



Koti- ja asumispalvelut

Kotihoidon ja ikääntyvien asumisen palveluiden
myöntämiskriteerit

1.6.2022

Sisällys

1 JOHDANTO	4
2 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN.....	4
3 RAI ARVIOINTIVÄLINEISTÖ.....	6
TÄMÄN TIEDOSTON LOPUSSA ON TAULUKKO RAI ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVISTÄ KRITEREISTÄ. (TAULUKKO 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT – KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT JA TAULUKKO 2. INTERRAI HC JA LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET)	
	8
4 ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT.....	8
4.1 IKÄIHMISTEN ENNALTAEHKÄISEVÄT PALVELUT JA VARHAINEN TUKI	8
4.2 MUISTIKOORDINAATTORI	9
5 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA	9
5.1 KULJETUS PÄIVÄTOIMINTAAN	10
6 KOTIIN ANNETTAVAT TUKIPALVELUT.....	10
6.1 ATERIAPALVELU.....	10
6.2 TURVA-AUTTAJAPALVELU	11
6.3 HARKINNANVARAINEN SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU.....	12
6.4. MUUT TUKIPALVELUT	13
7 KOTIHOITO	14
<i>Kotihoidon tehtävät</i>	<i>14</i>
7.1 TILAPÄINEN KOTIHOITO.....	17
<i>Tilapäistä kotihoitoa myönnetään</i>	<i>17</i>
7.2 KOTIHOIDON KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO	17
7.3 TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS	18
7.4 SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO.....	19
<i>Säännöllistä kotihoitoa myönnetään</i>	<i>19</i>
7.5 ETÄHOIVA	20
7.6 LÄÄKEAUTOMAATIT.....	21
7.7 MATTI-TIIMI.....	22
8. KOTIIN ANNETTAVIEN PALVELUJEN UUELLEEN ARVIOINTI	22
9 IÄKKÄIDEN ASUMINEN	23
9.1 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN LYHYTAIKAISEEN ASUMISEEN JA HOITOOON	23
9.1.1 Arviointi- ja kuntoutusjakso	24
9.1.2 Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso	24
9.1.3 Tilapäinen hoitojakso.....	24
9.2 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN PALVELUASUMISEEN (YHTEISÖLLINEN ASUMINEN, 12 H PALVELUASUMINEN).....	25
9.3 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN PALVELUASUMISEEN	26
9.4 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN PITKÄAIKAISEEN LAITOSASUMISEEN	26
9. PERHEHOITO	27
9.5 LYHYTAIKAISEEN HOITOOON SEKÄ IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEEN JA HOITOOON HAKEMINEN.....	27
9.5.1 Hakeminen lyhytaikaiseen hoitoon	27
9.5.2 Hakeminen ikääntyneiden asumiseen.....	27
9.6 PITKÄAIKAISEN ASUMISEN HOITOPAIKAN VASTAANOTTAMINEN	28
9.7 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEN JA HOIDON PALVELUTARPEEN MUUTTUMINEN.....	29
9.8 ASUMINEN YKSITYISESSÄ ASUMISPALVELUSSA ILMAN KUNNAN PALVELUPÄÄTÖSTÄ	29
TAULUKKO 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT -	29

KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT	29
TAULUKKO 2.	33
INTERRAI HC JA LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET	33

1 JOHDANTO

Laukaan ikääntyneiden palveluiden tavoitteena on, että kuntalaiset saavat palvelut oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Palveluille on määritelty perusturvalautakunnan hyväksymät palvelujen myöntämisen perusteet ja asiakasmaksut, jotka ohjaavat palvelujen myöntämistä. Näitä myöntämisen perusteita arvioidaan säännöllisesti osana vuosittaista talousarviota ja käyttösuunnitelmaa ja päivitetään tarvittaessa. Päivittämisestä vastaa vanhus- ja vammaispalveluiden johtaja yhteistyössä muiden viranhaltijoiden kanssa.

Palveluissa keskeinen periaate on tukea arjessa apua tarvitsevien ikäihmisten kykyä elää arvokkaasti ja omatoimisesti kotona oikea-aikaisilla ja riittävillä palveluilla sekä järjestää tarpeen mukaan ympärivuorokautista asumista ja hoitoa. Palveluja tuotetaan omana toimintana, ostopalveluina sekä palvelusetelillä. Lähtökohtana on asiakkaan kotona asuminen ja palvelut järjestetään kotona tai kodinomaisessa 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 kuntalaisten 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.

2 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Toiminta perustuu Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja -asetukseen (607/83), Kansanterveyslakiin (kansanterveyssterveyslaki 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.

Asiakas itse, hänen läheisensä tai häntä hoitava tai kotiuttava taho tai muu viranomainen voi ottaa yhteyttä vanhuspalveluiden asiakasohjaukseen puhelimitse 040 7235 005 (arkisin klo 9-12), sähköpostitse osoitteeseen asiakasohjaus@laukaa.fi tai palveluasumisen asiakasvastaavaan, puh. 040 5282 856. Asiakkaan yhteydenotto palveluasumisen asiakasvastaavaan voi tulla myös palveluasumishakemuksen muodossa.

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 riittäväillä ja oikea-aikaisilla palveluilla. Tavoitteena on siirtää mahdollisemman pitkälle raskaamman eli tehostetun palveluasumisen tarvetta asiakkaan elämässä. Kuntoutus ja kotikuntoutus sekä lyhytaikaishoito tukevat kotona selviytymistä. Tiivis yhteistyö kuntoutuksen, terveyspalvelujen ja ensihoidon kanssa tukevat osaltaan kuntalaisten kotona selviytymistä. Kotihoidon palvelut sekä tukipalvelut suunnataan asiakkaille, joiden palvelutarve on säännöllistä sekä toistuvaa. Omaishoidon tukitoimilla pyritään parantamaan 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 pyritään edistämään 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.

Kotihoidossa on käytössä tarvittaessa (video)puhelut 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 pyritään tukemaan toiminnan keskeisten periaatteiden toteutumista.

Ikääntyneiden asumispalvelussa (tehostettu palveluasuminen) 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 kuntalaisten 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

Laukaassa on käytössä asiakkaiden toimintakyvyn, hoidon ja palvelujen tarpeen arviointiin RAI-järjestelmä. Järjestelmän käytön vaatimus liittyy lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012), mihin on lisätty säännökset (15 a §, 9.7.2020/565) iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa käytettävästä viimeistään 1.4.2023 käyttöön otettavasta RAI-arviointivälineistöstä.

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 vaativuuden 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 ovat tärkeä tiedonlähde ja 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 saadaan 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 osittaisarvioinnin sisältöä ja riittävyttä. 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 kokonaisarvioinnista 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 arvioinnista 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 osittaisarvioinnin sisältöön. Paitsi mittarit niin arvioinnin 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 arviointiin käytettävistä kriteereistä. (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

Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tarjotaan kuluvan vuoden aikana 80-vuotta täyttävälle laukaalaisille, jotka eivät ole säännöllisten palveluiden piirissä. Kotikäynneillä tehdään kokonaisvaltainen tilanteen kartoitus ja sen mukainen ohjaus. Hyvinvointitapahtumia järjestetään kuluvana vuonna 75-vuotta täyttävälle laukaalaisille, jotka eivät ole säännöllisten palveluiden piirissä. Kutsu vapaaehtoiseen ryhmätapahtumaan lähetetään postitse. Tapahtumissa ohjelmana on mm. terveyden edistämisen tietoisuutta käytännönläheisesti, toimintakyvyn arviointia ja yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa sekä yhdessäoloa.

4.2 Muistikoordinaattori

Muistisairausdiagnoosin jälkeen asiakkaan hoito siirtyy muistihoitajalta muistikoordinaattorille. Muistikoordinaattori varmistaa muistiasiakkaan katkeamatonta hoitopolkua, koordinoi tukipalveluja ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä muistiasiakkaan arjessa pärjäämisen ja hyvinvoinnin tukemiseksi. Muistikoordinaattori seuraa kotikäynneillä säännöllisesti asiakkaan arkielvytymistä, terveydentilaa ja arvioi muistisairauden hoidon vastetta. Kotikäyntien tiheys mietitään asiakkaan tarpeiden pohjalta yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa.

5 IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTA

Päivätoiminta on tarkoitettu kotona asuville ikääntyneille, joiden toimintakyky on alentunut tai vaarassa alentua. Palvelu on määräaikaista ja palvelu tarjotaan pääsääntöisesti yhtenä päivänä viikossa.

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.

Päivätoiminta on tavoitteellista ja määräaikaista/pysyvää 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. Päivätoimintaan pääsyn edellytyksenä on, että asiakas pystyy toimimaan ohjattuna ryhmässä ja voimavarat riittävät useamman tunnin kestävään päivätoiminnan käyntiin. Asiakkaan tulee pärjätä pääasiallisesti yhden ohjaajan avustamana sekä toimimaan pääosin sanallinen ohjauksen turvin. Hänen tulee kyetä toimimaan ryhmässä muiden asiakkaiden kanssa sekä osallistumaan ryhmän eri toimintamuotoihin. Asiakkaalla voi olla muistiongelmia, mutta hänen tulee hyötyä muistin toimintaa tukevista virikkeistä.

Päivätoiminnalla voidaan tukea omaishoitajan ja läheisen jaksamista.

Asiakkaalle, jolle on myönnetty säännölliset lyhytaikaishoivan jaksot omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien lisäksi, ei pääsääntöisesti myönnetä oikeutta osallistua päivätoimintaan. Jos päivätoiminnan tarve poistuu tai asiakas ei pysty enää muusta syystä säännöllisesti päivätoimintaan osallistumaan, päivätoiminta päättyy.

Päivätoiminnan ohjaajat tarkastelevat päivätoiminnan ryhmän kokoja ja arvioivat milloin asiakkaalla olisi mahdollista aloittaa päivätoiminta. Ryhmäkoko on rajallinen, ja joskus päivätoiminnan aloitusta joudutaan siirtämään.

Päivätoiminnan palveluista palvelu- ja maksupäätöksen tekee asiakasvastaava 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

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.

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. MenuMAT -ateriapalvelu on mahdollista

saada koko kunnan alueella, se on tällä hetkellä ainoa vaihtoehto, jos asuu yli 10km etäisyydellä Laukaan kirkonkylän keskustasta tai Lievestuoreen taajamasta.

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 puhelimessa että kotikäynneillä. Kaikki hälytykset eivät johda kotikäyntiin, vaan turvan apu voi olla myös puhelimessa 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, jonka suorittaa kotihoidon sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö tai ostopalvelun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö.

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 kunnallisina 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 1200e/kk ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2 200 € euroa kuukaudessa ja yhteenlasketut talletukset yksin asuvalla enintään 4000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 7000e.

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 Laukaan kunnan alueella.

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 määräaikaikainen 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

Kauppapalvelu

Asiakkaat ohjataan käyttämään kauppojen kotiinkuljetuspalveluja tai hankkimaan palvelu yksityisiltä palveluntuottajilta. Mikäli omaisilla tai muilla toimijoilla ei ole mahdollista antaa asiointiapua, tuotetaan palvelu kotihoidon kautta.

Hygieniapalvelu

Peseytymispalvelua järjestetään ensisijaisesti alueella toimivien yksityisten palveluntarjoajien turvin, mikäli avuntarve on ainoastaan peseytymiseen. Mikäli asiakkaan peseytyminen on mahdotonta järjestää kotiloissa epätarkoituksenmukaisten tilojen, esimerkiksi juoksevan veden puuttumisen tai tilojen esteellisyyden vuoksi, on asiakkaan mahdollista käydä suihkussa kunnan osoittamassa toimintayksikössä. Ensisijaisesti peseytyminen toteutuu kotona. Peseytymiseen voidaan tarvittaessa järjestää edestakainen kuljetus. Asumisolosuhteiden muuttuessa peseytymispalvelun tarve arvioidaan uudelleen. Palvelua järjestetään enintään kerran viikossa. Hygieniapalvelusta ja kuljetuksesta peritään maksu.

Pyykkipalvelu

Asiakkaita ohjataan hankkimaan palvelu pesulasta tai muilta palveluntarjoajilta.

Saattajapalvelu

Asiakkaita ohjataan hoitamaan ensisijaisesti saattajan tarve omaisten/vapaaehtoisten tuella tai hankkimaan palvelua yksityisiltä palveluntuottajilta. Poikkeustapauksessa palveluseteli voidaan myöntää kotihoidon asiakkaille saattaja-avun saantiin terveydenhuollon palveluihin mentäessä, aikaraja enintään 2 tuntia kerrallaan. Ainoastaan poikkeustapauksissa (säännöllinen kotihoito) saattajapalvelua tuotetaan kotihoidon kautta.

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 omana toimintana tai palvelusetelillä.

Kaikki kotihoidon asiakkuudet alkavat asiakasohjauksen kautta. Asiakasohjauksessa 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 tehostettua kotikuntoutusta. Kotihoidon asiakkaiden kotiutuessa terveydenhuollon yksiköstä kotiutumista tukee kotihoidon voimavarahoitajat.

Kotihoitoa toteutetaan asiakkaan etähoitona ja/tai kotiin tehtävillä kotikäynneillä. Etähoidolla 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, mikäli palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä asiakkaan katsotaan olevan soveltuva etähoivan palveluihin.

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
- lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon vaikutusten havainnointi ja seuranta sekä arviointi lääkehoitosuunnitelman mukaisesti
- jos omaiset jakavat asiakkaan lääkkeitä 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, mikä tarkoittaa annosjakelun järjestämistä, lääkeautomaatin täyttöä, lääkkeiden jakoa dosettiin tarvittaessa sekä reseptien uusintaa
- tarvittaessa yhteydenotot ja ajanvaraus asiakkaan lääkäriin
- injektioiden antaminen
- verikokeiden ottaminen (vain säännöllisen kotihoidon asiakkaat)
- Marevan annostuksen määrittely
- hyvän kivunhoidon mahdollistaminen (esim. kipupumpun käyttö)
- haavahoidot lääkärin ohjeiden mukaan
- katetroinnit ja avanhoidot
- asiakkaalle pyritään järjestämään saattohoito kotiin mahdollisuuksien mukaisesti
- hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvataan eri yhteistyötahojen roolit sekä läheisen rooli ja osuus asiakkaan saattohoidon toteuttamisessa
- muistitestin, depressiotestin ja muiden hoidon toteuttamista ja tukemista edellyttävien testien tekeminen.
- hoitotarvikkeiden ja -välineiden hankinta tai hankinnassa ohjaaminen ja/tai avustaminen

Kodinhoidolliset tehtävät:

Avuntarve vain kodinhoidollisissa tehtävissä ei täytä kotihoidon aloittamisen edellytyksiä. Ensisijaisesti kodinhoidolliset 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 vienti, 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 avustaminen kotihoidon käynnin yhteydessä (asiakkaan tai hänen asioiden hoitajan suostumuksella voidaan kodinhoitokoneet, kuten pyykkikone tai astianpesukone, jättää päälle seuraavaan käyntiin asti), muuten asiakkaan pyykkiä toimitetaan pesulaan
- silittäminen ja mankelointi eivät kuulu (välttämättömiin) kodinhoidollisiin 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 asiakkaan ja 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, ovihälytin, 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 pyykinhuollon hankinnassa
- saattoavun (esim. lääkärissäkäynnit) järjestämisessä avustaminen omaisten, vapaaehtoisten tai yksityisten ostopalvelujen avulla
- yhteistyötahojen tiedottaminen

7.1 Tilapäinen kotihoito

Tilapäinen kotihoito tai tilapäinen kotisairaanhoido on tarkoitettu asiakkaan tilapäiseen palvelutarpeeseen ja se on kestoaltaan alle kaksi viikkoa kestävä hoitoa 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)
- 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 arksuoriutumuksesta ja tukea kotona asumisen mahdollisuuksia. Jakson keston vaikuttaa asiakkaan kokonaistilanne ja toimintakyky, 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 ja esimerkiksi terapiahenkilöstöä. Jakson

aikana palvelutarpeen arvioimiseksi voidaan käyttää ammattilaisten tekemiä asiakaslähtöisiä toimintakyvyn arviointimenetelmiä, esimerkiksi RAI (Resident Assessment Instrument), SPPB (lyhyt fyysisen suorituskvyn testi), Bergin tasapainotesti, MMSE (muistitesti), GDS-15 (myöhäsiän depressioseula), MNA-seulonta (ravitsemustilan arviointi), MoCA (kognitiivisten taitojen seulontatesti), UJACAS (aktiivisena vanhenemisen mittari), joiden pohjalta asetetaan tavoitteet jaksolle.

Kotihoidon palvelut päätetään, jos asiakkaan toimintakyky vahvistuu ja säännöllisen palvelun myöntämisen perusteet eivät täyty. Myönnetyn 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. Arviointimenetelmien 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 asiakasvastaava/voimavarahoitaja. Jakson tärkeimpänä kriteerinä on, että asiakkaalla on kuntoutuspotentiaalia.

Tehostettua kotikuntoutusta voidaan kodin sijaista järjestää poikkeuksellisesti myös asumisen yksiköissä, mikäli se on perusteltua.

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, laaditaan asiakkaille viiden ensimmäisen viikon aikana hoito- ja palvelusuunnitelma, johon suunnitellaan asiakkaalle hänen voimavarojaan tukeva hoito ja huolenpito, sekä muut tarvittavat palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa hyödynnetään toimintakyvyn arviointi- ja seurantajärjestelmää (RAI) Hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan ja päivitetään puolivuosittain 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 toimintakyvynsä 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, joiden palvelujen piiriin asiakas voidaan ohjata

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 käyntejä. Etähoivan avulla toteutettavia käyntejä 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 fyysistä 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:

- Asiakkaalle ei ole vakavia muistiongelmia
- 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

7.7 Matti-tiimi

Asiakkaan kotona ja arjessa pärjäämisen haasteisiin etsitään yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa ratkaisuja moniammatillista työryhmää (MATTI-tiimi) konsultoiden. Mikäli asiakkaan tilanne ei edellytä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaitoa vaativaa hoitoa, selvitetään muut mahdollisuudet ratkaista asiakkaan tilanne. Muita vaihtoehtoja ovat esimerkiksi omaisten tai läheisten apu, Laukaan kunnan muut palvelut, järjestöjen toiminta tai kotitalousvähennyksellä ostettavat yksityiset kotitalouspalvelut.

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 kotona asumista tukevaa 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 päihteettömänä ollessa palveluntarvetta ei ole

9 IÄKKÄIDEN ASUMINEN

lääkkäiden asumisen palveluihin kuuluvat lyhytaikainen asuminen, yhteisöllinen asuminen ja ympärivuorokautinen palveluasuminen ja pitkäaikainen laitoshoido. Edellä mainittuja asumisen palveluja tuotetaan näihin toimintoihin tarkoitetuissa yksiköissä ja perheissä. lääkkäiden asumispalvelua voidaan toteuttaa myös perhehoitona.

Ikääntyneiden palveluiden lähtökohtana on, että kotihoito ja muu kotiin annettava tuki on aina ensisijainen palvelumuoto. Kotona asumista tuetaan erilaisin kuntouttavain keinoin (mm. 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 tunnevan hoitotahon ja omaisen kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin tukena käytetään RAI-järjestelmää sekä tarvittaessa muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa käytettäviä mittareita.

lääkkäiden asumisen palveluihin liittyviä asioita hoitaa SAS-tiimi. Lyhenne tulee sanoista selvitä, arvioi, sijoita ja samaa nimeä käytetään myös muualla Suomessa. (Jämsä SAP, ÄKI Matti-SAS, Saarikka Matti)

9.1 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN LYHYTAIKAISEEN ASUMISEEN JA HOITON

Tilapäistä ja säännöllistä lyhytaikaista hoitoa järjestetään niille lyhytaikaishoitoon oikeutetuille asiakkaille, joilla on lisääntynyt hoidon ja seurannan tarve mm. sairaalasta kotiutuvat asiakkaat ja kotihoidon palveluiden piirissä olevat asiakkaat.

Sitä järjestetään kunnan omissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä Kuuselassa, Sylvissä sekä Liisan ja Antin pirtissä.

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 kotiooloissa. 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:

- Sairaalahoidon 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 PALVELUASUMISEEN (YHTEISÖLLINEN ASUMINEN, 12 h palveluasuminen)

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. Palvelua tuottaa tällä hetkellä palvelutalo Sarahovi.

Palveluasumisen (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)
Henkilöillä on päivittäisissä toiminnoissa huomattavia suoriutumisen 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 seuranta koko ajan
 - ADLLF_28 ≥ 4** (valmisteluapu (0), ohjauksen tarve (1), rajoitetun avun tarve (3), runsaan avun tarve (4) päivittäisissä arkitoiminnoissa)
- 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. Laukaassa ympärivuorokautista palveluasumista järjestetään ensisijaisesti omana toimintana kunnan omissa yksiköissä: Kuuselassa, Sylvissä sekä Liisan ja Antin pirtissä.

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 ≥ 4** (suuri/erittäin suuri palveluntarve)
 - **ADL-H ≥ 3** (arjessa suoriutuminen, runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa)
 - **IADLP ≥ 40** (tarvitsee paljon apua kotiaskareiden suorittamisessa)
 - **CPS ≥ 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) ja 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. PERHEHOITO

Ikääntyneiden asumispalvelut voidaan toteuttaa myös pitkäaikaisena perhehoitona, mikäli palvelua on tarjolla. Ikääntyneiden perhehoito voi olla pitkäaikaista, lyhytaikaista tai osavuorokautista asumista perhehoitajan yksityiskodissa perustuen yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Palvelu katsotaan pitkäaikaiseksi silloin, kun perhehoidon on arvioitu kestävän, tai on tosiasiallisesti kestänyt vähintään kolme kuukautta.

Pitkäaikainen perhehoito myönnetään moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin perustuen. Perhehoitosopimuksessa/toimeksiantosopimuksessa määritellään tapauskohtaisesti perhehoidon muoto ja sen kesto. Perhehoitoon sijoittuessa noudatetaan erillistä maakunnallista perhehoidon toimintaohjetta.

9.5 LYHYTAIKAISEEN HOITOON SEKÄ IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEEN JA HOITOON HAKEMINEN

9.5.1 Hakeminen lyhytaikaiseen hoitoon

Omaishoidontukeen oikeutetuille päätöksen lyhytaikaisesta hoidosta tekee omaishoidontuen asiakasohjaaja. 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 vuorokauteen 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 myönteinen tai kielteinen palvelupäätös ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelusta. Ennen päätöksentekoa SAS-työryhmä (selvitä-arvioi-sijoita –työryhmä) käsittelee hakijan hakemusta ja tehtyä palvelutarpeen selvitystä.

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 myönnetty 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 myönnetty muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja päätös on toimeenpantava viimeistään kolmessa kuukaudessa asian vireille tulosta.

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 pyritään järjestämään 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 kevyemmillä palveluilla. Mikäli palvelun toteutusmuoto muuttuu, asiakkaalle tehdään siitä viranhaltijapäätös.

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 kunnan järjestämää asumispalvelua ennen kuin kunnan 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

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
Ikäihmisten ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (esim. asiakasohjaus).	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.

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
Muistikoordinaattori	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana toimintakyvyn testaamista 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 tilanearviointi 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 heräteinä tunnistaa varhaista muistisairaudesta alkamista.
Muistiasiakkaan kotikuntoutus	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana palvelua voidaan seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta joko iRAI HC osittais- tai kokonaisarvioinneilla. Tarvittaessa läheisauttajan 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 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 tilanearviointi ja MNA arviointien tuloksia. SOTE-keskuksen muistiyksikkö: järjestelmästä voidaan tunnistaa asiakkaita, joilla on muistidiagnoosi ja päivittäisessä päätöksenteossa vaikeuksia sekä ohjauksen/tuen/avun tarvetta arkisuoriutumisessa (IADL ja ADL toiminnot).
Päivätoiminta	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja päivätoiminnan tarpeen arvioinnissa. Päivätoiminnan asiakkaille tehdään toiminnan vaikuttavuuden esille tuomiseksi toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit interRAI HC osittaisarvioinneilla.	Palvelutarveluokka (MAPLe_5 ja _15), sosiaaliset suhteet heräte (SOCFUNC: yksinäisyys, toivoo muutosta aktiivisuuden määrän), kognitiomittari (CPS_6), 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 tehty 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 kognitiiossa tai päivittäisessä päätöksentekokokyvyssä ja palvelutarpeen merkittävä lisääntyminen (MAPLe_5).

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
Kotihoito - Etähoiva	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kuntouttava arviointijakso, kotihoito). Asiakkuuden 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 voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahaohitajat 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 RAIsoft 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 virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahaohitajat 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. Lääkeautomaatin käytön asiakkuuden 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 hoitojakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahaohitajat 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. Ohjaavina tuloksina säännölliseen kotihoitoon ohjautumisessa voidaan käyttää MAPLe_5 mittarin tuloksia 3-5.
Asumispalvelut – lääkkäiden 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	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Tarvittaessa läheisauttajan tilannetta voidaan arvioida RAI-järjestelmän täydennysosio	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15), kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48).

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
vapaan aikainen hoitojakso	HELSAlla (Helsinki Social Assessment) ja ali- ja virheravitsemusta voidaan arvioida MNA arvioinnilla.	Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), mielialan itsearviointiasteikko (DRSSR_9), alkoholinkäytön riskimittari (AUDIT-C). Läheisapua antavan tilannearviointi ja MNA arviointien tuloksia.
Asumispalvelut – Tilapäinen hoitojakso	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.
lääkkäiden yhteisöllinen asuminen	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, 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 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 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≥3, CPS≤3, ADLH 1-4.
Ympäri vuorokautinen asuminen – lääkäiden 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), suoriutuminen arkitoiminnoissa (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≥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), suoriutuminen arkitoiminnoissa (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≥4, IADLP>40, ADLH>2<5, CPS>2<5, ABS>4.
Ympäri vuorokautinen asuminen – lääkäiden 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.	Kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (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≥4, IADLP=48, ADLH>4, CPS>4.

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
	Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	

Taulukko 2.

interRAI HC ja LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET

HC = Home Care (kotihoito RAI)

LTCF = Long Term Care Facilities (asumispalveluiden RAI)

	interRAI HC	interRAI LTCF	Mittareiden arvojen selitteet
MITTARIT			
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, välinetoinnot, 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, välinetoinnot, 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 välinetoinnot, 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/riskitekiäjiä 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 epävakaa (2), Kohtalaisen epävakaa (3), Varsin epävakaa (4), Erittäin epävakaa (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).
HERÄTTEET (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