätyönäkökoulutus (organisaatiotaso ja yksikkötaso) **Yhteinen** 28.1.25
- HC Arvioija: RAI-tulosten näkyminen toteuttamissuunnitelmassa ja kirjaamisessa 20.1.25
- **IKI-verkostossa RAI-laatuavoitteet ja toimintamallit Yhteinen** 24.1.25

Helmikuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Käyttöoikeuksiin liittyvä perehdytys, **yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: RAI-arvioinnin kysymykset (kognitio, CPS) **Yhteinen**
- **HC Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, kaatumisen ehkäisy**
- **LTCF Yhteinen, laatuavoite ja toimintamalli, mielekäs elämä**
- **IKI-verkostossa kaatumisen ehkäisyn toimintamalli**

Maaliskuu

- HC Esihenkilö: Palvelun myöntämisen perusteet -mittarikoulutus
- **HC/LTCF Vastuuhenkilö: Uuden työntekijän RAI-perehdytys Yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: Luotettava RAI-arviointi (luotettavuus video, ristiriidat), **Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, kipu Yhteinen**
- **IKI-verkostossa**

Huhtikuu

- **HC/LTCF Esihenkilöiden RAI-verkosto, vuosikello Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, srla ja päivystyskäynnit Yhteinen**
- HC/LTCF Arvioija: RAI-arvioinnin kysymykset **Yhteinen**
- **IKI-verkostossa**

Toukokuu

- HC/LTCF Esihenkilö ja **vastuuhenkilö**: Käyttöoikeuksiin liittyvä perehdytys, **yhteinen**
- HC/LTCF Esihenkilö: THL tuloksien hyödyntäminen, **Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite ja toimintamalli, ravitsemus Yhteinen**
- **Vastuuhenkilöiden RAI-verkosto, vuosikello Yhteinen**
- **HC/LTCF Yhteinen: laatuavoite, osallisuus, Yhteinen**
- **IKI-verkostossa**

Heinäkuu

Kesäkuu





RAI mittarit ja herätteet

Mittarit (1 / 2)

MITTARIT

Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, hierarkkinen (0-6)	ADL-H	Tarvitsee rajoitetusti apua (2)	0  6
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, lyhyt (0-16)	ADL-S	2	0  16
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, laaja (0-28)	ADL-L	6	0  28
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, suoriutuminen (0-48)	IADLP	30	0  48
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, suoriutumiskyky (0-48)	IADLC	29	0  48
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, viiden toiminnon suoriutumiskykymittari (0-6)	IHIER-C	5	0  6
Arkisuoriutuminen, perus- ja välinetoiminnot, yhdistetty (0-11)	FHIER	6	0  11
Kognitiomittari (0-6)	CPS	Kognition lievä heikkeneminen (2)	0  6
Laajennettu kognitiomittari (0-8)	CPS2	Kognition keskivaikkea heikkeneminen 1 (4)	0  8
Kaksiluokkainen kognitiomittari (0-1)	CPS0	CPS > 0 (1)	0  1
Kommunikointikyky (0-8)	COMM	Lievä / keskivaikkea heikkeneminen (3)	0  8
Kuulo- ja näkökyky (0-5)	DbSI	Molemmat aistit ovat hieman tai kohtalaisesti heikentyneet (3)	0  5
Haastava käyttäytyminen (0-12)	ABS	Lieviä/kohtalaisia merkkejä käytösoireista/aggressiivisesta käyttäytymisestä (2)	0  12

Mittarit (2 / 2)

Masennuksen oiremittari (0-14)	DRS	Masennusepäily, kohtalaisesti oireita (4)	0  14
Itsearvioitu mieliala (0-9)	DRSSR	Itsearvioitu mieliala kohtalainen (3)	0  9
Sosiaalinen vetäytyminen (0-12)	SOCWD	6	0  12
Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä (0-12)	AUDIT-C	3	0  12
Terveysten vakaussmittari (0-5)	CHESS	Kohtalaisen epävakaata terveyttä (3)	0  5
Painoindeksi (5-70)	BMI	yli 24 (26.57)	5  70
Kipu, viisiluokkainen (0-4)	PAIN-R	Kipuja harvemmin kuin päivittäin (1)	0  4
Kipu, neliluokkainen (0-3)	PAIN	Kipuja, mutta ei päivittäin (1)	0  3
Painehaavan riskimittari (0-8)	PURS	Erittäin matala riski (0)	0  8
Palvelutarveluokitus (1-5)	MAPLe 5	Erittäin suuri (5)	1  5
Palvelutarveluokitus, hienojakoinen	MAPLe 15	Erittäin suuri - alaluokka 54 (54)	
Kaatumisriski (0-3)	FALLS	Kaatonut kerran viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana (2)	0  3
Päivystyskäyntitarpeen riski (1-6)	DIVERT	6	1  6
Mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (1-9)	EVAC	0,94 (9)	1  9

Herätteet

CAPS

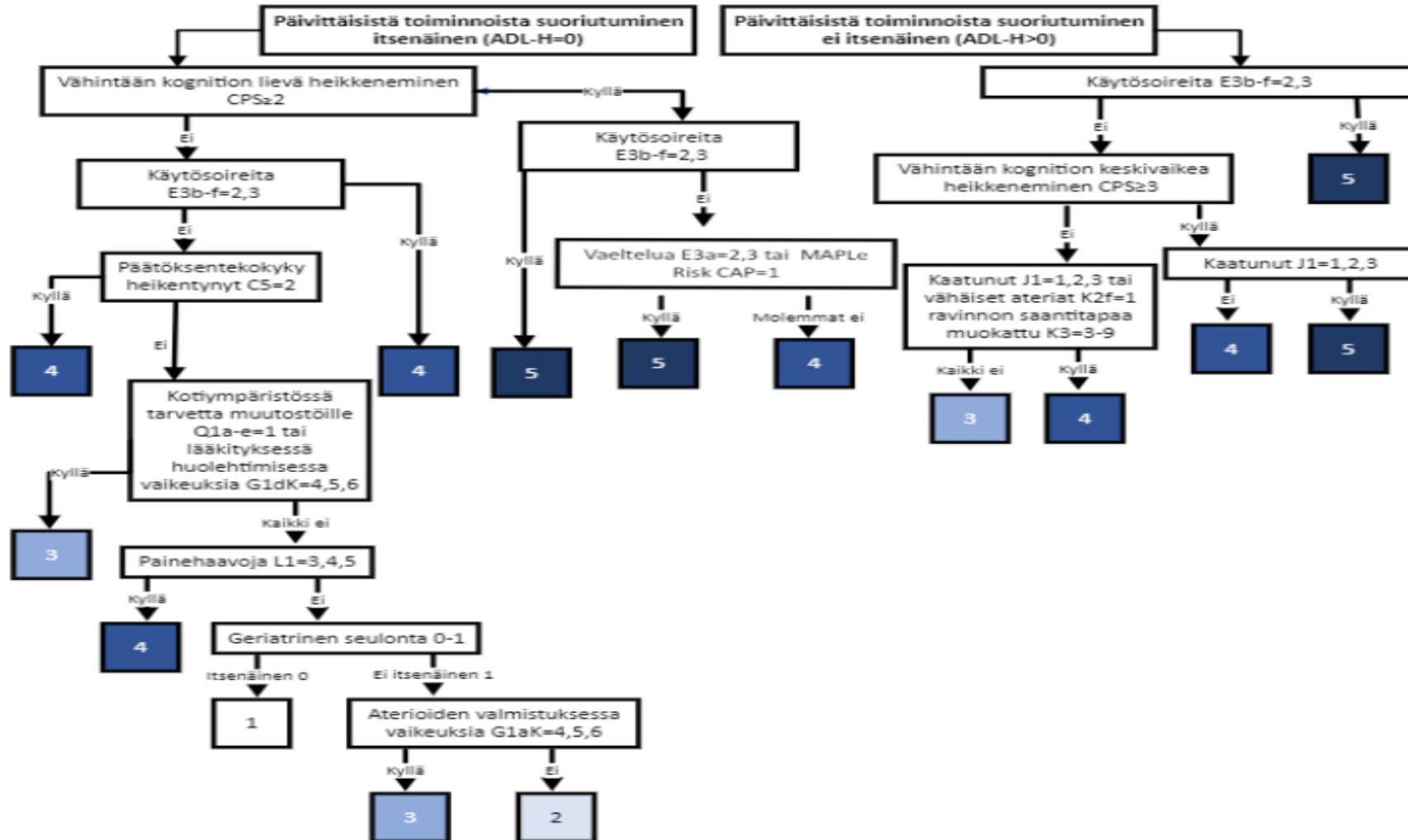
Fyysisen toiminnan edistämisen	PACTIV	Ei herätettä
Arjen välinetoiminnot	IADL	Heräte laukeaa
Arjen perustoiminnot	ADL	Heräte - toipumisen edistäminen
Kotiympäristön esteettömyys	ENVIR	Heräte laukeaa
Ympäri vuorokautiseen hoivaan joutumisriskin	RISK	Heräte laukeaa
Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen	COGNIT	Heräte - heikkenemisen ehkäiseminen
Sekavuus	DELIR	Heräte laukeaa
Kommunikaatiokyky	COMMUN	Ei herätettä
Mieliala	MOOD	Heräte - vahva epäily ongelmasta
Käyttäytyminen	BEHAV	Heräte - ehkäistä lähes päivittäisiä käytösoireita
Lähisuhdeväkivalta	ABUSE	Heräte - vahva epäily
Läheisapu	BRITSU	Heräte laukeaa
Sosiaaliset suhteet	SOCFUNC	Heräte laukeaa
Kaatuminen	FALLS	Heräte - pieni todennäköisyys
Kipu	PAIN	Ei herätettä
Painehaavoja	PULCER	Ei herätettä
Sydän- ja hengityselimistön sairauksia	CARDIO	Heräte laukeaa
Aliravitsemus	NUTR	Ei herätettä
Elimistön kuivuminen	DEHYD	Heräte - vahva epäily
Tupakointi ja alkoholin käyttö	ADD	Ei herätettä
Virtsanpidätyskyky	URIN	Heräte - Rakonhallinnan heikkenemisen ehkäiseminen
Suolen toiminta	BOWEL	Heräte - suolen toiminnan edistäminen

Maple (MAPLe5) PALVELUTARVELLUOKITUS (1–5)

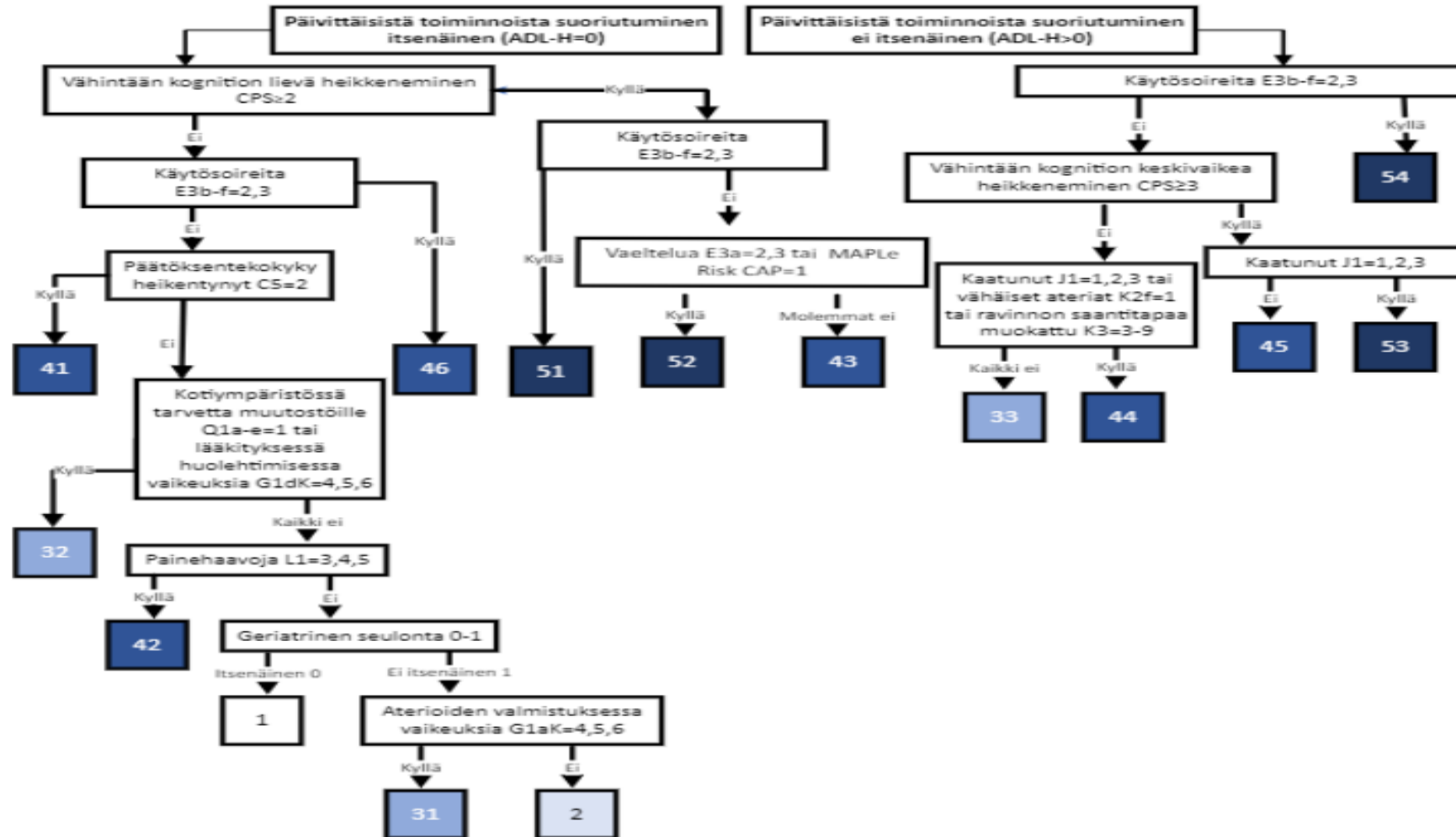
Arvon selite	Mittarin arvo
Vähäinen	1
Lievä	2
Kohtalainen	3
Suuri	4
Erittäin suuri	5

Maple (MAPLe5) PALVELUTARVELLUOKITUS (1–5)

Palvelutarveluokka (MAPLe5) mittarin arvot muodostuvat alla olevan kaavion mukaisesti.



Maple (MAPLe15) PALVELUTARVELUOKITUS, hienojakoinen



Maple (MAPLe15) PALVELUTARVELUOKITUS, hienojakoinen

Mittarin arvo muodostuu **kahdeksastatoista** yksittäisestä kysymyksestä, **kahdesta** mittarista, **geriatrisen seulonnan** tuloksesta ja **MAPLe Risk CAPin** tuloksesta.

<p>Kysymykset:</p> <ul style="list-style-type: none">• C5. Päätöksentekokyvyn muuttuminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai edellisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on alle 90 vuorokautta)• E3a. Vaeltelu - Kuljeskelu ilman järkevää syytä, näyttää olevan kykenemätön huolehtimaan tarpeistaan tai turvallisuudestaan• E3b. Karkea kielenkäyttö• E3c. Pahoinpitely• E3d. Sosiaalisesti sopimaton tai häiritsevää käyttäytyminen• E3e. Sopimaton julkinen seksuaalinen käyttäytyminen tai riisuuntuminen• E3f. Hoitotoimien vastustelu• G1aK. Aterioiden valmistus – oletettu suoriutumiskyky• G1dK. Lääkityksestä huolehtiminen – oletettu suoriutumiskyky• J1. Kaatumiset• L1. Vaikea-asteisin painehaava• K2f. Söi yhden tai ei yhtään ateriaa kahtena tai kolmena viimeksi kuluneista kolmesta päivästä• K3. Ravinnon saantitapa• Q1a. Koti remontin tarpeessa• Q1b. Rähjäinen kunto• Q1c. Riittämätön lämpö tai ilmastointi• Q1d. Henkilökohtaisen turvallisuuden puute• Q1e. Vaikeuksia päästä kotiin tai liikkua huoneesta toiseen	<p>Mittari: Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, hierarkkinen (ADL-H)</p> <ol style="list-style-type: none">o. Itsenäinen1. Ohjauksen tarvetta2. Tarvitsee rajoitetusti apua3. Tarvitsee runsaasti apua 14. Tarvitsee runsaasti apua 25. Autettava6. Täysin autettava <p>*Mittarin tarkempi sisältö alkaen sivulta 1</p> <p>Mittari: Kognitiomittari (CPS)</p> <ol style="list-style-type: none">o. Ei kognitiivista häiriötä1. Rajatilainen kognitiivinen häiriö2. Kognition lievä heikkeneminen3. Kognition keskivaikea heikkeneminen4. Kognition keskivaikea - vaikea heikkeneminen5. Kognition vaikea heikkeneminen6. Kognition erittäin vaikea heikkeneminen <p>*Mittarin tarkempi sisältö alkaen sivulta 10</p> <p>Geriatrisen seulonta:</p> <ol style="list-style-type: none">o. ITSENÄINEN ja 1. EI ITSENÄINEN. <p>*Katso tarkempi selitys sivulta 32</p> <p>MAPLe Risk CAP:</p> <ol style="list-style-type: none">o. Ei herätettä 1. Heräte laukeaa <p>*Katso tarkempi selitys sivulta 33</p>
--	--

CPS Kognitiomittari

- CPS-mittarin arvon muodostuminen

Mittarin arvo muodostuu neljän kysymyksen perusteella:

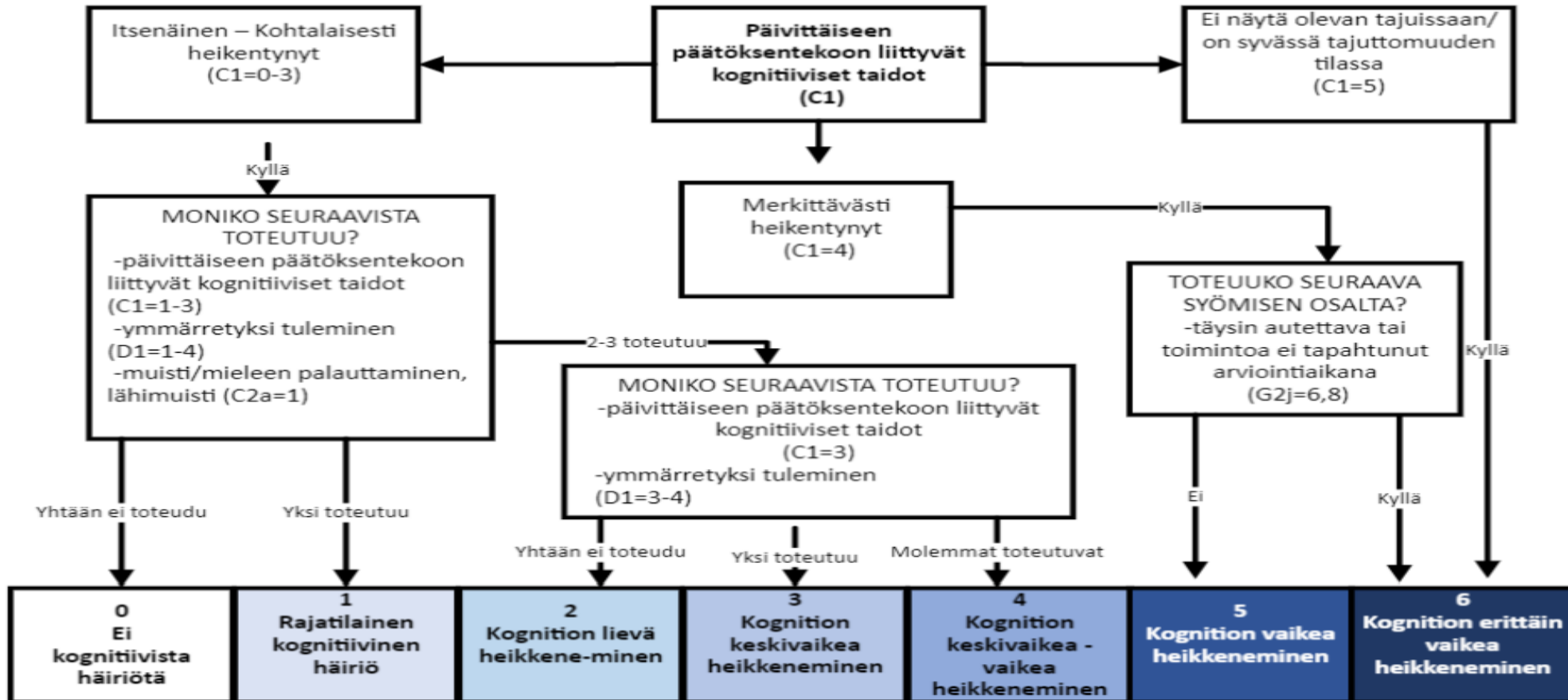
- C1. Päivittäiseen päätöksentekoon liittyvät kognitiiviset taidot
- C2a. Muisti/mieleen palauttaminen – lähimuisti toimii
- D1. Ymmärretyksi tuleminen (Ilmaisukyky)
- G2j. Syöminen

Kognitiomittarin ja MMSE-testin osalta on tehty suuntaa antava vastaavuustaulukko.

Kognitiomittari (CPS_6)	Mittarin arvon selite	MMSE-testin tulos
0	Ei kognitiivista häiriötä.	24,9
1	Rajatilainen kognitiivinen häiriö.	21,9
2	Kognition lievä heikkeneminen.	19,2
3	Kognition keskivaikea heikkeneminen.	15,4
4	Kognition keskivaikea – vaikea heikkeneminen.	6,9
5	Kognition vaikea heikkeneminen.	5,1
6	Kognition erittäin vaikea heikkeneminen.	0,4

Lähde: Morris JN, Fries BE, Mehr DR et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology* 1994; 49(3): M174-182

Kognitiomittarin (CPS) arvot muodostuvat alla olevan kaavion mukaisesti



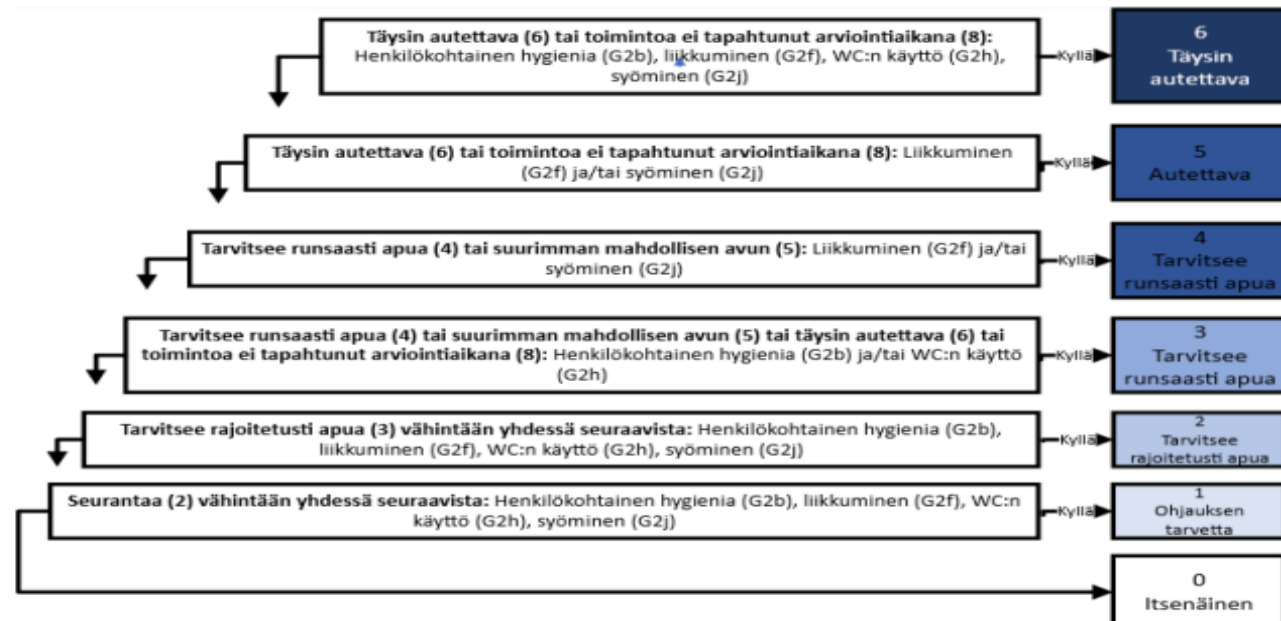
ADL-H ARKISUORIUTUMINEN, PERUSTOIMINNOT, hierarkkinen (0–6)

- ADL-H-mittarin arvon muodostuminen

Mittarin arvo muodostuu **neljän** kysymyksen perusteella, sekä sen perusteella, kuinka paljon asiakas tarvitsee ohjausta tai apua päivittäisissä toimissa.

- G2b. Henkilökohtainen hygienia
- G2f. Liikkuminen
- G2h. WC:n käyttö
- G2j. Syöminen

Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, hierarkkisen mittarin arvot muodostuvat alla olevan kaavion mukaisesti.



IHER-C (= IADLCH) ARKISUORIUTUMINEN, VÄLINETOIMINNOT, VIIDEN TOIMINNON SUORIUTUMISKYKYMITTARI (0–6)

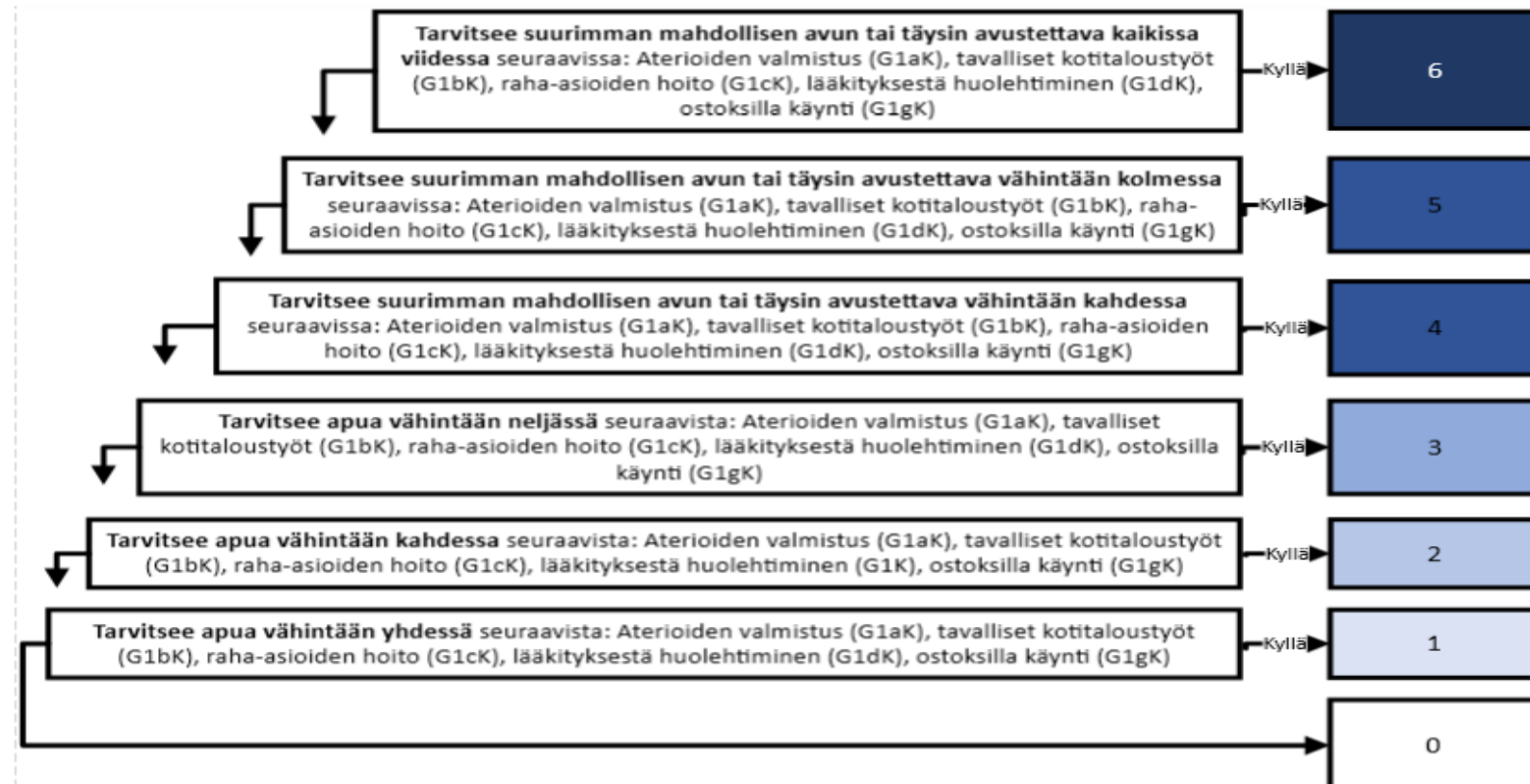
Mittarin arvot muodostuvat viiden kysymyksen perusteella:

- G1aK. Aterioiden valmistus
- G1bK. Tavalliset kotitaloustyöt
- G1cK. Raha-asioiden hoito
- G1dK. Lääkityksestä huolehtiminen
- G1gK. Ostoksilla käynti

IHER-C (= IADLCH) mittarin muodostuminen

Arkisuoriutumisen, välinetoiminnot, hierarkkinen -mittarin arvot muodostuvat alla olevan kaavion mukaisesti.

Huom! Mittarin arvo lasketaan oletetun suoriutumiskyvyn vastauksista (Oletetussa suoriutumiskyvyssä ei ole tasoa 8. Toimintoa ei tapahtunut arviointiaikana).

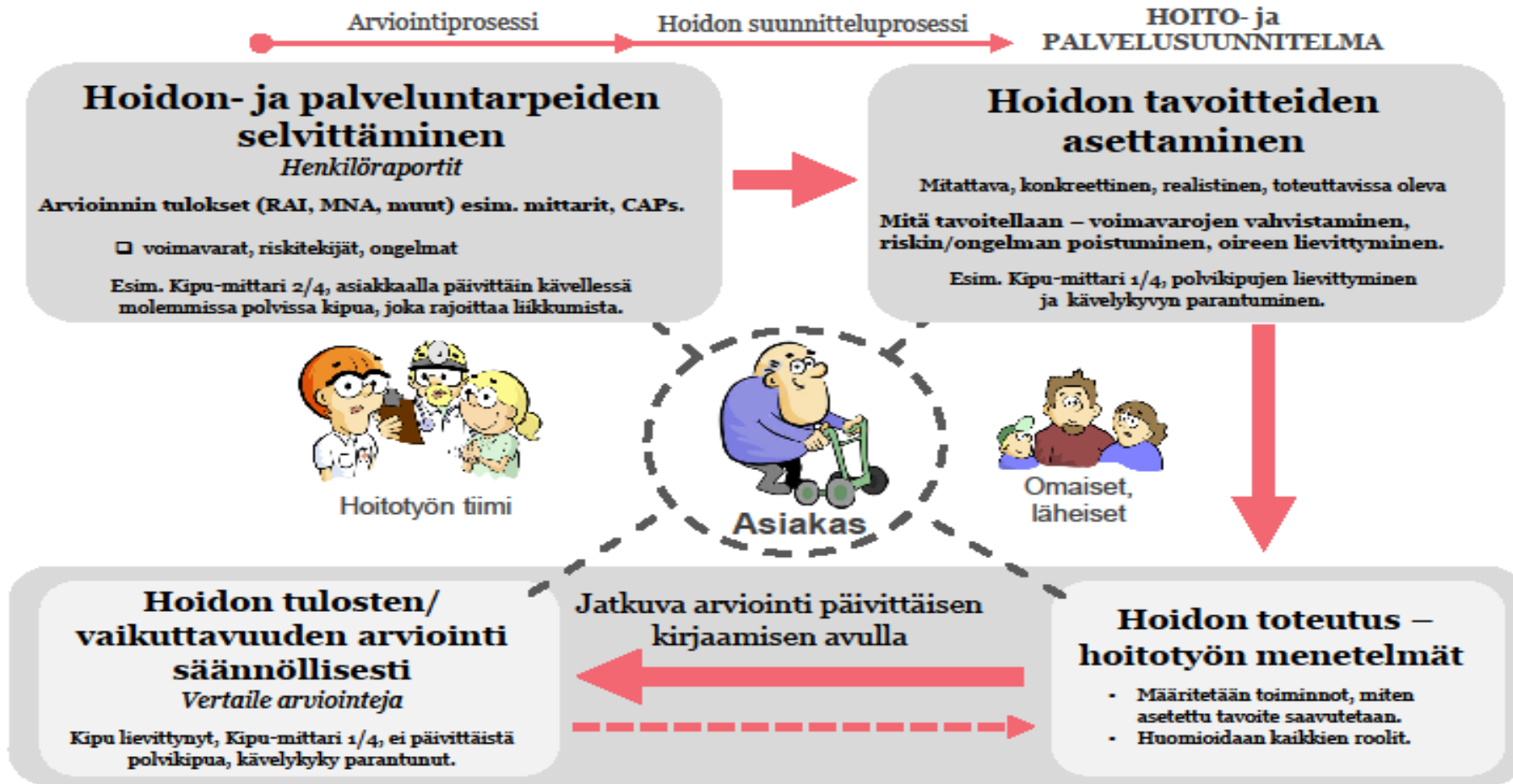




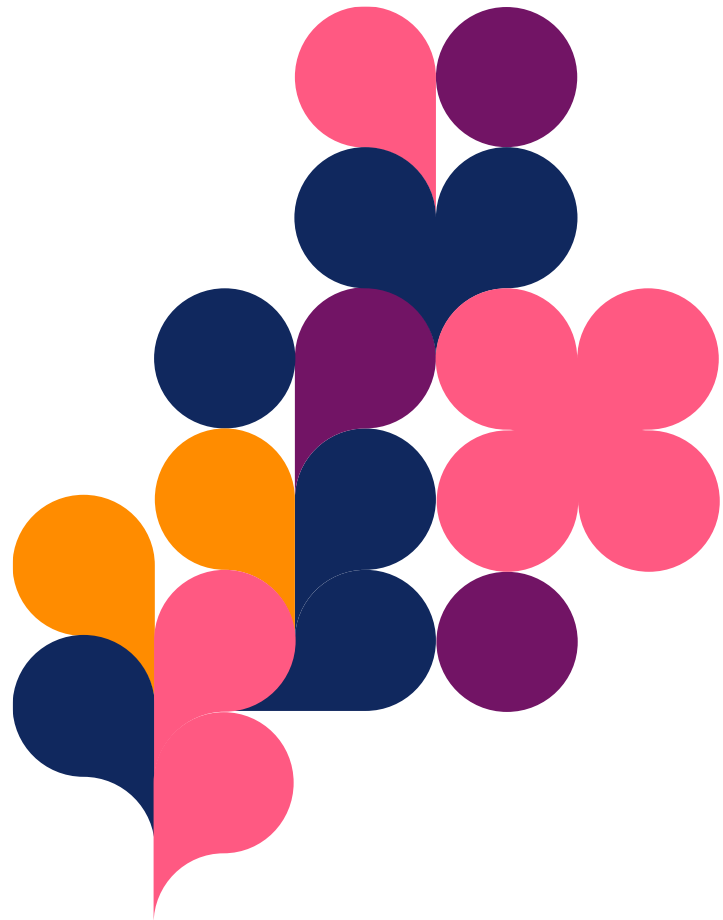
Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessi

Vastuutyöntekijä / omahoitaja / hoitotyön tiimi



26.10.2021



Yhteystiedot

Leila Mäkinen
Palvelupäällikkö

Ikäihmisten palvelut

leila.makinen@pirha.fi

