

# Keski-Suomen hyvinvointialue

Kotihoidon ja ikääntyvien asumisen palveluiden  
myöntämisperusteet  
1.1.2023 alkaen



# Sisällys

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>3</b>
<b>2 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN</b> .....	<b>3</b>
<b>3 RAI ARVIOINTIVÄLINEISTÖ</b> .....	<b>5</b>
<b>4 ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT</b> .....	<b>7</b>
4.1 IKÄIHMISTEN ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT JA VARHAINEN TUKI .....	7
4.2 MUISTIKOORDINAATTORIN TAI MUISTIHOITAJAN KÄYNTI SOTE KESKUKSESTA.....	7
4.3 MUISTIASIAKKAAN KOTIKUNTOUTUS.....	8
<b>5 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA</b> .....	<b>8</b>
5.1 KULJETUS PÄIVÄTOIMINTAAN .....	9
<b>6 KOTIIN ANNETTAVAT TUKIPALVELUT</b> .....	<b>9</b>
6.1 ATERIAPALVELU .....	9
6.2 TURVA-AUTTAJAPALVELU .....	10
6.3 HARKINNANVARAINEN SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU .....	11
6.4 MUUT TUKIPALVELUT .....	12
<b>7 KOTIHOITO</b> .....	<b>13</b>
<i>Kotihoidon tehtävät</i> .....	14
7.1 TILAPÄINEN KOTIHOITO.....	16
<i>Tilapäistä kotihoitoa myönnetään</i> .....	16
7.2 KOTIHOIDON KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO.....	16
7.3 TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS.....	17
7.4 SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO.....	17
<i>Säännöllistä kotihoitoa myönnetään</i> .....	18
7.5 ETÄHOIVA.....	19
7.6 LÄÄKEAUTOMAATIT .....	19
<b>8. KOTIIN ANNETTAVIEN PALVELUJEN UUELLEEN ARVIOINTI</b> .....	<b>20</b>
<b>9 IÄKKÄIDEN ASUMINEN</b> .....	<b>20</b>
9.1 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN LYHYTAIKAISEEN ASUMISEEN JA HOITOOON .....	21
9.1.1 <i>Arviointi- ja kuntoutusjakso</i> .....	21
9.1.2 <i>Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso</i> .....	22
9.1.3 <i>Tilapäinen hoitojakso</i> .....	22
9.2 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YHTEISÖLLISEEN ASUMISEEN .....	22
9.3 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN PALVELUASUMISEEN .....	23
9.4 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN PITKÄAIKAISEEN LAITOSASUMISEEN .....	23
9.5 LYHYTAIKAISEEN HOITOOON SEKÄ IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEEN JA HOITOOON HAKEMINEN .....	24
9.5.1 <i>Hakeminen lyhytaikaiseen hoitooon</i> .....	24
9.5.2 <i>Hakeminen ikääntyneiden asumiseen</i> .....	24
9.6 PITKÄAIKAISEN ASUMISEN HOITOPAIKAN VASTAANOTTAMINEN.....	25
9.7 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEN JA HOIDON PALVELUTARPEEN MUUTTUMINEN.....	25
9.8 ASUMINEN YKSITYISESSÄ ASUMISPALVELUSSA ILMAN KUNNAN PALVELUPÄÄTÖSTÄ .....	26
<b>TAULUKKO 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT –</b> .....	<b>26</b>
<b>KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT</b> .....	<b>26</b>
TAULUKKO 2. ....	30
INTERRAI HC JA LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET .....	30

## 1 JOHDANTO

Keski-Suomen hyvinvointialueen koti- ja asumispalveluiden tavoitteena on, että keski-suomalaiset saavat palvelut oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Palveluille on määritelty aluevaltuuston palvelukuvaukset, palvelujen myöntämisen perusteet ja asiakasmaksut, jotka ohjaavat palvelujen myöntämistä. Näitä myöntämisen perusteita arvioidaan säännöllisesti osana vuosittaista talousarviota ja käyttösuunnitelmaa ja päivitetään tarvittaessa.

Palveluissa keskeinen periaate on tukea arjessa apua tarvitsevien kykyä elää arvokkaasti ja omatoimisesti kotona oikea-aikaisilla ja riittäväillä palveluilla sekä järjestää tarpeen mukaan ympärivuorokautista asumista ja hoitoa. Palveluja tuotetaan omalla toimintana, ostopalveluina sekä palvelusetelillä. Lähtökohtana on asiakkaan kotona asuminen ja palvelut järjestetään kotona tai kodikkaassa ympäristössä (palveluasumisessa, perhehoidossa) elämän loppuun asti. Lääketieteellinen hoito ja konsultaatiot, lyhytaikaisjaksot sekä kuntoutus tukevat kotona asumista.

Keskeisiä periaatteita kaikessa toiminnassa ovat ennaltaehkäisevä toiminta, kuntouttava työote sekä yhteistyö ja näiden varmistaminen panostamalla yksilölliseen asiakas- ja palveluohjaukseen. Palvelut tukevat asukkaiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, turvallisuutta, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta sekä ehkäisevät lisäpalveluntarpeen syntymistä. Osaava, moniammatillinen ja verkostoitunut henkilökunta ja johto huolehtivat ajantasaiseen tietoon perustuvista, palvelutarpeiden mukaan kehittyvistä oikea-aikaisista palveluista.

Palvelutarpeen arvioinnissa keskeistä on asiakkaan kokonaisvaltainen tilanteen arviointi palveluohjauksellisella toimintatavalla ja käyttämällä arvioinnin tukena luotettavia toimintakykymittareita kuten RAI arviointimenetelmää.

## 2 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Hyvinvointialueen toiminta perustuu Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja -asetukseen (607/83), Kansanterveyslakiin (kansanterveysterveyslaki 66/72), terveydenhuoltolakiin (1326/2010), Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012, päiv. 11/2020) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton antamaan Laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020- 2023 (julkaisu 2020:20).

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tehtävänä on antaa neuvontaa ja ohjausta palveluista sekä hyvinvoinnin edistämiseen liittyvistä asioista myös asiakkaille, joiden tuen tarve on vielä vähäistä. Neuvonnan ja ohjauksen tavoitteena on tukea asiakkaiden hyvinvointia ja omia voimavaroja sekä ennaltaehkäistä palvelutarvetta. Kaikki asiakkaat tulevat palveluiden piiriin

palveluohjauksen kautta. Palveluohjauksessa kartoitetaan asiakkaan toimintakyky ja arvioidaan asiakkaan palvelutarve. Mikäli asiakas täyttää palveluiden myöntämisen perusteet, asiakkaalle aloitetaan palvelut. Jos asiakas ei täytä palvelun myöntämisen perusteita, ohjataan ja neuvotaan asiakasta käytettävissä olevista yksityisistä palveluista tai järjestötoiminnasta.

Palvelujen tuottamisen pääpaino on ennakoivassa toiminnassa, toimintakykyä tukevassa toiminnassa, kotona asumisessa sekä kotiin annettavissa palveluissa. Kotona asuminen on ensisijainen vaihtoehto. Se mahdollistetaan asiakkaiden neuvonnalla ja palveluohjauksella sekä riittävillä ja oikea-aikaisilla palveluilla. Tavoitteena on siirtää mahdollisemman pitkälle raskaamman eli tehostetun palveluasumisen tarvetta asiakkaan elämässä. Kuntoutus ja kotikuntoutus sekä lyhytaikaishoito tukevat kotona selviytymistä. Avoterveydenhuollon geriatrinen osaamiskeskus tukee tarpeenmukaista asiakkaan tilanteen arviointia. Tiivis yhteistyö kuntoutuksen, terveystalujen, kotisairaalan ja ensihoidon kanssa tukevat osaltaan keski-suomalaisien kotona pärjäämistä. Kotihoidon palvelut sekä tukipalvelut suunnataan asiakkaille, joiden palvelutarve on säännöllistä sekä toistuvaa. Omaishoidon tukitoimilla parannetaan omaishoitajien ja hoidettavien elämän laatua.

Ikääntyneen toimintakyvyn laaja-alainen arviointi mahdollistaa asiakkaan ohjauksen sekä palveluiden suunnittelun ja toteuttamisen niin, että ne tukevat ikääntyneen omien voimavarojen hyödyntämistä. Asiakkaan omien taitojen ja niiden käyttämisessä tapahtuvia muutoksia on tärkeä seurata, jolloin taitojen heikkenemiseen voidaan tarttua kuntoutumisen näkökulmasta oikea-aikaisesti. Kuntoutumisen tukeminen mahdollistaa omatoimisuutta ikääntyneelle itselle merkityksellisissä arjen toiminnoissa sekä omanlaista hyvää elämää.

Kuntoutusta voidaan käyttää myös varhaisena tukena, jolloin kiinnitetään huomiota havaittuihin toimintakykyä heikentäviin ongelmiin ja riskitekijöihin. Vaikuttamalla riskitekijöihin edistetään ikääntyneen edellytyksiä toimia itsenäisesti ja turvallisesti. Yksilöllisten mahdollisuuksien mukaan edistetään lisäksi vastuunottoa omasta terveydestä, toimintakyvystä ja itseään koskevien asioiden päätöksenteosta. Ikääntyneen kanssa sovitut ja toteutetut toimintakyvyn tukemisen keinot ehkäisevät sairaalakierteen syntymistä sekä avuntarpeen lisääntymistä. Ikääntyneiden palveluiden asiakaslähtöisessä arjessa on mukana yksilölliset voimavarat, joilla voidaan tukea sujuvaa toimintaa todetuista haasteista huolimatta

Osana palveluohjausta on käytössä myös digitaalisia etäyhteydenottomahdollisuuksia, joiden myötä asiakas voi olla yhteydessä palveluohjaukseen. Digitaalisina etäyhteydenottomahdollisuuksina toimivat chat-toiminto sekä sähköiset yhteydenotto- ja ilmoituslomakkeet, mitkä mahdollistavat yhteydenottamisen tietoturvallisesti ajasta ja paikasta riippumatta. Lisäksi kotihoidossa on käytössä videopuhelut asiakkaiden ja hoitajien välillä sekä tarpeen mukaan asiakkaalle voidaan tarjota turvapuhelinta, jonka kautta asiakas saa yhteyden turva-auttajiin. Nämä ratkaisut mahdollistavat asiakkaan välittömän seurannan, vahvistavat asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä sekä ovat ennakoiden asiakkaiden turvana. Lisäksi kotihoidon sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä on käytössä koordinoimassa kotihoidon toimintaa. Palveluiden digitalisoinnin avulla tuetaan toiminnan keskeisten periaatteiden toteutumista.

Keski-Suomen hyvinvointialueella kehitetään kotona asumisen tukemista myös muiden palvelualueiden ja toimialueiden kanssa. Uusilla senioriasumismalleilla ja perhehoidolla vastataan joustavasti ikääntyneiden palvelutarpeisiin ja tuetaan yhteisöllisyyttä ja turvallista

asumista. Kuntien sivistyksen toimialueiden kanssa erityisesti liikunnallisten ja kulttuuristen toimintojen kehittäminen tukee kotona asuvien toimintakykyä.

Ikääntyneiden asumispalvelussa (tehostettu palveluasuminen ja pitkäaikainen laitoshoido) asuu pääsääntöisesti vaikeasti muistisairaita, kliinisesti monisairaita ja vaikeavammaisia, jotka eivät enää pärjää omassa kodissaan, tavallisessa palveluasumisessa tai perhehoidossa. Ympäri vuorokautista palveluntarvetta arvioidaan säännöllisesti ja palvelun piirissä jo olevan asiakkaan palveluntarve voidaan arvioida uudelleen.

Kolmannen sektorin roolia ja vapaaehtoistoimintaa vahvistetaan tukemaan keskisuomalaisten hyvinvointia ja tehdään tiivistä yhteistyötä kumppanuusperiaatteella.

Rintamatunnuksen omaavien veteraanien ja sotainvalidien palvelujen myöntämistä ohjaavat Rintamaveteraanien kuntoutuksesta annettu laki (1988/ 1184), Sotilasvammalaki (1948/404) ja Valtiokonttorin vuosittain julkaisemat ohjekirjeet.

### 3 RAI ARVIOINTIVÄLINEISTÖ

Hyvinvointi-alueen käytössä on asiakkaiden toimintakyvyn, hoidon ja palvelujen tarpeen arviointiin RAI- järjestelmä. Järjestelmän käytön vaatimus liittyy lakiin: Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (980/2012) mukaan kunnilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. Kuntien on aloitettava RAI-järjestelmän käyttö viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023.

Ikääntyneiden palveluissa käytetään pääsääntöisesti interRAI-HC (Home Care) ja interRAI-LTCF (Long Term Care Facilities) - järjestelmiä. Järjestelmää hyödynnetään mm. päätöksenteon tukena myönnettäessä asiakkaille yksilöllisiä ja tarpeenmukaisia palveluja. RAI arvioinnin tuottama tieto ohjaa osaltaan asiakkaiden palvelujen järjestämiseen siten, että asiakkaalle myönnetään oikea-aikaisia ja -sisältöisiä palveluja kotiin tai he ohjautuvat hoidon vaatavuuden mukaan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

RAI (Resident Assessment Instrument) arviointien avulla selvitetään asiakkaiden yksilöllisiä voimavaroja, riskitekijöitä ja ongelmia. Arviointien tekeminen perustuu keskusteluun, haastatteluun ja havainnointiin. Arviointikeskustelun ja arvioinnin tuottaman tiedon avulla voidaan arvioida yhdessä asiakkaan kanssa millaisesta tuesta, palveluista ja hoidosta asiakas hyötyy. Omaiset ja läheiset voivat osallistua arviointiprosessiin tarpeen ja mahdollisuuksiensa mukaan. Yhdenmukainen ja standardoitu arviointijärjestelmä prosesseineen mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen kohtaamisen. Arviointikeskustelun ja arviointien tuottaman tiedon avulla asiakkaat tiedostavat paremmin omaa toimintakyvyn tilaa ja hoitohenkilöstö saa päätöksenteon tueksi tietoa. RAI-arviointien avulla ohjaus, tuki ja hoito voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisemmin ja saada tietoa, jota voidaan hyödyntää asiakkaan keskeisten tavoitteiden määrittämiseen ja niiden toteutumisen seurantaan.

Esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuessa, arviointijaksoilla ja päivätoiminnassa hyödynnetään interRAI HC-osittaisarviointia. Osittaisarvioinnin sisällöt on sovittu hyvinvointialueella yhtenäiseksi. Osittaisarviointia hyödynnetään asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeiden tunnistamisessa ja tarvittaessa seurannassa. Osittaisarviointi

mahdollistaa vähimmäisisällön lisäksi yksilöllisten tarpeiden lisäämistä arviointisisältöön (esim. mieliala, alkoholin riskikäyttö). Asiakkaan ollessa säännöllisissä palveluissa kuten kotihoito ja erilaiset asumisen palvelut tehdään yleensä laaja toimintakyvyn arviointi (kokonaisarviointi). Säännöllisissä palveluissa toimintakyvyn kokonaisarviointeja tehdään puolivuositain tai asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa. Käyttökokemuksen myötä arvioidaan osittaisarviointin sisältöä ja riittävyyttä. Täydennysosioina hyvinvointialueella ovat käytössä säännöllisissä palveluissa mm. MNA (Mini Nutritional Assessment) asiakkaiden ali- ja virheravitsemuksen tunnistamiseen ja seurantaan sekä HELSA (Helsinki Social Assessment) omaishoidon tuessa läheisapua antavan tilannearviointiin.

RAI-arvioinnit tuottavat monipuolista tietoa päätöksenteon tueksi. Palvelutarvetta kuvaavaa mittaria (MAPLe 1-5) hyödynnetään tunnistettaessa, onko kyseessä vähäistä (1), lievää (2), kohtalaista (3), suurta (4) vai erittäin suurta (5) palvelutarvetta. Mittari huomioi erityisesti asiakkaan kognition ja arkisuoriutumisen tilannetta. Muita sisältöjä mittarissa ovat esimerkiksi haastavan käyttäytymisen oireet, kotiympäristön tilanne, kaatuilu, aktiivisuuden määrä ja muutokset kognitiossa tai arkisuoriutumisessa. Laajalla palvelutarvemittarilla (MAPLe 1-15) voidaan luoda erilaisia tarvesegmenttejä/-ryhmiä liittyen asiakkaiden palvelutarpeeseen ja sitä kautta kehittää palvelumalleja.

Kognition tilaa (CPS 0-6) kuvaava mittari auttaa ymmärtämään millainen vaikutus asiakkaan kognition tilalla (sisältäen päivittäinen päätöksenteko, muisti, ilmaisukyky) on esimerkiksi kotona selviytymiseen, turvalliseen lääkehoidon ja oikeanlaisen ravitsemuksen toteutumiseen. Arkisuoriutumisen mittareilla (ADL = arkisuoriutuminen, perustoiminnot ja IADL = arkisuoriutuminen, välineelliset toiminnot) saadaan selville, tarvitseeko asiakas tukea tai apua esimerkiksi aterioiden valmistamisessa, kotitaloustöissä, ostoksilla käynneissä, lääkehoidon toteutuksessa, kuljetuksissa, ruokailussa, liikkumisessa tai henkilökohtaisen hygienian hoidossa.

Mahdollisten haastavan käyttäytymisen oireiden esiintyvyys ja vaikeus esim. aggressiivinen käyttäytyminen ja hoitotoimissa avustamisen vastustelu tulevat esille ABS 0-12 mittarin avulla. Surullisuutta, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta saadaan esille keskustelemalla ja havainnoimalla kahden eri mittarin avulla: Itsearvoitu mieliala (DRSSR 0-9) ja Masennuksen oiremittari (DRS 0-14). Lisäksi muodostuu alkoholin riskikäytöstä kertova mittari (AUDIT-C 0-12) ja asumispalveluissa sosiaalisen osallisuuden määrää, kiinnostuneisuutta ja voimavaroja osallistua palvelussa järjestettyyn yhteiseen toimintaan kuvaava mittari (RISE 0-6).

Muita kokonaisarviointin muodostuvia mittareita ovat mm. asiakkaan terveydentilan vakaus (CHESS 0-5), kivun voimakkuus (PAIN 0-4), painoindeksi (BMI), kommunikointikyky vuorovaikutustilanteissa (COMM 0-8) ja kuulo- ja näkökyvyn tilanne (DbSI 0-5). Mittareiden lisäksi arviointin muodostuu herätteitä (CAP = Clinical Assessment Protocols), joiden avulla voidaan tunnistaa niitä osa-alueita, joihin henkilö tarvitsee esim. lisätukea tai kuntouttavia toimia. CAP-heräte aktivoituu kahdesta eri syystä, joko asiakas todennäköisesti hyötyy saadessaan asianmukaista tukea kyseisellä elämänalueella tai asiakkaan tilanne on vaarassa heikentyä, ellei siihen puututa. Herätteet liittyvät mm. läheisapuun, sosiaalisiin suhteisiin, kotiympäristöön, ihon kuntoon ja pidätyskykyyn. Herätteitä voidaan tarvittaessa lisätä osittaisarviointin sisältöön. Paitsi mittarit niin arviointin yksittäiset kysymykset auttavat myös tunnistamaan hoidon ja palveluiden tarvetta, kuten päivystyskäyntien määriä tai läheisten/omaisten jaksamiseen liittyvää tilannetta. Asiakas on arviointiprosessissa aktiivinen osallistuja oman toimintakyvyn arvioinnissa ja asettaa omia henkilökohtaisia tavoitteita, jotka kirjataan arviointiin ja joiden toteutumista hän seuranta-arvioinnissa itse arvioi.

RAI-järjestelmän käyttö tukee kattavaa ja monipuolista hoidon ja palveluiden tarpeen tunnistamista ja seuranta. Hoidon ja palveluiden vaikuttavuutta voidaan arvioida säännöllisesti tehtävillä arvioinneilla. Arvioinnit tuottavat asiakas- ja yksikkötasolla tietoa, esim. missä määrin palvelulla on pystytty ylläpitämään voimavaroja, lisäämään asiakkaan itsenäistä suoriutumista ja itsenäisyyttä, parantamaan sosiaalista ja fyysistä toimintakykyä ja osallisuutta erilaisiin toimintoihin.

Tämän tiedoston lopussa on taulukko Rai arvioinnista. (Taulukko 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT – KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT ja taulukko 2. interRAI HC ja LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET)

## 4 ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT

### 4.1 Ikäihmisten ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki

Ikäihmisten ennaltaehkäisevät palvelut sisältävät ennaltaehkäiseviä tapahtumia, seniori-infoja ja yhteistoimintaa, jonka tarkoituksena on vahvistaa ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia ennen palvelutarvetta. Nämä toiminnot ovat kuntien vastuulla, mutta niitä järjestetään yhteistyössä hyvinvointialueen toimijoiden kanssa.

Laaja-alainen sotekeskus järjestää asiakkaalle, joka kokee tai epäilee terveytensä tai toimintakykynsä heikentyneen ikääntymisen takia, ikääntyneen terveystarkastuksen. Ikääntyneen hyvinvointia edistävän tarkastuksen, terveystarkastuksen, tavoitteena on edistää henkilön hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä. Hyvinvointia edistävät tarkastukset kuuluvat vanhuspalvelulain 12 §:n mukaan väestön hyvinvointia edistäviin palveluihin, joita kuntien tulee asukkailleen järjestää. Käyntien tukena voidaan hyödyntää itsearviointina toteutettavia terveystarkastuksia. Sote-keskuksen FINGER-toimintamalli toimii myös ennaltaehkäisevänä palveluna ja ohjaa elintapamuutoksissa.

Vanhuspalvelulain 12§ mukaisesti nämä palvelut voidaan järjestää myös ikääntyneen väestön neuvolatoimintana.

Toimintamuodot vaihtelevat toiminnan tavoitteen ja ikääntyvien tarpeen mukaan.

Hyvinvointialue tukee ja tarvittaessa koordinoi toimintaa. Yhteistyökumppaneita ovat mm. vanhusneuvostot, kunnat, kansalaisopistot, seurakunnat, virtapiirit, hankkeet, yhdistykset ja järjestöt.

### 4.2 Muistikoordinaattorin tai muistihoidajan käynti Sote keskukselta

Muistiongelmien ilmaannuttua asiakas voi hakeutua muistitilanteen kartoitukseen muistihoidajan vastaanotolle sote-keskukseen ilman lähetettä joko itse tai läheisen ohjaamana. Lisäksi ohjautuminen vastaanotolle voi tapahtua sote-keskuksen, kotihoidon- ja asumispalveluiden henkilöstön, palveluohjauksen tai muun lähettävän tahon palvelupyynnön kautta. Muistisairaus diagnoosin jälkeen asiakkaalle tarjotaan sote -keskuksen muistikoordinaattorin ohjauksikäynti, jonka tarkoituksena on varhainen tuki, neuvonta ja ohjaus

muistisairaalle ja hänen läheiselleen. Tämän jälkeen muistisairauden seurannasta, ohjauksesta ja tuesta huolehtii oma kotihoidon tiimi.

## 4.3 Muistiasiakkaan kotikuntoutus

Muistikuntoutus on tarkoitettu muistidiagnoosin saaneille asiakkaille, joilla alkaa olla haasteita selviytyä arjen toiminnoista itsenäisesti ja he tarvitseva siihen jo läheisten tai hoitajien tukea. Muistiasiakkaan kotikuntoutus on yksilöllistä asiakkaan omassa elinympäristössä tapahtuvaa tavoitteellista kuntoutusta. Kotikuntoutuksen avulla vahvistetaan muistiasiakkaan toimintakykyä ja siirretään hänen ohjautumistaan raskaampien palveluiden piiriin. Kuntoutuksen avulla tuetaan myös läheisen ja omaishoitajan jaksamista.

Asiakas ohjautuu kotikuntoutukseen sote-keskuksen muistihoitajan/muistikoordinaattorin, kotihoidon tai omatyöntekijä kautta. Palveluohjaaja tekee päätöksen palvelun myöntämisestä hyödyntäen RAI arviointien tuottamia tuloksia. RAI järjestelmästä voidaan tunnistaa asiakkaita, joilla on muistidiagnoosi ja päivittäisessä päätöksenteossa vaikeuksia sekä ohjauksen/tuen/avun tarvetta arkisuoriutumisessa (IADL ja ADL toiminnot).

Säännöllisen kotihoidon asiakkaille kotikuntoutus toteutetaan osana muuta palvelukokonaisuutta. Ei –kotihoidon asiakkaalle se sovitaan sote-keskuksen muistiyksikön kautta.

## 5 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA

**Kuntouttava päivätoiminta** on tarkoitettu kotona asuville ikääntyneille, joiden toimintakyky on alentunut tai vaarassa alentua. (Päivätoimintaa järjestetään kohdennetusti myös aistivammaisille ostopalveluna). Palvelu on määräaikaista.

Kuntouttavan päivätoiminnan myöntämisen edellytyksenä on, että asiakas hyötyy ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta ja hän kykenee sitoutumaan tavoitteelliseen harjoitusjaksoon. Kuntouttava päivätoiminta sisältää asiakkaan toimintakykyä tukevaa ryhmätoimintaa, esim. liikuntaa, ulkoilua ja erilaisia toimintatuokioita. Tärkeänä osana on sosiaalinen kanssakäyminen ja vertaistuki. Palvelu sisältää ruokailun.

Kuntouttava päivätoiminta, päivätoiminta ja etäpäivätoiminta ovat tavoitteellista ja määräaikaista asiakkaan toimintakykyä tukevaa toimintaa, jossa osallistutaan ryhmäkuntoutukseen ja toimintaan. Palvelussa huomioidaan ihmisen sosiaalisia, fyysisiä, psyykkisiä, hengellisiä, kognitiivisia ja kulttuurillisia tarpeita sekä voimavaroja. Ennen päivätoiminnan aloittamista on asiakkaan mahdollista tehdä tutustumiskäynti päivätoimintaan sovittuna aikana. Tällöin matka tehdään omakustanteisesti.

**Päivätoiminta** on tarkoitettu omaishoidettavilla ikääntyneille. Päivätoiminta tukee omaishoidettavien ja omaisten jaksamista arjessa. Edellytyksenä on, että asiakas pystyy toimimaan ohjattuna ryhmässä ja voimavarat riittävät useamman tunnin kestävään



päivätoiminnan käyntiin. Pystyy toimimaan pääosin sanallinen ohjauksen turvin. Palvelu on määräaikaista.

**Kuntouttava etäpäivätoiminta** on tarkoitettu kuntouttavan päivätoiminnan tueksi (toinen käynti viikossa) tai itsenäiseksi palveluksi. Toiminta on tavoitteellista. Asiakkaan toimintakyky tulee olla sellainen, että hän osaa toimia suullisella ohjauksella.

Päivätoiminnasta kiinnostuneet voivat ottaa yhteyttä sotekeskukseen tai koti ja asumispalveluiden asiakaspalveluyksikköön. Yhteydenoton voi tehdä asiakas itse, omainen, läheinen sekä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

Päivätoiminnan palveluista tekee palvelu- ja maksupäätöksen palveluohjaaja asiakkaan toimintakyvystä saatua tietoa hyödyntäen. Kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaille tehdään toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit. Tehdyt RAI-arvioinnit toimivat tukena palvelutarpeen- ja asiakkuuksien tunnistamisessa ja seurannassa.

## 5.1 Kuljetus päivätoimintaan

Tarvittaessa päivätoimintaan järjestetään edestakainen kuljetus asiakkaan kotoa päivätoimintaan. Kuljetuspalvelusta peritään erillinen maksu.

## 6 KOTIIN ANNETTAVAT TUKIPALVELUT

Sosiaalihuoltolain mukaisesti (19§) tukipalveluilla tarkoitetaan palveluja, joilla luodaan ja ylläpidetään henkilön kodissa sellaisia olosuhteita, että hän voi suoriutua jokapäiväiseen elämään kuuluvista toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti, sekä palveluja, joiden avulla henkilö voi saada hyvinvointia tuottavaa sisältöä elämäänsä. Tukipalveluina järjestetään henkilön yksilöllisen tarpeen mukaan: 1) *ateriapalvelua*; 2) *vaatehuoltopalvelua*; 3) *siivouspalvelua*; 4) *asiointipalvelua*; 5) *osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävää tai tukevaa palvelua*. Tukipalveluja järjestetään henkilölle, joka tarvitsee niitä sillä perusteella, että hänen toimintakykynsä on alentunut korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn vuoksi. Lisäksi tukipalveluja järjestetään henkilölle, joka tarvitsee niitä erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella.

Kotona asumisen tueksi voidaan myöntää tukipalveluja. Harkinnanvaraisesti tukipalveluja voi saada myös henkilö, jolla ei ole säännöllistä kotihoitoa, mutta jonka toimintakyky on selkeästi alentunut. Toimintakyvyn arviointi perustuu aina RAI arviointiin.

### 6.1 Ateriapalvelu

Tukipalveluna toimitetaan asiakkaalle valmiita aterioita kotiin. Ateriapalvelun toteuttamisen edellytyksenä on asiakkaan avaimen toimittaminen ateriankuljettajille.

Kotiin toimitettu ateriapalvelu voidaan myöntää seuraavilla perusteilla:

- henkilön toimintakyky on selkeästi rajoittunut ja ateriapalvelun tarve on jatkuvaa (3-7 kertaa viikossa)
- henkilö ei pysty itse valmistamaan tai hankkimaan riittävän monipuolista ruokaa
- henkilö tarvitsee ohjausta ja valvontaa ruokailussa tai ravitsemustilan seurantaa
- henkilön diagnosoitu erityisruokavalio ei toteudu ilman ateriapalvelua
- palvelu voidaan myöntää määräaikaisena, esimerkiksi sairaalasta kotiutuville (leikkaukset ym.) Määräaikaisuuden kesto vähintään kahden viikon ajan.

Ateriapalveluna asiakkaalle voidaan myöntää ateriakuljetuksen sijasta myös Menumat -ateria-automaatti. Ateria-automaatti sisältää pakastettujen aterioiden säilytys- ja lämmitysmahdollisuudet. Asiakkaalla on valittavissa pakastimesta ravintosisällöltään laadukkaat ruuat oman maun ja mieltymysten mukaan. Joko asiakas itse tai hoitaja ajastaa ruuan lämmityksen. Menumat vahvistaa asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä ja siihen on sisäänrakennettuna myös kuntouttava näkökulma.

## 6.2 Turva-auttajapalvelu

Turva-auttajapalvelu on tarkoitettu ikääntyneille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille kotona asumisen tueksi. Palvelun avulla asiakkaat saavat apua hätätilanteissa ympärivuorokauden. Päätös palvelusta perustuu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja palvelun myöntämisen perusteisiin. Turva-auttajapalvelun avulla asiakas saa apua yllättävään ja äkilliseen avuntarpeeseen; kuten kaatuminen, sairaskohtaukset, yleistilan heikkeneminen, huimaus ja pahoinvointi. Hoidon tarpeen arviointia tehdään sekä puhelimesta että kotikäynnillä. Kaikki hälytykset eivät johda kotikäyntiin, vaan turvan apu voi olla myös puhelimesta annettua ohjausta ja neuvontaa. Turva-auttajapalvelu ei ole tarkoitettu korvaamaan asiakkaan säännöllistä avuntarvetta. Asiakkaan säännöllinen avuntarve myönnetään kotihoitona. Turva-auttajapalvelun tarkoituksena on tukea ja vahvistaa asiakkaan turvallisuutta ja itsenäistä kotona selviytymistä.

Turvapuhelimeen sisältyy turvapuhelinlaite ja hälytysranneke. Hälytysten vastaanottokeskuksessa vastaanotetaan turvapuhelinrannekkeesta tehdyt hälytykset ja tarvittaessa asiakkaan kotiin tehdään auttamiskäynti. Turva-auttajapalvelun aloittaminen vaatii avaimen toimittamisen Turva-auttajapalvelulle/avainboxin/sähköisen ovenavauksen.

### Lisälaitteet

Turvapuhelimen lisälaitteita ovat ovihälytin, savu- /palovaroitin, häkähälytin ja paikantava GPS-ranneke (aluerajauksella + lukittavalla rannekkeella tai ilman aluerajausta normaalilla rannekkeella). Lisälaitteet myönnetään palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Ovihälytin ajastetaan olemaan päällä tietty aika vuorokaudesta, esimerkiksi vain yöaikaan. Jos asiakkaan tilanne vaatii hetkellisesti tarkempaa seuraamista esim. asiakkaan muistin heikentymisen tai muun palvelutarpeen arvioinnin perusteella, voidaan ovihälytin määräaikaisesti ajastaa päälle 24h/vrk kahdeksi viikoksi. Myös lisälaitteista hälytys lähtee automaattisesti Turva-auttaja palvelukeskukseen.

**Turvapuhelin/ turvakello ja erilaisia lisälaitteita myönnetään:**

- henkilölle, jonka toiminta- ja/tai liikkumiskyky tai terveydentila on merkittävästi alentunut ja näistä syistä erilaisten vaaratilanteiden riski on suurentunut
- henkilölle, jolla on lisääntynyt kaatumisriski
- henkilölle, jolla turvattomuuden tunne aiheuttaa merkittävän riskin toimintakyvyn alenemiseen
- henkilölle, jolla on eksymisen vaara

## 6.3 Harkinnanvarainen Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu

Sosiaalihuoltolain (1301/2014, 14§ ja 23§) mukaan sosiaalipalveluina on järjestettävä liikkumista tukevia palveluja henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden tai muun toimintakykyä alentavan syyn takia, ja jotka tarvitsevat palvelua asioimiseen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi ja asiakkaalle ei ole myönnetty vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua.

Ensisijainen tapa järjestää kaikille soveltuva liikkuminen on esteetön ja toimiva julkinen joukkoliikenne mukaan lukien kutsu- ja palveluliikenne.

Harkinnanvaraisen kuljetuspalvelun myöntämisperusteet ovat seuraavat:

- hakijan toimintakyky on alentunut sairauksista ja/ tai ikääntymisestä johtuen. Näistä aiheutuvien liikkumisvaikeuksien vuoksi hakija ei pysty käyttämään olemassa olevaa palvelu- ja asiointiliikennettä tai julkista joukkoliikennettä.
- hakijan kanssa samassa taloudessa ei ole auton käyttömahdollisuutta ja kuljetuspalvelu mahdollistaa ainoana tapana välttämättömät asiointit
- hakija asuu omassa kodissa, eikä ole laitoshoidossa tai tehostetun palveluasumisen piirissä
- hakijan bruttotulot yksin asuvalla on enintään 1233,79 € euroa kuukaudessa ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2467,58 € euroa kuukaudessa ja yhteensä talletukset yksin asuvalla enintään 8000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 16000 €

Liikkumista tukevaa harkinnanvaraista kuljetuspalvelua myönnetään enintään kahdeksan (8) yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Kaikkia myönnettyjä matkoja ei tarvitse käyttää. Käyttämättä jääneitä matkoja ei voi siirtää seuraavalle kuukaudelle. Kuljetuspalvelu on henkilökohtainen. Harkinnanvaraista kuljetuspalvelua voi käyttää pääosin lähimpään taajamaan.

Harkinnanvaraisesta kuljetuspalvelusta peritään matkan omavastuuosuus, linja-autotaksa. Kyydinvälityskeskus yhdistelee kuljetustilauksia mahdollisuuksien mukaan, joten samassa kyydissä voi olla muita samaan palveluun oikeutettuja matkustajia. Kyydissä voi olla mukana yksi saattaja. Saattajan tulee lähteä samasta osoitteesta ja saapua samaan osoitteeseen mistä palveluun oikeutettu asiakas. Saattaja maksaa matkasta kolme (3) euroa. Taksin odotusaika enimmillään 30 min, ylimenevän ajan asiakas maksaa itse. Matka on tehtävä lyhintä reittiä pitkin.

Kuljetuspalvelua ei voi käyttää terveydenhuollon matkoihin. Asiakas on velvollinen ilmoittamaan olosuhteissaan tapahtuvista muutoksista, jolloin palvelutarve arvioidaan uudelleen.

Päätöksen kuljetuspalvelusta tekee palveluiden palveluohjaaja. Palvelupäätös on määräaikainen ja voimassa kuluvan vuoden loppuun. Palvelu mahdollistaa yhden asiointikäynnin jokaiselle vuoden jäljellä olevan kalenteriviikolle. Jos asiakas käyttää kuljetuspalvelua väärin, voidaan palvelu päättää. Asiakkaan tulee liittää tulo- ja varallisuustietonsa kuljetuspalveluhakemukseen.

## 6.4. Muut tukipalvelut

### Hygieniapalvelu

Hygieniapalvelua (suihkussa peseytymisen apu, tarvittaessa saunottaminen) järjestetään henkilölle tukipalveluna, jolla ei ole kotona asianmukaisia peseytymismahdollisuuksia ja, joka tarvitsee apua peseytymisessä eikä kodissa peseytyminen ei onnistu avustajankaan turvin.

Palvelua järjestetään enintään kerran viikossa.

- peseymistilat ovat puutteelliset/esteelliset/vaaralliset (selvityksistä huolimatta)
- peseytyminen kotona vie kohtuuttomasti aikaa esim. puulämmitteinen sauna/pesutila.

*Tarvittaessa kuljetus järjestetään kerran viikossa esim. kuntouttavan päivätoiminnan yksikköön tai vastaavaan toimipisteeseen (ostopalvelutuottaja).*

### Siivouspalvelu

Asiakkaita ohjataan hankkimaan palvelu ensisijaisesti yksityiseltä palveluntarjoajilta, jolloin voi hyödyntää myös kotitalousvähennystä.

Hyvinvointialue järjestää tarvittaessa siivouspalvelun ostopalveluina ja/tai palvelusetelillä tuotettuna palveluna. Siivouspalvelujen myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa. Maksunalennus on aina ensisijainen toimeentulotuen sijasta.

Palvelu myönnetään henkilölle, jonka toimintakyky on alentunut siten, että hän ei kykene huolehtimaan kodin ylläpitosiivouksesta tai hankkimaan sitä palveluntuottajilta.

Erityisin perustein voidaan palvelua myöntää tulorajat ylittäville asiakkaille. Erityisperusteina voidaan katsoa muun muassa, jos asiakas joutuu hakemaan toimeentulotukea siivouksen hankkimiseksi tai jos hänellä on muistisairauden aiheuttama kognitiivisen toimintakyvyn lasku. Siivouspalvelu on asiakkaan arkea tukevaa toimintaa.

Siivouspalveluun kuuluu kodin ylläpitosiivous 1 kerta/kk (2 tuntia/ kerta, ylläpitosiivous pitää sisällään lattioiden imuroinnin ja kosteapyyhinnän sekä mattojen imuroinnin, wc tilojen/kylpyhuoneen ja keittiön siivouksen sekä roskien viennin ja pölyjen pyyhinnän). Ei sisällä kaappien ja hyllyjen siivousta, mattojen vientiä ulos eikä ikkunoiden pesua.

### Vaatehuolto

Ensisijaisesti asiakkaita ohjataan hankkimaan palvelu pesulasta tai muilta palveluntarjoajilta. Tarvittaessa hyvinvointialue järjestää vaatehuollon ostopalveluna.

Vaatehuollolla tarkoitetaan pyykinpesua, vaatteiden ripustamista ja viikkaamista. Vaatehuoltoa voidaan järjestää tukipalveluna, jos henkilö ei toimintakykynsä vuoksi itse selviydy vaatehuollon tehtävistä eikä lähipiirillä ole mahdollisuutta tässä auttaa tai henkilöllä ei ole asianmukaisia välineitä vaatehuoltoon. Vaatehuollon myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa. Tulorajana ko palvelussa on takuueläke 885,63 euroa ja ylin hoitotuki 348,16 yhteensä 1233,79 euroa.

Kotihoidon asiakkaiden pyykkiapu määritelty kotihoidon sisällössä.

### **Asiointipalvelu**

Asiointipalvelu järjestetään hyvinvointialueella ostopalveluna. Asiointiapu myönnetään varallisuusharkintaa käyttäen asiakkaille tukipalveluna, jos henkilö ei toimintakykynsä vuoksi itse selviydy asioinneista eikä lähipiirillä ole mahdollisuutta tässä auttaa, eikä asiointiapua ole vapaaehtoisten turvin mahdollista järjestää.

Asiointiapuun luetaan mukaan saattajapalvelu terveydenhuollon palveluihin ja apu kauppaostosten teossa.

Tulorajana ko palvelussa on takuueläke 885,63 euroa ja ylin hoitotuki 348,16 yhteensä 1233,79 euroa.

### **Osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävää tai tukevaa palvelu**

Asiakas ohjataan ensisijaisesti kuntien ja järjestöjen järjestämiin osallisuutta tukeviin toimintoihin tai kuntouttavaan päivätoimintaan palvelutarpeen arvioinnin jälkeen.

## **7 KOTIHOITO**

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan asuminen omassa kodissaan tukemalla asiakkaan toimintakykyä, terveyttä, hyvinvointia, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Kotihoidon palveluita tuotetaan hyvinvointialueen omana toimintana, palvelusetelillä ja/tai ostopalveluna.

Kaikki kotihoidon asiakkuudet alkavat palveluohjauksen kautta. Palveluohjauksessa kartoitetaan asiakkaan toimintakyky ja arvioidaan asiakkaan palvelutarve käyttämällä mm. RAI-järjestelmää. Palvelutarpeen arviointi tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaan ja omaisen/läheisen kanssa.

Kotihoidon palvelun sisältö perustuu aina asiakkaalle säännöllisesti tai voinnin oleellisesti muuttuessa tehtyyn RAI arviointiin ja asiakkaan yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jotka tehdään asiakkaan sekä omaisten kanssa. Kotihoidon toiminta perustuu asiakkaan toimintakykyä tukevaan ja asiakkaan omat voimavarat huomioon ottavaan työskentelytapaan. Kotihoidon määrä ja ajankohta sovitetaan asiakkaan hoidon tarpeeseen huomioiden omaisten ja läheisten osallistuminen. Kotihoitoa toteutetaan tarvittaessa kaikkina vuorokauden aikoina. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan on mahdollista tarvittaessa saada kotihoidon lääkärin

palveluja tai kotihoidon kotikuntoutusta. Kotihoidon asiakkaiden kotiutuessa terveydenhuollon yksiköstä asiakkaan kotiutuminen tapahtuu tuetusti kotiutumisen toimintamallin mukaisesti. Myös kotisairaalan käyntejä voidaan toteuttaa osana kotihoitoa.

Kotihoitoa toteutetaan asiakkaan etähoitona ja/tai kotiin tehtävillä kotikäynneillä. Etähoitolla tarkoitetaan kokonaisuutta, joka käsittää erilaiset ratkaisut, joilla asiakkaan hoitoa voidaan toteuttaa etäyhteyksin. Etähoitoon lukeutuvat mm. etähoiva ja lääkeautomaatit. Etähoidon palveluja tarjotaan asiakkaalle ensisijaisena kotihoidon muotona. Etähoiva soveltuu asiakkaalle, mikäli hän on kykenevä toimimaan itsenäisesti ohjauksen avulla.

## Kotihoidon tehtävät

Kotihoidossa asiakkaan **perustarpeisiin** liittyvät avustavat tehtävät:

- asiakkaan ohjaaminen ja/tai avustaminen päivittäisissä toiminnoissa, kuten henkilökohtainen hygienia (hampaiden ja hiusten pesu, ihon hoito, kynsien leikkaaminen, peseytyminen, parran ajo, hiusten harjaus, kuulolaitteen puhdistus) sekä wc-toimet ja pukeutuminen
- asiakkaan säännöllisestä, terveellisestä ja monipuolisesta ravitsemuksesta huolehtiminen, sekä ravitsemustilan arviointi. Riittävästä nesteytyksestä huolehtiminen
- aamu-, ilta- ja välipalojen valmistuksessa ohjaaminen ja/tai avustaminen
- valmiin aterian lämmityksessä ohjaaminen ja/tai avustaminen edellyttää mikroaaltouunin hankintaa
- henkilökohtainen avustaminen ruokailussa, esim. syöttäminen ja saattaminen ruokasaliin yhteisöllisessä asumisessa.
- terveydentilan ja yleistilanteen seuranta tarpeenmukainen hoito ja hoitoonohjaus
- liikkumisessa ja tarvittavien apuvälineiden hankinnassa ohjaaminen ja/tai avustaminen
- harjoitusohjelman / kotikuntoutusohjelman suorittamisessa ohjaaminen.
- ruokatilauksissa avustaminen

## Kotona toteutettavissa olevat lääke- ja sairaanhoidolliset tehtävät:

- terveydentilan ja voinnin seuranta, asiakkaan sairauteen liittyvät seurannat (esim. verenpaineen ja painon seuranta) sekä tarvittavista säännöllisistä jatkoseurannoista huolehtiminen (eivät yksin ole kotihoidon aloittamisen perustana)
- lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon vaikutusten havainnointi ja seuranta sekä arviointi lääkehoitosuunnitelman mukaisesti
- jos omaiset jakavat asiakkaan lääkkeet lääkehoidon vastuu on tällöin omaisilla, ei kotihoidolla
- lääketilaukset annosjakelua varten
- säännöllisen kotihoidon asiakkaat kuuluvat pääsääntöisesti lääkkeiden koneellisen annosjakelun piiriin. Jos hoito- ja palvelusuunnitelmassa on sovittu, että kotihoito huolehtii lääkehoidosta, on lääkehoito täysin kotihoidon vastuulla. Tämä tarkoittaa annosjakelun järjestämistä, lääkeautomaatin täyttöä, lääkkeiden jakoa dosettiin tarvittaessa sekä reseptien uusintaa – tarvittaessa yhteydenotot ja ajanvaraus asiakkaan lääkäriin
- injektioiden antaminen
- lv -lääkityksen tai -nesteytyksen antaminen lääkärin ohjeiden mukaisesti kotisairaalan ollessa mukana hoidossa

- verikokeiden ottaminen (vain säännöllisen kotihoidon asiakkaat)
- Marevan annostuksen määrittely
- kipupumppujen asentaminen, kotisairaalan mukana ollessa
- haavahoidot lääkärin tai haavanhoitajan/sairaanhoitajan ohjeiden mukaan
- katetroinnit ja avanhoidot
- asiakkaalla on mahdollisuus saada saattohoitoa kotiin,
- hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvataan eri yhteistyötahojen roolit sekä läheisen rooli ja osuus asiakkaan saattohoidon toteuttamisessa
- muistitestin, depressiotestin ja muiden hoidon toteuttamista edellyttävien testien tekeminen.
- hoitotarvikkeiden ja -välineiden hankinta tai hankinnassa ohjaaminen ja/tai avustaminen

### **Kodinheidolliset tehtävät:**

Avuntarve vain kodinheidollisissa tehtävissä ei täytä kotihoidon aloittamisen edellytyksiä. Ensisijaisesti kodinheidolliset tehtävät tehdään asiakasta ohjaamalla ja kuntouttamalla niiden tekemiseen itsenäisesti, lähipiirin tuella tai yksityisen palveluntuottajan avulla. Itsenäinen tekeminen ylläpitää toimintakykyä ja lisää mahdollisuuksia osallistua normaaliin elämään.

- kodin yleissiisteydestä huolehtiminen, roskien vieni, näkyvien roskien siistiminen, vuoteen sijaus ja lakanoiden vaihto, tiskaus, pöytäpintojen pyyhkiminen, jääkaapin ja mikroaaltouunin siisteydestä huolehtiminen (omaiset ja vieraat huolehtivat omista tiskeistään)
- wc:n siisteydestä huolehtiminen sekä portatiivin tyhjennys ja pesu
- asiakkaan avustaminen ja neuvonta perussiivouksen hankkimiseksi yksityiseltä palveluntuottajalta.
- Vaatehuollossa (pyykinpesu, ripustaminen, viikkaaminen) avustaminen kotihoidon käynnin yhteydessä (asiakkaan tai hänen asioiden hoitajan suostumuksella voidaan kodinhoitokoneet jättää päälle seuraavaan käyntiin asti). Muuten asiakkaan pyykit toimitetaan pesulaan. Silittäminen ja mankelointi eivät kuulu (välttämättömiin) kodinheidollisiin tehtäviin.

### **Turvallisesta ympäristöstä huolehtiminen:**

- psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden arviointi ja edistäminen
- elinympäristön turvallisuudesta sekä toimivuudesta /esteettömyydestä huolehtiminen ja tarvittaessa yhteydenotto asiantuntijatahoon (lumenluonti siltä osin, kun se on välttämätöntä työntekijän liikkumisen turvaamiseksi), asiakkaalla/ omaisilla on velvollisuus huolehtia kulkuväylien kunnosta ja hiekoituksesta. Postin haku harkinnan mukaan. Asiakas/ omaiset huolehtivat palovaroittimen toimivuudesta. Kodin puulämmitys tulee toteuttaa ensisijaisesti asiakkaan itsensä tai omaisten toimesta.
- tekniikan hyödyntäminen turvallisen ympäristön tukena (apuvälineet, turvapuhelin, turvakamera, ovihälytín, liesivahti jne.).

### **Muut tehtävät:**

- ohjaus ja neuvonta
- asiointiavun järjestäminen
- etuuksien, tukien ja edunvalvonnan hakemisessa avustaminen

- avustaminen välttämättömien vaatteiden hankinnassa silloin, kun sitä ei ole mahdollista muutoin järjestää
- avustaminen pyykkihuollon hankinnassa
- Saattoavun (esim. lääkärisäkäynnit) järjestämisessä avustaminen omaisten, vapaaehtoisten tai yksityisten ostopalvelujen avulla sekä yhteistyötahojen tiedottaminen

## 7.1 Tilapäinen kotihoito

Tilapäinen kotihoito tai tilapäinen kotisairaanhoido on tarkoitettu asiakkaan tilapäiseen palvelutarpeeseen ja se on kestoltaan alle kaksi viikkoa kestävä hoito ja huolenpitoa. Tilapäinen kotihoito voi olla myös pidempijaksoinen, mikäli asiakkaan tilapäinen palvelutarve pitkittyy. Tilanteet arvioidaan yksilöllisesti.

### Tilapäistä kotihoitoa myönnetään

- henkilölle, jonka toimintakyky on heikentynyt ja hoidon tarve on tilapäinen ja hoidon toteuttaminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamista, eikä asiakas pysty itse hakeutumaan avoterveydenhuollon palveluihin käyttämällä julkista liikennettä tai taksipalveluja
- henkilölle, jonka tarvitsemaa palvelua ei ole mahdollista muutoin järjestää taloudellisten syiden vuoksi: harkinnanvaraisesti asiakkaan bruttotulojen jäädessä täysimääräisen takuueläkkeen ja ylimmän hoitotuen suuruisen yhteenlasketun summan alle, pariskuntien kohdalla tuloraja kaksinkertaisena

Seuraavissa tapauksissa henkilö ohjataan ensisijaisesti käyttämään avoterveydenhuollon palveluja tai yksityisiä palveluntuottajia:

- verikokeiden ottaminen (mm. INR- kokeet)
- Verenpaineen mittaus
- lyhytaikaiset haavahoidot
- yksittäiset sairaanhoidolliset toimenpiteet (ompeleen poistot, korvahuuhtelut)
- tarkistuskäynnit, joita terveydentilan tai voinnin seuranta ei vaadi.

## 7.2 Kotihoidon kuntouttava arviointijakso

Kotihoidon palvelut alkavat kuntouttavalla arviointijaksolla. Kuntouttavan arviointijakson tarkoituksena on arvioida asiakkaan toimintakykyä ja elinympäristöä, saada kokonaiskuva arkisuoriutumuksesta ja tukea kotona asumisen mahdollisuuksia. Jakson kesto vaikuttaa asiakkaan kokonaistilanteeseen ja toimintakykyä, ollen kuitenkin keskimäärin 4-6 viikkoa. Kuntouttavan arviointijakson aikana arvioidaan moniammatillisena yhteistyönä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumismahdollisuuksia. Jakson aikana asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen ja annetaan mahdollisuus tehdä asioita itse. Jakson lähtökohtana on arkikuntoutus eli asiakasta tuetaan ja ohjataan toimimaan omassa kodissaan ja omassa arjessaan. Arkikuntoutuksen tavoitteena on, että asiakas osallistuu omaan arkeensa aktiivisesti,



toimintakyky kohenee ja aktiivisuus lisääntyy. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn koheneminen ja palveluntarpeen väheneminen.

Kuntouttavan arviointijakson toteuttamistapa perustuu asiakkaan todelliseen tarpeeseen. Ammattihenkilöinä voi olla pääosin hoitohenkilökuntaa, tai esimerkiksi terapiahenkilöstöä.

Kotihoidon palvelut päätetään, jos asiakkaan toimintakyky vahvistuu ja säännöllisen palvelun myöntämisen perusteet eivät täyty. Hyvinvointialueen myöntämän kotihoidon aikana ja sen päättyessä kartoitetaan muita palveluja asiakkaan arjen tueksi. Mikäli kuntouttavan arviointijakson aikana todetaan, että asiakkaalla täyttyy säännöllisen kotihoidon myöntämisen perusteet, tehdään viranhaltijapäätös säännöllisestä kotihoidosta. Arviointijaksolla hyödynnetään asiakkaasta tehtyjä toimintakyvyn arvioiteja (RAI) ja jakson kesto sekä tarkoitus huomioiden tehdään mahdollisesti RAI osittaisarviointi. RAI arviointien tuottama tieto toimii päätöksenteon tukena.

### **7.3 Tehostettu kotikuntoutus**

Tehostettu kotikuntoutus on tarkoitettu säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille, joiden toimintakyky ja arjessa selviytyminen on heikentynyt. Taustalla voi olla esimerkiksi sairaalajakso tai kaatumisesta johtuva liikkumisen epävarmuus. Jakson lähtökohtana on arkikuntoutus eli asiakasta tuetaan ja ohjataan toimimaan mahdollisimman omatoimisesti omassa kodissaan ja omassa arjessaan. Arkikuntoutuksen tavoitteena on, että asiakas osallistuu omaan arkeensa aktiivisesti, toimintakyky kohenee ja aktiivisuus lisääntyy. Tehostetun kotikuntoutuksen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn koheneminen ja raskaampien palveluiden tarpeen siirtäminen.

Jakson kesto on noin 4-6 viikkoa, riippuen asiakkaan tilanteesta ja toimintakyvystä. Tehostetun kotikuntoutuksen jaksolla ammattihenkilöinä on pääosin hoitohenkilöstöä. Fysio- ja toimintaterapeutit toteuttavat kotikäyntejä asiakkaan luo tarpeen mukaisesti.

Tehostetun kotikuntoutuksen tarpeen voi todeta esimerkiksi kotihoidon työntekijä tai palveluohjaaja/kotiutushoitaja. Jakson tärkeimpänä perusteena on, että asiakkaalla on kuntoutuspotentiaalia.

Tehostettua kotikuntoutusta voidaan kodin sijaista vaihtoehtoisesti järjestää myös asumisen yksiköissä.

### **7.4 Säännöllinen kotihoito**

Kotihoidon palvelujen alkaessa asiakkaan toimintakykyä, kuntoutumisen mahdollisuutta ja kotona selviytymistä seurataan ja tuetaan moniammatillisen tiimin toimesta ensimmäiseen palvelupäätökseen kirjatun kuntouttavan arviointijakson/määräaikaisen jakson ajan. Jakso kestää yleensä noin 4-6 viikkoa, ja sen päättyessä arvioidaan tarve kotihoidon palvelujen jatkumiselle. Arviointia tehdään yhdessä asiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa hyödyntäen ikääntyneiden palvelujen moniammatillista osaamista, sekä toimintakyvyn arviointi- ja seurantajärjestelmää (RAI).

Mikäli säännöllinen kotihoito jatkuu arviointijakson jälkeen, tehdään RAI kokonaisarviointi asiakkaille viiden ensimmäisen viikon aikana sekä hoito- ja palvelusuunnitelma, johon suunnitellaan asiakkaalle hänen voimavarojaan tukeva hoito ja huolenpito, sekä muut tarvittavat palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan ja päivitetään puolivuositain tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. Asiakas ja hoitoon osallistuvat omaiset hyväksyvät hoito- ja palvelusuunnitelman allekirjoituksellaan, jolloin he sitoutuvat yhdessä sovittuun hoitoon ja hoivaan. Säännöllisestä kotihoidosta tehdään muutoksenhakukelpoinen palvelu- ja maksupäätös. Säännöllisen kotihoidon palvelut voidaan lopettaa, mikäli asiakkaan tilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, joiden perusteella myöntämisperusteet eivät enää täyty. Jos asiakas/ omainen hakee tai vaatii kotihoidon palveluita, mutta hän ei täytä kotihoidon palveluille vaadittavia myöntämisperusteita, tehdään kotihoidon palvelusta kielteinen palvelupäätös, johon asiakas/ omainen voi halutessaan hakea muutosta. Samalla asiakkaalle tiedotetaan paikkakunnalla toimivista yksityisistä ja kolmannen sektorin tarjoamista palveluista.

Asiakkaan palveluntarvetta arvioidaan jatkuvasti ja kotihoidon käyntien määrää ja palveluaikaa voidaan lisätä tai vähentää asiakkaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen mukaan. Tällöin selvitetään myös läheisten, muiden asiakkaan hoitoon liittyvien tahojen ja palveluntuottajien mahdollisuudet tukea asiakkaan kotona pärjäämistä.

### **Säännöllistä kotihoitoa myönnetään**

- henkilölle, jonka hoivan ja huolenpidon tarve on jatkuvaa ja päivittäistä tai useamman kerran viikossa tapahtuvaa ja hoidon toteuttaminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamista
- kotona tai erilaisissa kotona asumisen muodoissa asuville henkilöille, joilla on jatkuva tuen tarve ja joiden toimintakyky on jostain syystä alentunut tai kokonaan heikentynyt.
- Henkilöille, joiden palvelutarve on ensisijaisesti RAI arvioinnissa kohtalaista (MAPLe 3), suurta (MAPLe 4) vai erittäin suurta (MAPLe 5) ja/tai MMSE on alle 22 ja/tai asiakkaalla on vammaisuuden mukanaan tuomaa toimintakyvyn rajoitetta ja/tai päihteiden käytön mukanaan tuomaa vaikeutta ja/tai psyykkistä oireilua.
- henkilölle, joka tarvitsee sairaanhoidollista apua, mutta ei fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakykynsä rajoittuneisuuden vuoksi kykene joko itsenäisesti tai saattajan avustamana käyttämään terveyskeskuksen palveluja
- yöaikaan (klo 21- 07) tapahtuvaa säännöllistä kotihoitoa myönnetään asiakkaan yksilöllisen hoidollisen tarpeen ja suunnitelman mukaan (arvioitava säännöllisesti). Yöaikaan tapahtuvan säännöllisen kotihoidon käynnit sisältävät mm. asentohoidon, wc-käynnin/vaipanvaihdon, aikakriittisen lääkehoidon ja/tai saattohoidon.
- tuetun kotona asumisen/säännöllisen kotihoidon palvelusetelin saaneille asiakkaille tarvittava yö-hoito sisältyy palvelusetelillä tuotettavaan palveluun

### **Säännöllistä julkista kotihoitoa voidaan myöntää harvemmin kuin kolme kertaa viikossa vain perustelluista syistä, esimerkiksi:**

- asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta: palvelua voidaan myöntää harvemmin kuin kolme kertaa viikossa asiakkaan bruttotulojen jäädessä täysimääräisen takuueläkkeen ja ylimmän hoitotuen

suuruisen yhteenlasketun summan alle, pariskuntien kohdalla edellä mainittu tuloraja lasketaan kaksinkertaisena

- asiakkaan avuntarve on suurempi kuin hänen oma näkemyksensä avuntarpeesta (sairaudentunnottomuus)
- asiakas on omaishoidontuen piirissä ja/tai asiakkaan läheisen jaksamista on tarkoituksenmukaista tukea kotihoidon palveluilla.
- alueella ei ole yksityisiä palveluntuottajia, joille asiakkaan voi siirtää

#### **Seuraavissa tapauksissa henkilö ohjataan ensisijaisesti käyttämään yksityisiä palveluntuottajia:**

- kun henkilön avun tarve on harvemmin kuin kolme kertaa viikossa
- kun henkilö pystyy hakeutumaan muiden terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden palvelujen piiriin
- kun henkilön avuntarve on vain siivouksessa, vaatehuollossa tai aterioiden valmistuksessa
- kun henkilön avuntarve on vain peseytymisessä.

## **7.5 Etähoiva**

Etähoivalla tarkoitetaan ääni- ja videokuvayhteyden välityksellä tehtyä hoitajan käyntiä asiakkaan kotiin. Etähoivalla voidaan korvata osa fyysisistä kotihoidon käynneistä tai asiakkaan käynnit voivat olla yksinomaan etähoidon käynntejä. Etähoivan avulla toteutettavia käynntejä voivat olla muun muassa ruokailun ohjaus ja seuranta, lääkehoidon ohjaus, insuliinin pistämisen ohjaus, verensokerin mittaamisen ohjaus, tukikäynnit kotona pärjäämisen tueksi sekä kuntouttavat käynnit esimerkiksi tuolijumpan tai fysioterapeutin ohjeistamien yksilöharjoitusten avulla. Asiakas on soveltuva etähoivaan, mikäli hän on kykenevä toimimaan itsenäisesti ohjauksen avulla. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan kognitio, muisti ja toimintakyky ovat riittävällä tasolla eikä käynnillä ole tarvetta toteuttaa fyysisistä tekemistä vaativaa toimenpidettä, esimerkiksi tukisukkien tai silmätippojen laittoa.

## **7.6 Lääkeautomaatit**

Lääkeautomaatit ovat osa kotihoidon kokonaisuutta ja niillä huolehditaan asiakkaan lääkkeiden annostelusta oikea-aikaisesti, jolloin asiakkaan ei tarvitse huolehtia itse omista lääkkeenottoajoistaan. Lääkeautomaatissa lääkkeet ovat lukitussa säiliössä asiakkaan lääkkeenottoaikaan tarjottavaa lääkeannosta lukuun ottamatta. Mikäli asiakas ei ota tai jostain syystä saa lääkettään oikeaan aikaan, automaatti antaa hälytyksen, jolloin kotihoito käy antamassa lääkkeen asiakkaalle. Lääkeautomaatit ovat helppokäyttöisiä ja niiden avulla voidaan vahvistaa asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä.

Lääkeautomaatin käyttäjäksi soveltuu asiakas, joka tarvitsee apua lääkityksestä suoriutumisessa ja on riittävän toimintakykyinen:

- Ei ole vakavasti dementoitunut
- Ymmärtää yleensä muita ja osaa toimii annetun ohjeen mukaisesti
- Kykenee liikkumaan kotonaan itsenäisesti

- Ei tarvitse ruokaillessa toisen henkilön apua eli käden motoriikka on riittävä
- Kuulee ja/tai näkee riittävän hyvin havaitakseen lääkeautomaatin antamat viestit

Lääkeautomaattipalvelua voidaan myöntää kotihoidon palveluihin oikeutetulle asiakkaalle seuraavin perustein:

- Lääkeautomaatin avulla voidaan korvata fyysisiä kotihoidon käyntejä
- Lääkeautomaatin avulla voidaan muuttaa fyysisiä kotihoidon käyntejä etähoidon/hoiva-avustajan käynneiksi
- Lääkeautomaatin avulla voidaan siirtää fyysisiä kotihoidon käyntejä pois ruuhka-ajoista, jolloin asiakkaan muihin avuntarpeisiin voidaan keskittyä paremmin
- Lääkeautomaatin avulla voidaan turvata asiakkaan lääkehoito esimerkiksi lääkkeiden väärinkäyttötilanteissa
- 

## 8. KOTIIN ANNETTAVIEN PALVELUJEN UUELLEEN ARVIOINTI

Asiakkaan palvelutarve sekä asiakkaalle myönnetyn palvelun vastaaminen asiakkaan palvelutarpeeseen arvioidaan uudelleen, jos asiakkaalle myönnetty palvelu ei vastaa asiakkaan palvelutarpeeseen. Uudelleen arvioinnin yhteydessä kartoitetaan, ovatko perusteet palvelujen jatkumiselle edelleen olemassa. Arvioinnin perusteella jo myönnetty palvelu voi jatkua entisellään, vähentyä, voidaan myöntää uusi palvelu tai palvelut päättyvät kokonaan.

Tilanteita missä palvelutarve arvioidaan uudelleen ovat mm.:

- Asiakkaan toimintakyky sekä terveydentila paranevat, eikä hän tarvitse enää hänelle myönnettyjä palveluja
- Asiakkaan säännöllisen kotihoidon palveluntarve ylittää mahdollisuudet turvallisesti tuotettuun kotihoitoon
- Asiakas /omainen ei sitoudu hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovittujen palvelujen käyttöön tai yhteistyöhön palvelua toteuttavien työntekijöiden kanssa
- Asiakas ei itse halua palvelua, vaikka ymmärtää sen olevan välttämätön oman terveyden kannalta
- Asiakas ei osaa esim. alentuneen muistin vuoksi käyttää palvelun osana olevaa teknologiaa
- Asiakas käyttää laitetta väärin tai muuhun tarkoitukseen kuin mihin laite on palvelua myönnettäessä tarkoitettu (esim. turvaranneke, tablettitietokone, lääkeautomaatti)
- Asiakas käyttäytyy epäasiallisesti tai aggressiivisesti hoitajia kohtaan; tämä voi olla fyysisen koskemattomuuden uhkaamista tai sanallista mitätöintiä, vähättelyä tai solvaamista
- Asiakkaan palveluntarve johtuu asiakkaan runsaasta alkoholin käytöstä ja päihtetömmänä ollessa palveluntarvetta ei ole

## 9 IÄKKÄIDEN ASUMINEN

lääkkäiden asumisen palveluihin kuuluvat lyhytaikainen asuminen, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen ja pitkäaikainen laitoshoido. Edellä mainittuja asumisen

palveluja tuotetaan näihin toimintoihin tarkoitetuissa yksiköissä omana toimintana, palvelusetelillä ja/tai ostopalveluna.

Ikääntyneiden palveluiden lähtökohtana on, että kotihoito ja muu kotiin annettava tuki on aina ensisijainen palvelumuoto. Kotona asumista tuetaan erilaisin kuntouttavain keinoin (mm. kuntouttava päivätoiminta, arviointi- ja kuntoutusjaksot) sekä erilaisilla kotiin annettavilla palveluilla kuten turva- ja ateriapalvelu sekä kotihoito.

Perusedellytys asumisen palveluille on se, että asiakas ei selviydy kotona enää kotiin annettavien tukitoimien turvin. Asumista tuetaan myös palveluohjauksen keinoin ohjaamalla ikääntyneitä erilaisiin senioriasuntoihin sekä muihin ikääntyneille kohdennettuihin asumismuotoihin.

Asumispalvelun myöntäminen perustuu asiakkaalle tehtyyn yksilölliseen ja moniammatilliseen palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointiin (RAI). Ennen päätöksentekoa tulee asiakkaan terveydentilan olla selvitetty ja riittävän vakaa. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja hänet hyvin tuntevan hoitotahon ja omaisen kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin tukena käytetään RAI järjestelmää sekä tarvittaessa muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa käytettäviä mittareita.

lääkäiden asumisen palveluihin liittyviä asioita hoitaa SAS-tiimi. Lyhenne tulee sanoista selvitä, arvioi, sijoita).

## 9.1 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN LYHYTAIKAISEEN ASUMISEEN JA HOITON

Tilapäistä ja säännöllistä lyhytaikaista hoitoa järjestetään niille lyhytaikaishoitoon oikeutetuille asiakkaille, joilla on ympärivuorokautisen hoidon ja seurannan tarve.

### 9.1.1 Arviointi- ja kuntoutusjakso

Arviointi- ja kuntoutusjaksoilla tuetaan mm. asiakkaiden sairaalahoidon jälkeistä kuntoutumista ja kotihoidossa olevien asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä niissä tilanteissa, kun arviointia ja kuntoutusta ei voida tehdä kotioloissa. Arviointi- ja kuntoutusjaksoa ei voida myöntää, jos asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja kuntoutus pystytään toteuttamaan kotona tai asiakkaalla ei ole riittäviä voimavaroja tai motivaatiota kuntoutumiseen.

#### **Arviointi- ja kuntoutusjakson myöntäminen:**

- Sairaalahajonson päätteeksi on tarve asiakkaan toimintakyvyn tai hoidon arvioinnille tai jatkokuntoutukselle, jota ei voi toteuttaa asiakkaan kotona.
- Asiakas hyötyy moniammatillisesta kuntoutuksesta sekä arvioinnista tukemaan kotona asumista.
- Asiakkaan kokonaistilannetta tai palveluntarvetta on tarpeen arvioida moniammatillisesti ympärivuorokautisen hoidon yksikössä.

## 9.1.2 Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso

### Omaishoidon vapaan aikaisen hoitojakson myöntäminen:

- omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseksi.
- omaisen tai läheisen jaksamisen tueksi, silloin kun asiakas on samassa taloudessa asuvan omaisen tai läheisen pääasiallisessa hoidossa.

## 9.1.3 Tilapäinen hoitojakso

### Tilapäisen hoitojakson myöntäminen:

- Esimerkiksi kriisitilanteissa, jolloin asiakas ei voi olla kotona ja tarvitsee ympärivuorokautisesti lyhytaikaista hoitoa.
- Muissa erityistilanteissa (omaishoitajan sairastuminen, asiakkaan terveydentilan liittyvät muutokset tai asuntoon liittyvät erityisyyt).

## 9.2 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YHTEISÖLLISEEN ASUMISEEN

Iäkkäiden yhteisöllinen asuminen on tarkoitettu henkilölle, joka tarvitsee soveltuvan asunnon sekä hoitoa, huolenpitoa ja apua päivittäisissä toiminnoissaan. Henkilön avuntarve on pääasiassa päiväaikaista. Yhteisöllinen asuminen on palvelumuoto niille iäkkäille henkilöille, joille kotihoidon palvelut eivät ole enää riittäviä, mutta heillä ei ole vielä tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon.

### Yhteisöllisen asumisen myöntäminen:

Yhteisöllinen asuminen voidaan myöntää henkilölle, jolla on erityisen tuen tarve, eikä turvallinen asuminen ole järjestettävissä tavanomaisessa asumisessa.

- Asiakkaalla on voimakas turvattomuuden tunne, joka estää asumisen hänen omassa yksityiskodissaan. Asiakkaalla voi olla lieviä käytösoireita.
- Asiakkaalle ei ole säännöllistä yöaikaista avuntarvetta
- Kotiympäristö ei sovi asumiseen tai kodin etäisyys on hankala palveluiden järjestämisen kannalta. Kotiympäristö tai kodin sijainti ei kuitenkaan yksittäisenä tekijänä oikeuta yhteisölliseen asumiseen.
- Yhteisöllisen asumisen myöntäminen perustuu kokonaisarvioon, jossa korostuvat psyykkiset, sosiaaliset ja mahdolliset turvallisuuteen liittyvät ongelmat.
- **Ohjeellisina RAI-arvoina voidaan pitää:**
  - **MAPLe\_5 > 3** (kohtalainen (3), suuri (4) tai erittäin suuri (5) palvelutarve)  
Henkilöllä on päivittäisissä toiminnoissa huomattavia suoritutumisen vajeita (ADL tai IADL toiminnot) ja/tai kognitio voi olla heikentynyt ja/tai riski joutua ympärivuorokautiseen hoivaan ja/tai haastavan käyttäytymisen oireita ja/tai kotiympäristössä tarvetta muutostöille tai kotiympäristö ei sovi asumiseen
  - **CPS\_6 ≤3** (rajatilainen (1), lievä (2) tai keskivaikea (3) kognitiivinen häiriö)

Pois sulkeva tekijä: päivittäinen päätöksen tekokyky ei voi olla kohtalaisesti heikentynyt (taso 3), päätöksen teko johdonmukaisesti puutteellista tai vaarallista, tarvitsee vihjeitä ja seurantaa koko ajan

**ADLLF\_28  $\geq$  4** (valmisteluapu (0), ohjauksen tarve (1), rajoitetun avun tarve (3), runsaan avun tarve (4) päivittäisissä arkitoinnoissa)

Lähtökohtaisesti selviytyy päivittäisistä toiminnoista yhden hoitajan avun turvin

## 9.3 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN PALVELUASUMISEEN

Ympäri vuorokautiseen palveluasumiseen ja hoitoon on oikeutettu asiakkaat, joilla kotona asumista tukevista palveluista ja tukitoimista huolimatta kotona asuminen ei ole turvallista joko itsenäisesti asuen tai omaisen kanssa. Heillä on fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn huomattavaa heikentymistä ja sen vuoksi tarvitsevat monien sairauksien vuoksi ympärivuorokautista hoivaa ja valvontaa. Hoivan ja valvonnan tarvetta on säännöllisesti myös yöaikaan.

### Ympäri vuorokautisen palveluasumisen myöntäminen:

- Asiakas ei selviydy kotihoidon käyntien välillä yksin, riippumatta kotikäyntien määrästä tai muista tukipalveluista. Asiakkaan itsenäinen selviytyminen omassa kodissaan ei ole mahdollista tehostettujen avopalveluidenkaan turvin.
- Asiakkaalla on huomattavasti heikentynyt fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky ja jatkuva ympärivuorokautinen palvelujen tarve toimintakyvyn kokonaisarvion perusteella. Toimintakyvyn heikentyminen on asiakkaalla pysyvää. Asiakkailla voi olla myös sairaudesta johtuen vaikeita käytösoireita.
- **Ohjeellisina RAI -arvoina voidaan pitää:**
  - **MAPLe  $\geq$  4** (suuri/erittäin suuri palveluntarve)
  - **ADL-H  $\geq$  3** (arjessa suoriutuminen, runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa)
  - **IADLP  $\geq$  40** (tarvitsee paljon apua kotiaskareiden suorittamisessa)
  - **CPS  $\geq$  3** (mm. muisti, aistit) keskivaikea tai vaikea muistisairaus)
- Toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnetään tarvittaessa RAI-toimintakykymittarin lisäksi myös muita kokonaisarviota tukevia mittareita.
- Lisäksi asiakas (jolla myöntämisperusteet täyttyvät) haluaa muuttaa tehostettuun ympärivuorokautiseen palveluasumiseen tai moniammatillinen SAS-työryhmä on todennut, ettei asiakas kykene itse ymmärtämään päätöstensä seurauksia ja nykyiseen asumismuotoon jääminen vaarantaisi asiakkaan turvallisen hoidon toteutumisen.

## 9.4 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN PITKÄAIKAISEEN LAITOSASUMISEEN

Vanhuspalvelulain 14§:ssä pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Sosiaalihuoltolain 22§:n mukaan pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.

## 9.5 LYHYTAIKAISEEN HOITOON SEKÄ IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEEN JA HOITOON HAKEMINEN

### 9.5.1 Hakeminen lyhytaikaiseen hoitoon

Omaishoidontukeen oikeutetuille päätöksen lyhytaikaisesta hoidosta tekee omaishoidontuen palveluohjaaja. Muille asiakkaille päätös oikeudesta lyhytaikaiseen hoitoon tehdään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi voidaan tehdä joko kotihoidossa (ohjaaja, sairaanhoitaja) tai palveluohjauksessa. Päätöksessä määritellään, kuinka moneen lyhytaikaishoidon vuorokauden kuukaudessa asiakas on oikeutettu ja mille ajalle päätös on voimassa.

### 9.5.2 Hakeminen ikääntyneiden asumiseen

Ympäri vuorokautisen asumisen ja hoidon hakeminen käynnistyy asiakkaan, omaisen/ asioiden hoitajan tai hoitoon osallistuvan yhteydenotolla (asumispalveluhakemus) ikääntyneiden palveluiden SAS työryhmään.

Palvelun myöntäminen perustuu asiakkaalle tehtyyn yksilölliseen ja moniammatilliseen palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointiin. Ennen palvelutarpeen arviointia ja päätöksentekoa tulee asiakkaan tila olla vakaa. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja hänet hyvin tuntevan hoitotahon ja omaisen kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin tukena käytetään RAI järjestelmää sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa käytettäviä mittareita

Asiakaskohtaisen palvelutarpeenarvioinnin pohjalta asiakkaalle tehdään SAS- työryhmässä myönteinen tai kielteinen palvelupäätös ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelusta.

Vanhuspalvelulain (980/2012) 3. luvun 18§:n mukaan kunnan on tehtävä päätös iäkkään henkilön kiireellisesti tarvitsemien sosiaalipalvelujen myöntämisestä kirjallisen tai suullisen hakemuksen johdosta ja järjestettävä myönnettyt palvelut viipymättä siten, ettei iäkkään henkilön oikeus välttämättömään huolenpitoon vaarannu.

Samaisen lain ja pykälän mukaan päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun kirjallinen tai suullinen hakemus on tullut vireille. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnettyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta.



## 9.6 PITKÄAIKAISEN ASUMISEN HOITOPAIKAN VASTAANOTTAMINEN

Asiakas voi esittää toiveensa hoitopaikasta. Toivetta vastaavaa hoitopaikkaa ei voida aina järjestää, mutta siihen pyritään.

Monen palvelutalon rakentamiseen on saatu valtion avustusta, korkotukea ja/tai lainaa (ns ARA-lainaa). Näissä ARA – kohteissa asukasvalintaperusteina on asiakkaan palveluasumisen tarve, varallisuus ja tulot. Nämä selvitetään ennen ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelupäätöksen tekoa ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelupäätöksen yhteydessä. Mikäli varallisuutta ja tuloja ei saada selvitettyä, asiakas ei voi sijoittua ARA-kohteeseen. ARA kohteiden asukasvalinnoissa asetetaan etusijalle palveluasumisen tarpeessa olevat vähävaraisimmat ja pienituloisimmat hakijat (Laki vuokra-asuntolainojen ja asumisoikeuslainojen korkotuesta (604/2001) 11 a - d§ ja aravarajoituslaki (1190/1993) 4 a - d§). Jos asiakas ei täytä ARA-kohteeseen sijoittumisen edellytyksiä, on vaihtoehtona vapaarahoitteiset kohteet.

Kun asumispalveluun oikeutetulle järjestyy hoitopaikka, muuton tulee tapahtua pääsääntöisesti kolmen vuorokauden kuluessa. Muuton yhteydessä asiakkaan kanssa tehdään vuokrasopimus ja asiakkaan tulee hankkia muuttopäivästä alkaen palveluasumisen asuntoon kohdistuva kotivakuutus vastuuvakuutusosineen.

Jos sairaalassa tai lyhytaikaisessa hoitopaikassa oleva asiakas ei hyväksy hänelle esitettyä ympärivuorokautisen hoidon hoitopaikkaa, tulee asiakkaan kuitenkin siirtyä kyseiselle paikalle perusteettoman sairaalahoidon tai lyhytaikaishoidon välttämiseksi. Tämän jälkeen asiakas voi hakea vaihtoa haluamaansa kohteeseen ja vaihto järjestetään paikkatilanteen sen salliessa. Jos kotona oleva asiakas ei hyväksy hänelle esitettyä hoitopaikkaa, hänelle ympärivuorokautisesta asumisesta ja hoidosta tehty palvelupäätös raukeaa. Asiakkaan tulee tässä tilanteessa hakea palvelua uudelleen. Asiakkaalle tehdään uusi päätös hänen ilmoituksensa perusteella ja jonotusaika alkaa alusta.

## 9.7 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEN JA HOIDON PALVELUTARPEEN MUUTTUMINEN

Mikäli asiakkaan hoidon ja hoivan tarve muuttuu ennen sijoittumista hoitopaikkaan, arvioidaan ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon tarve uudelleen. Ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon paikkaa odottavan henkilön myönteinen palvelupäätös raukeaa, mikäli asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan kotiin annettavien palveluiden turvin. Jos asiakkaan ollessa jo sijoitettuna ympärivuorokautiseen asumiseen ja hoitoon, asiakkaan toimintakyky muuttuu oleellisesti paremmaksi, arvioidaan ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon tarve uudelleen. Asiakkaan toimintakykyä ja tuen tarvetta arvioidaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaisten ja läheisten sekä hoitoon osallistuvien kanssa. Keskeistä arvioinnissa on selvittää, onko asiakkaan hoitoa mahdollista toteuttaa kevyemmällä palveluilla.

## 9.8 ASUMINEN YKSITYISESSÄ ASUMISPALVELUSSA ILMAN KUNNAN PALVELUPÄÄTÖSTÄ

Mikäli asiakas on itse hakeutunut yksityisen palveluasumisen piiriin ilman kunnan myönteistä ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelupäätöstä, hänellä ei ole mahdollisuutta taloudellisiin syihin vedoten saada kaupungin järjestämää asumispalvelua ennen kuin kaupungin määrittelemät ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon myöntämisperusteet täyttyvät. Ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelusta tehdään palvelupäätös voimassa olevien myöntämisperusteiden mukaisesti.

**Taulukko 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT – KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT**

	<b>Hyödynnettävät RAI arvioinnit</b>	<b>Palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita</b>
Ikäihmisten ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (esim. asiakasohjaus).	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoinnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia.
Muistikoordinaattori ja muistihoitaja	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana toimintakyvyn testaamista voidaan hyödyntää iRAI HC osittaisarvioinnin tekemistä. Tarvittaessa läheisäuttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio HELSALLa (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoinnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia. Asiakkaat, joilla kognitio on rajatilaisesti (1) tai lievästi (2) heikentynyt eikä selittävää syytä kognition heikkenemiselle ole voivat toimia muistikoordinaattorin ja muistihoitajan työssä herätteinä tunnistaa varhaista muistisairauden alkamista.
Muistiasiakkaan kotikuntoutus	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana palvelua voidaan seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta joko iRAI HC osittais- tai kokonaisarvioinneilla. Tarvittaessa läheisäuttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio HELSALLa (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla. SOTE-keskuksen muistiyksikössä voidaan hyödyntää RAI arviointien tuottamia tuloksia.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoinnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia. SOTE-keskuksen muistiyksikkö: järjestelmästä voidaan tunnistaa asiakkaita, joilla on muistidiagnoosi ja päivittäisessä päätöksenteossa vaikeuksia sekä ohjauksen/tuen/avun tarvetta arki-suoriutumisessa (IADL ja ADL toiminnot).
Päivätoiminta	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja päivätoiminnan tarpeen arvioinnissa.	Palvelutarveluokka (MAPLe_ 5 ja _15), sosiaaliset suhteet heräte (SOCFUNC: yksinäisyys, toivoo muutosta aktiivisuuden määrän), kognitiomittari (CPS_6),

	<b>Hyödynnettävät RAI arvioinnit</b>	<b>Palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita</b>
	Kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaille tehdään toiminnan vaikuttavuuden esille tuomiseksi toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit interRAI HC osittaisarvioinneilla.	suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), masennusmittarit (DRS_12 ja DRSSR_9).
Kotiin annettavat tukipalvelut	Palvelutarpeen arvioinnissa (keskitetyssä asiakasohjauksessa) tehdään interRAI HC osittaisarviointeja, joita hyödynnetään tukipalvelujen tarpeen arvioinnissa.	Palvelutarveluokka (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä mittareita ja herätteitä.
Kotihoito – Tilapäinen kotihoito	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus).	Palvelutarveluokka (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), masennusmittarit (DRS_12 ja DRSSR_9).
Kotihoito – Kuntouttava arviointijakso	Asiakasohjauksessa tehdyt interRAI HC – osittaisarvioinnit ohjaavat kuntouttavan arviointijakson tarpeeseen ja tavoitteeseen. Kuntouttavan arviointijakson loppuvaiheessa (vko 4-6) toistetaan vastaava arviointisisältö kuin palvelutarpeen arvioinnissa. Näin saadaan tuen, hoidon ja palveluiden suunnitteluun tietoa päätöksenteon tueksi. Mikäli asiakas ohjautuu säännölliseen kotihoitoon, saadaan kotihoidon arvioinnin pohjaksi kuntouttavalla arviointijaksolla tehty arviointi.	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C), ali- ja virheravitsemusseula (MNA). Ohjaavina tuloksina säännölliseen kotihoitoon ohjautumisessa voidaan käyttää MAPLe_5 mittarin tuloksia 3-5.
Kotihoito – Tehostettu kotikuntoutus	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana palvelua seurataan kotikuntoutuksen vaikuttavuutta joko iRAI HC osittais- tai kokonaisarvioinneilla.	Myöntämisperusteiden tukena voidaan hyödyntää RAI tuloksia esim. heräte ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riski aktivoitunut (CAP RISK>0), merkittävä heikentyminen ADL- ja /tai IADL-suoriutumisessa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48), muistidiagnoosin johdosta merkittävää heikentymistä kognitiossa tai päivittäisessä päätöksentekokokyvyssä ja palvelutarpeen merkittävä lisääntyminen (MAPLe_5).
Kotihoito – Etähoiva	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kuntouttava arviointijakso, kotihoito). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI HC <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voimien oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Etähoivan asiakkuuden tunnistamiseen hyödynnetään RAIsofto ohjelmistoon tehtyä analyysia, joka huomioi esim. kognition ja muistin tilaa ja toimintakykyä.
Kotihoito – Lääkeautomaatit	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kuntouttava arviointijakso, kotihoito). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI HC <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat

	<b>Hyödynnettävät RAI arvioinnit</b>	<b>Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita</b>
	virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Lääkeautomaatin käytön asiakuuden tunnistamiseen hyödynnetään RAIsoft ohjelmistoon tehtyä analyysia, joka huomioi esim. kognition ja muistin tilaa, käsitys- ja ilmaisukykyä, liikkumista, ruokailu (käden motoriikka), kuulo- ja näkökyky.
Kotihoito – Säännöllinen kotihoito	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus ja kuntouttava arviointijakso). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI HC <i>Säännöllisen palvelun tai hoitajakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Lisäksi kokonaisarviointeista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Ohjaavina tuloksina säännölliseen kotihoitoon ohjautumisessa voidaan käyttää MAPLe_5 mittarin tuloksia 3-5.
Asumispalvelut – lääkäiden lyhytaikainen asuminen -	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Osana toiminnan prosessia voidaan hyödyntää iRAI HC osittaisarvioinnin tekemistä. Tarvittaessa läheisauttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio HELSALLA (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia.
Asumispalvelut – Arviointi- ja kuntoutusjakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Riippuen jakson pituudesta ja tarkoituksesta voidaan tehdä toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit interRAI HC osittaisarvioinneilla.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C).
Asumispalvelut – Omaishoitajan vapaan aikainen hoitajakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Tarvittaessa läheisauttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio HELSALLA (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia.
Asumispalvelut – Tilapäinen hoitajakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Tarvittaessa läheisauttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio HELSALLA (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia.
lääkäiden yhteisöllinen asuminen	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6),

	<b>Hyödynnettävät RAI arvioinnit</b>	<b>Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita</b>
	kuluessa iRAI HC: <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	suoriutumisen arkitoinnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä hyödynnetään seuraavia tuloksia: MAPLe $\geq$ 3, CPS $\leq$ 3, ADLH 1-4.
Ympäri vuorokautinen asuminen – läkkäiden ympärivuorokautinen palveluasuminen	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI LTCF: <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Kognitiomittari (CPS_6), suoriutumisen arkitoinnoissa (ADL mittarit). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä hyödynnetään seuraavia tuloksia: MAPLe $\geq$ 4, IADLP>40, ADLH>2, CPS>2, ABS>4.
Ympäri vuorokautinen asuminen – Erityismuistiyksikkö	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito, asumispalvelut). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI LTCF: <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) tai iRAI-LTCF osittaisarviointi ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään esimerkiksi 3kk ja 6kk välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Kognitiomittari (CPS_6), suoriutumisen arkitoinnoissa (ADL mittarit). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä hyödynnetään seuraavia tuloksia: MAPLe $\geq$ 4, IADLP>40, ADLH>2<5, CPS>2<5, ABS>4.
Ympäri vuorokautinen asuminen – läkkäiden laitosasuminen	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito, ympärivuorokautinen palveluasuminen). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI LTCF: <i>Säännöllisen palvelun tai hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Kognitiomittari (CPS_6), suoriutumisen arkitoinnoissa (ADL mittarit). Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tue, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä hyödynnetään seuraavia tuloksia: MAPLe $\geq$ 4, IADLP=48, ADLH>4, CPS>4.

## Taulukko 2. interRAI HC ja LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET

HC = Home Care (kotihoidon RAI)

LTCF = Long Term Care Facilities (asumispalveluiden RAI)

	interRAI HC	interRAI LTCF	Mittareiden arvojen selitteet
<b>MITTARIT</b>			
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot hierakkinen, ADLH 0-6	x	x	Itsenäinen (0), Ohjauksen tarvetta (1), Tarvitsee rajoitetusti apua (2), Tarvitsee runsaasti apua (3-4), Autettava (5), Täysin autettava (6)
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot laaja, ADLLF/ADL-L, 0-28	x	x	Tunnistetaan, missä päivittäisissä toiminnoissa (ADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on avun tarvetta. Tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Laaja mittari huomioi enemmän eri ADL-toimintoja, kuin esim. ADLH mittari.
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, suoriutuminen, IADLP 0-48	x		Tunnistetaan, missä välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on avun tarvetta. Näitä tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittari huomioi ensisijaisesti mitä on vastattu suoriutumisen tasoihin IADL-toiminnoissa.
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, oletettu suoriutumiskyky, IADLC 0-48	x		Tunnistetaan, missä välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on avun tarvetta. Näitä tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittari huomioi mitä on vastattu oletetun suoriutumiskyvyn tasoihin IADL-toiminnoissa.
Arkisuoriutuminen, perus- ja välinetoiminnot, yhdistetty, FUNH 0-11	x		Tunnistetaan, missä päivittäisissä (ADL) ja välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on avun tarvetta. Näitä tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä.
Kognitiomittari, CPS 0-6	x	x	Ei kognitiivista häiriötä (0), Rajatilainen häiriö (1), Lievä heikkeneminen (2), Keskivaikea heikkeneminen (3), Keskivaikea-vaikea heikkeneminen (4), Vaikea heikkeneminen (5), Erittäin vaikea heikkeneminen (6). Kognitiomittarin ja MMSE testin osalta on tehty suuntaa antava vastaavuustaulukko.
Laajennettu kognitiomittari, CPS2 0-8	x		Ei kognitiivista häiriötä (0-1), Rajatilainen häiriö (2-3), Keskivaikea heikkeneminen (4-5), Vaikea heikkeneminen (6-7), Erittäin vaikea heikkeneminen (8).
Sosiaalinen osallistuminen, RISE 0-6		x	Tunnistetaan henkilön osallisuuden tunnetta ja osallisuuden määrää.
Sosiaalinen vetäytyminen, SOCWD 0-12			Tunnistetaan henkilön mielialaan liittyvien negatiivisten oireiden ilmenemistä. Mitä suurempi mittarin arvo on, sitä enemmän ilmenee sosiaaliseen vetäytymiseen liittyviä oireita.

Kommunikointikyky, COMM 0-8	x	x	Ei häiriötä (0), Rajatilainen häiriö (1), Lievä heikkeneminen (2), Lievä/keskivaikea heikkeneminen (3), Keskivaikea heikkeneminen (4), Keskivaikea/vaikea heikkeneminen (5), Vaikea heikkeneminen (6), Vaikea/erittäin heikkeneminen (7), Erittäin vaikea heikkeneminen (8)
Kuulo- ja näkökyky, DbSI 0-5	x	x	Kyky kuulla ja näkökyky ovat riittävät (0), Yksi aisti riittävä, toinen aisti hieman tai kohtalaisesti heikentynyt (1), Yksi aisti riittävä, toinen aisti vaikeasti tai vakavasti heikentynyt (2), Molemmat aistit ovat hieman tai kohtalaisesti heikentyneet (3), Toinen aisti on hieman tai kohtalaisesti heikentynyt ja toinen aisti on vaikeasti tai vakavasti heikentynyt (4), Molemmat aistit ovat vaikeasti tai vakavasti heikentyneet (5)
Haastava käyttäytyminen, ABS 0-12	x	x	Ei merkkejä käytösoireista/aggressiivisesta käyttäytymisestä (0), Lieviä/kohtalaisia merkkejä (1-4), Merkkejä/riskitekijöitä vakavammista käytösoireista/aggressiivisesta käyttäytymisestä (5-12)
Masennuksen oiremittari, DRS 0-12	x	x	Ei masennusta (0-2), Masennusepäily, kohtalaisesti oireita (3-8), Masennusepäily, runsaasti oireita (9-12)
Itsearvioitu mieliala, DRSSR 0-9	x	x	Itsearvioitu mieliala hyvä (0), Kohtalainen (1-3), Huono (4-6), Erittäin huono (7-9)
Palvelutarveluokka, MAPLe 1-5	x		Vähäinen (1), Lievä (2), Kohtalainen (3), Suuri (4), Erittäin suuri (5)
Palvelutarveryhmittelijä, MAPLe 1-15	x		Vähäinen (1), Lievä (2), Kohtalainen (31-33), Suuri (41-46), Erittäin suuri (51-54)
Päivystyskäyntitarpeen riski, DIVERT 1-6		x	Päivystyskäyntitarpeen riski mittaria voidaan hyödyntää arvioitaessa, millainen riski henkilöllä on tulevaisuudessa joutua uudestaan päivystykseen. Riskin esiintyminen ohjaa arvioimaan henkilön tilannetta tarkemmin. Pienin riski tulevaisuuden päivystyskäyntiin (1) ja Korkein riski tulevaisuuden päivystyskäyntiin (6).
Kipu, PAIN 0-4	x	x	Ei kipuja (0), Harvemmin kuin päivittäin (1), Päivittäin kohtalainen kipu (2), Päivittäin vaikea kipu (3), Päivittäin sietämätön kipu (4)
Terveysten vakaussmittari, CHESS 0-5	x	x	Terveysten vakaus hyvä (0), Heikentynyt (1), Lievästi epävaka (2), Kohtalaisen epävaka (3), Varsin epävaka (4), Erittäin epävaka (5)
Painehaavan riskimittari, PURS 0-8	x	x	Erittäin matala riski (0), Matala riski (1-2), Kohtalainen riski (3), Korkea riski (4), Erittäin korkea riski (5)
Kaatumisriski, FALLS 0-3		x	Ei ole kaatunut viimeksi kuluneen 90 vrk aikana (0), Kaatunut viimeksi kuluneen 31-90 vrk aikana (1), Kaatunut kerran 30 vrk aikana (2), Kaatunut kahdesti tai useammin 30 vrk aikana (3)
Painoindeksi, BMI	x	x	Painoindeksin (BMI) avulla voidaan tunnistaa, onko henkilöllä esimerkiksi ali- tai ylipainoa. BMI arvon avulla voidaan helposti seurata painon muutosta. BMI arvo on yksi ravitsemustilan seurantamittari, joten saatetaan tarvita lisäksi tarkempaa ravitsemustilan tunnistamista (esim. MNA arviointi).
Alkoholinkäytön riskit/ongelmakäyttö, AUDIT-C 0-12	x	x	Seulonta-arviointi, joka ohjaa laajemman alkoholinkäytön arvioimiseen, mikäli pisteet menevät seuraavasti: naiset 5 pistettä tai enemmän ja miehet 6 pistettä tai enemmän (Lähde: Duodecim, Käypä hoito, Alkoholiongelmaisen hoito, 2018).
<b>HERÄTTEET</b> (CAPs = Clinical Assessments Protocols)			
Fyysisen toiminnan edistäminen, PACTIV 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)

Arjen välinetoiminnot, IADL 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Arjen perustoiminnot, ADL 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Toipumisen edistäminen (2)
Fyysinen rajoittaminen, RESTR 0-2		x	Ei herätettä (0), ADL-toimintakykyä vähän (1), ADL-toimintakykyä on (2)
Kotiympäristön esteettömyys, ENVIR 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Ympäri vuorokautiseen hoivaan joutumisriskin, RISK 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen, COGNIT 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Seuranta (1), Heikkenemisen ehkäiseminen (2)
Sekavuus, DELIR 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Kommunikaatio, COMMUN 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Toipumisen edistäminen (2)
Mieliala, MOOD 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily ongelmasta (1), Vahva epäily ongelmasta (2)
Käyttäytyminen, BEHAV 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vähentää päivittäisiä käytösoireita (2)
Harrastukset, ACTIV 0-1		x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Lähisuhdeväkivalta, ABUSE 0-2	x		Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2)
Sosiaaliset suhteet, SOCFUNC 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Kaatumiset, FALLS 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Pieni todennäköisyys (1), Suuri todennäköisyys (2)
Kipu, PAIN 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Kohtalainen puuttumisen tarve (1), Suuri puuttumisen tarve (2)
Painehaavat, PULCER 0-3	x	x	Ei herätettä (0), Painehaavan riskitekijöitä (1), 1.asteen painehaava (2), Vähintään 2.asteen painehaava (3)
Sydän- ja hengityselimistön sairaudet, CARDIO 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Aliravitsemus, NUTR 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2)
Elimistön kuivuminen, DEHYD 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2)
Tupakointi ja alkoholin käyttö, ADD 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1)
Virtsanpidätyskyky, URIN 0-3	x	x	Ei herätettä - heikko päätöksentekokyky (0), Ei herätettä - pidätyskykyinen (1), Rakonhallinnan heikkenemisen ehkäiseminen (2), Rakonhallinnan edistäminen (3)
Suolen toiminta, BOWEL 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Suolen toiminnan edistäminen (2)

\* Omaishoidon tuessa käytössä läheisauttajan tilannearviointiin täydennysosio HELSA (Helsinki Social Assessment)

\* Kotihoidossa ja asumispalveluissa käytössä virhe- ja aliravitsemuksen seurantaan MNA arviointi (Mini Nutritional Assessment)

LÄHTEET:

[RAI-järjestelmän mittareita - THL](#)



RAIsoft interRAI HC ja LTCF Mittarikäsikirja