



KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE

Keski-Suomen hyvinvointialue

**Ikääntyneiden asumisen palveluiden
myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen**

Sisällys

1 JOHDANTO	3
2 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN	3
3 RAI ARVIOINTIVÄLINEISTÖ	4
4 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISPALVELUT.....	7
4.1 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN LYHYTAIKASEEN ASUMISPALVELUUN.....	7
4.1.1 Arviointi- ja kuntoutusjakso.....	7
4.1.2 Omaishoidon vapaan aikainen hoitajakso.....	8
4.1.3 Tilapäinen hoitajakso.....	8
4.2 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YHTEISÖLLISEEN ASUMISEEN	9
4.3 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN PALVELUASUMISEEN.....	11
4.4 MYÖNTÄMISPERUSTEET IÄKKÄIDEN PITKÄAIKASEEN LAITOSASUMISEEN	13
4.5 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISPALVELUIHIN HAKEMINEN	13
4.5.1 Hakeminen lyhytaikaiseen ja tilapäiseen palveluasumiseen	13
4.5.2 Hakeminen ikääntyneiden asumispalveluihin	14
4.6 PITKÄAIKASEN ASUMISPALVELUN VASTAANOTTAMINEN.....	14
4.7 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMISEN JA HOIDON PALVELUTARPEEN MUUTTUMINEN	15
4.8 ASUMINEN YKSITYISESSÄ ASUMISPALVELUSSA ILMAN HYVINVOINTIALUEEN PALVELUPÄÄTÖSTÄ	15
TAULUKKO 1. KOTIIN VIETÄVÄT JA ASUMISPALVELUT –	17
KÄYTETTÄVÄT RAI-ARVIOINNIT JA NIIHIN LIITTYVÄT PROSESSIT	17
TAULUKKO 2.....	19
INTERRAI HC JA LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET	19

1 Johdanto

Keski-Suomen hyvinvointialueen asumispalveluiden tavoitteena on, että keskisuomalaiset 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 yhteisöllistä asumista tai ympärivuorokautista palveluasumista ja hoitoa. Palveluja tuotetaan omana toimintana, ostopalveluina sekä palvelusetelillä. Lähtökohtana on asiakkaan kotona asuminen ja palvelut järjestetään kotona tai kodikkaassa ympäristössä yhteisöllisessä asumisessa, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tai perhehoidossa. 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 Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020- 2023 (julkaisuja 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 riittäväillä ja oikea-aikaisilla palveluilla. Tavoitteena on siirtää mahdollisemman pitkälle raskaamman eli ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta asiakkaan elämässä. Kuntoutus ja kotikuntoutus sekä lyhytaikaishoito tukevat kotona selviytymistä. Avoterveydenhuollon geriatrinen osaamiskeskus tukee tarpeenmukaista asiakkaan tilanteen arviointia.

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

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

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

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 palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin RAI-arviointivälineistö (Resident Assessment Instrument). Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus (1.4.2023 lähtien) käyttää RAI-arviointivälineistöä asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa ja

palvelujen tarpeenmukaisessa kohdentamisessa: [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista \(Finlex\)](#).

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

Toimintakyvyn arviointien (RAI) avulla selvitetään asiakkaiden yksilöllisiä voimavaroja, riskitekijöitä ja haasteita. 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 toimintakykyään ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö saa tietoa tuen, palveluiden ja hoidon järjestämiseen liittyvän päätöksenteon tueksi.

Esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuessa, lyhytaikaisjaksoilla ja päivätoiminnassa hyödynnetään interRAI HC-osittaisarviointia. Osittaisarvioinnin sisällöt ovat hyvinvointialueella yhtenäiset, joskin eri palveluissa on osittaisarvioinnin sisältö kohdennettu tarpeenmukaisesti. Osittaisarviointia hyödynnetään asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeiden tunnistamisessa ja tarpeen vaatiessa voidaan osittaisarviointiin valita laajempi sisältö. Asiakkaan ollessa säännöllisissä palveluissa kuten kotihoito ja erilaiset asumisen palvelut tehdään yleensä laaja toimintakyvyn arviointi (kokonaisarviointi). Säännöllisissä palveluissa toimintakyvyn kokonaisarviointeja tehdään puolivuositain tai asiakkaan voimien 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.

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. Palvelutarvetta kuvaava mittari huomioi toimintakykyä ja asiakkaan tilannetta laaja-alaisesti. Mittari huomioi erityisesti asiakkaan kognition (päivittäisissä tilanteissa päätöksentekokyky, lähimuisti, ilmaisukyky) ja arkisuoriutumisen tilannetta (ADL-toiminnot, kuten liikkuminen, hygieniasta huolehtiminen). Muita sisältöjä mittarissa ovat esimerkiksi välineelliset arkitoiminnot (IADL-toiminnot, kuten lääkityksestä huolehtiminen, aterioiden valmistaminen), haastavan käyttäytymisen oireet, kotiympäristön tilanne, kaatuilu, ravitsemuksen tilanne, aktiivisuuden määrä ja muutokset kognitiossa tai arkisuoriutumisessa. Palvelutarvetta kuvaava mittari sisältää myös kaatumisten esiintymistä kuvaavan mittarin FALLS 0-3.

Kognition tilannetta (CPS 0-6) kuvaava mittari auttaa ymmärtämään millainen vaikutus asiakkaan kognitiolla (sisältäen päivittäinen päätöksenteko, muisti, ilmaisukyky) on esimerkiksi kotona selviytymiseen, turvalliseen lääkehoidon ja oikeanlaisen ravitsemuksen osalta. 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. Arkisuoriutumisen ADL-toimintojen osalta muodostuu kaksi mittaria ADLH 0-6 (hierarkkinen) ja ADLLF 0-28 (laaja) ja IADL-toimintojen osalta kaksi mittaria IADLP 0-48 (suoriutuminen) ja IADLC 0-48 (suoriutumiskyky).

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). Alkoholin riski- ja ongelmakäytön arviointiin on käytössä AUDIT-C 0-12. Sosiaaliseen osallistumiseen ja kanssakäymiseen liittyvää muutosta/vähäisyyttä tai motivaation puutetta tunnistetaan SOCWD 0-12 mittarin avulla. Asumisen palveluissa sosiaalisen osallisuuden määrää, kiinnostuneisuutta ja voimavaroja osallistua palvelussa järjestettyyn yhteiseen toimintaan kuvaava mittari on RISE 0-6.

Kommunikointikyvyn tilannetta (ilmaisu- ja käsityskyky) tunnistetaan COMM 0-8 mittarin avulla. Kuulo- ja näkökyvyn tilannetta tunnistetaan DbSI 0-5 mittarin avulla.

Uusimpina mittareina hyödynnetään päivystyskäyntitarpeen riskimittaria DIVERT 0-6 ja poistumisturvallisuuteen liittyvää EVAC 0-9 mittaria. Päivystyskäyntitarpeen riskimittari huomioi asiakkaan sairaalajaksojen ja päivystyskäyntien määrää sekä joukon erilaisia tekijöitä, jotka lisäävät päivystyskäyntien tarpeen riskiä esimerkiksi sydän- ja hengityselimistön sairaudet ja niihin liittyvät oireet. Poistumisturvallisuus-mittaria hyödynnetään esimerkiksi tunnistettaessa toimintakyvyltään rajoittuneita asiakkaita, joilla on suuri riski, etteivät he kykene poistumaan kotoa tulipalon sattuessa.

Muita mittareita ovat mm. asiakkaan terveydentilan vakaus (CHESS 0-5), kivun voimakkuus (PAIN 0-4) ja painoindeksi (BMI). Mittareiden lisäksi arvioinnista muodostuu herätteitä (CAP = Clinical Assessment Protocols), joiden avulla voidaan tunnistaa niitä osa-alueita, joihin henkilö tarvitsee esim. lisätukea tai kuntouttavia toimia. Herätteet aktivoituvat yleensä kahdesta eri syystä, joko asiakas todennäköisesti hyötyy saadessaan asianmukaista tukea kyseisellä elämäntilanteella tai asiakkaan tilanne on vaarassa heikentyä, ellei siihen puututa. Herätteet liittyvät mm. fyysisen toimintakyvyn edistämiseen, läheisapuun, sosiaalisiin suhteisiin, kotiympäristöön, ihon kuntoon ja pidätyskykyyn. Herätteitä voidaan tarvittaessa lisätä osittaisarvioinnin sisältöön. Esimerkiksi asiakasohjauksessa osittaisarviointiin on lisätty heräte fyysisen toiminnan edistäminen (PACTIV 0-1). Paitsi mittarit niin arvioinnin yksittäiset kysymykset auttavat myös tunnistamaan hoidon ja palveluiden tarvetta, kuten päivystyskäyntien määriä tai läheisten/omaisten jaksamiseen liittyvää tilannetta. Asiakas on toimintakyvyn tilanteen arviointiprosessissa aktiivinen osallistuja ja mukana asettamassa omia henkilökohtaisia tavoitteita, jotka kirjataan arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan seuranta-arviointien yhteydessä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöt perustuvat toimintakyvyn arviointeihin (RAI).

RAI-järjestelmän käyttö tukee kattavaa ja monipuolista hoidon ja palveluiden tarpeen tunnistamista ja seuranta. Hoidon ja palveluiden vaikuttavuutta voidaan arvioida säännöllisesti tehtävillä seuranta-arvioinneilla. Arvioinnit tuottavat asiakas- ja palvelutasolla tietoa, esim. missä määrin palvelulla on pystytty ylläpitämään voimavaroja, lisäämään asiakkaan itsenäistä suoriutumista ja itsenäisyyttä, parantamaan sosiaalista ja fyysistä toimintakykyä ja osallisuutta erilaisiin toimintoihin. Toisaalta arvioinnit tuottavat myös tietoa niistä toimintakyvyn osa-alueista, joissa on tapahtunut heikentymistä esim. avun tarpeen tai oireiden lisääntymistä, jolloin tuki voidaan kohdentaa asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.

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 Ikääntyneiden asumispalvelut

Ikääntyneiden asumisen palveluihin kuuluvat lyhytaikainen asuminen, lyhyt- ja pitkäaikainen perhehoito, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen ja laitoshoido. Edellä mainittuja asumisen palveluja tuotetaan näihin toimintoihin tarkoitetuissa yksiköissä omana toimintana, palvelusetelillä ja 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 sekä arviointi- ja kuntoutusjakso. Lisäksi järjestetään erilaisia kotiin annettavia tukipalveluita kuten turva- ja ateriapalvelu sekä järjestetään kotihoidon palveluita.

Perusedellytys asumispalveluille on se, että asiakas ei selviydy kotona enää kotiin annettavien tukitoimien turvin eikä kotona asuminen ole turvallista. Asumista tuetaan myös palveluohjauksen keinoin ohjaamalla ikääntyneitä erilaisiin senioriasuntoihin sekä muihin ikääntyneille kohdennettuihin asumismuotoihin kuten perhehoito.

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

Iäkkäiden asumisen palveluihin liittyviä asioita hoitaa SAS-tiimi ja asiakas- ja palveluohjauksen asiakasohjaajat ja sosiaalityöntekijät. SAS-tiimin lyhenne tulee sanoista selvitä, arvioi, sijoita.

4.1 Myöntämisperusteet iäkkäiden lyhytaikaiseen asumispalveluun

Tilapäistä ja säännöllistä lyhytaikaista hoitoa järjestetään niille lyhytaikaishoitoon oikeutetuille asiakkaille, joilla on ympärivuorokautisen hoidon ja seurannan tarve, mm. omaishoidon tuen vapaapäivien ajalle.

4.1.1 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 kuntoutumiseen. Arviointi- ja kuntoutusjakson pituus vaihtelee yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaan. Mikäli asiakas ei ole sairaalahoidon tarpeen päättyessä kotiutuskuntoinen, asiakas ohjataan vapaalle asiakaspaikalle palvelutarpeen arviointia ja jatkokuntoutusta varten. Mikäli vapaata paikkaa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ei ole, palvelutarpeen arviointi aloitetaan sairaalahoidossa asiakas- ja palveluohjauksen toimesta.

Arviointi- ja kuntoutusjakson myöntäminen:

- Sairaalahoidon päätteeksi on tarve asiakkaan toimintakyvyn ja hoidon arvioinnille tai jatkokuntoutukselle, jota ei voi toteuttaa asiakkaan kotona.
- Kotona asuvalle asiakkaalle, jonka toimintakyky on oleellisesti heikentynyt ja hänellä on riski joutua raskaampiin palveluihin ja joka hyötyy moniammatillisesta kuntoutuksesta sekä arvioinnista. Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen asiakkaalle voidaan myöntää kuntoutus- ja arviointijakso määräaikaisena yksittäisenä jaksona.
- Asiakkaan kokonaistilannetta tai palveluntarvetta on tarpeen arvioida moniammatillisesti lyhytaikaishoidon yksikössä yhteistyössä asiakkaan hoitavien tahojen ja asiakas- ja palveluohjauksen kanssa

4.1.2 Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso

Omaishoidon vapaan aikaisen hoitojakson myöntäminen:

- Omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseksi. Ensisijaisesti lakisääteiset vapaat järjestetään perhehoidossa, jos asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa.
- Omaisen tai läheisen jaksamisen tueksi, silloin kun asiakas on samassa taloudessa asuvan omaisen tai läheisen pääasiallisessa hoidossa. Ensisijaisesti muut omaishoitoon liittyvät vapaat järjestetään perhehoidossa, jos asiakkaan toimintakyky sen mahdollistaa.

4.1.3 Tilapäinen hoitojakso

Tilapäisen hoitojakson myöntäminen:

- Esimerkiksi kriisitilanteissa, jolloin asiakas ei voi olla kotona ja tarvitsee ympärivuorokautisesti tilapäistä asumista lyhytaikaishoidon yksikössä. Kriisitilanne voi olla omaishoitajan sairastuminen, kaltoinkohtelu tai väkivaltatilanne, asiakkaan terveydentilan liittyvät muutokset, jotka aiheuttavat välittömän palvelutarpeen, mm. yksinasuva, harhaileva muistisairas tai asuntoon liittyvät erityisyydet, mm. tulipalo, vesivahinko. Äkillisissä tilanteissa palvelutarpeessa hoitojakso voidaan aloittaa ilman palvelutarpeen tarkempaa selvittelyä ja palvelutarpeen arviointi tehdään hoitojakson aikana.
- Saattohoitotilanteessa, jossa asiakas on sairaalahoidossa, arvioidaan hänen palvelutarpeensa tilanteen edellyttämällä tavalla ja mahdollistetaan asiakkaan siirtyminen hoitojaksolle hänen tarpeitaan vastaavaan asumispalveluyksikköön ilman RAI-arviointia ja SAS-työryhmän käsittelyä. Tällöin asiakkaalle päätös tehdään tilapäisenä hoitojaksona. Palliatiivisessa hoidossa olevalta asiakkaalta asumispalveluhakemus etenee samalla prosessilla kuin muillakin iäkkäillä asumispalvelua hakevilla.

4.2 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. Yöaikaiseen avuntarpeeseen vastataan ennalta sovituin yksittäisin käynnein (max 1-2 ennalta sovittua käyntiä/yö) ja vastaamalla turvpuhelinhälytyksiin samalla tavoin kuin kotihoidon asiakkaille. Yöllisen avuntarpeen ollessa epäsäännöllistä ja runsasta, asiakkaan tarve ympärivuorokautiseen asumiseen tulee arvioida. Palvelussa korostuu sosiaalinen kanssakäyminen, yhteisöllisyys ja kuntouttava työote. Yhteisöllinen asuminen on palvelumuoto niille iäkkäille henkilöille, joille kotihoidon palvelut eivät ole enää tarkoituksenmukaisia, eikä heillä ei ole vielä tarvetta ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Yhteisöllinen asuminen voi tulla kyseeseen myös silloin, kun turvallinen asuminen ei ole järjestettävissä tavanomaisessa asumisessa tai asiakkaalla voi olla huomattava ja jatkuva turvattomuuden tai yksinäisyyden tunne, mikä heikentää kotona pärjäämistä.

Yhteisöllisen asumisen palvelu tuotetaan käyntiperusteisesti ja asiakkaalla tulee olla tarve säännöllisille käynneille. Palvelu myönnetään asiakkaalle kotihoidon käynti- ja aikaperusteisena palveluna ja tukipalveluina. Yhteisöllinen asuminen sisältää yhteisöllistä ja sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa (SKET), joka sisältyy jokaisen asiakkaan palvelukokonaisuuteen.

Kohtien 1. ja 2. täytyminen ovat edellytykset yhteisöllisen asumisen myöntämiselle. Lisäksi yhden seuraavista tulee täytyä: kohdat 3, 4 tai 5. Yhteisölliseen asumiseen haetaan yhteisöllisen asumisen hakemuksella. Päätös yhteisöllisestä asumisesta tehdään asumisen asiakasohjauksen kautta, SAS-työryhmässä. Päätöksen tekee asiakasohjaaja.

1) Kotihoidon kriteerien täytyminen

- a) Säännöllisen kotihoidon asiakkuus muodostuu palvelutarpeen arvioinnin kautta tai
- b) Asiakkaalla on olemassa oleva säännöllisen kotihoidon asiakkuus

2) Asiakkaan soveltuvuus yhteisölliseen asumismuotoon

- Asiakas on toimintakyvyltään korkeintaan ohjattava, tuettava ja pääsääntöisesti yhden autettava
- Asiakkaalla voi olla sovittu yöhoidon käyntitarve (max 1-2 krt/yö).
- Asiakkaalla on lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa oleva muistisairaus tai muistihäiriö. Muistidiagnoosin saanut asiakas hyötyy yhteisöllisestä asumisesta, siellä järjestettävästä toiminnasta eikä asiakkaan turvallisuus vaarannu mm. karkailun vuoksi. Asiakkaan on kyettävä hälyttämään apua tarvittaessa.
- Asiakkaalla ei esiinny muita asukkaita häiritsevää käytöstä
- Asiakas ei tupakoi sisällä, eikä käytä päihteitä häiritsevästi

3) Asiakkaan nykyiset asumisolosuhteet

- Asuin- ja kotiympäristön turvallisuus ja esteettömyys suhteessa asiakkaan toimintakykyyn arvioidaan

4) Yksinäisyys ja turvattomuus

- Asiakkaan kokema yksinäisyys, turvattomuus ja pelot sekä osallisuuden tarve havaitaan.

5) Asiakkaan ravitsemustila

- Asiakkaalla todetaan alentunut kyky huolehtia ravitsemuksen toteuttamisesta.

Talokohtaisesti laaditaan järjestyssäännöt, jotka määrittellään talokohtaisesti, mm. mahdollisuudesta pitää lemmikkieläintä.

Yhteisöllisen asumisen myöntäminen:

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

- Yhteisöllisen asumisen myöntäminen perustuu asiakkaan kokonaisarvioon, jossa korostuvat toimintakyvyn heikkeneminen: fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset ja mahdolliset turvallisuuteen liittyvät tuen ja avun tarpeet. Asiakkaalla on ohjauksen tarvetta päivittäisissä toiminnoissa, mutta oman arjen hallinta on kohtalaista. Hänellä voi olla muistisairaus, mutta kyky pitää yllä sosiaalista kanssakäymistä ja hänen kognitiotasonsa on vielä kohtuullisella tasolla. Asiakas itsekin kokee hyötyvänsä yhteisöllisyydestä.
- Asiakkaalla on voimakas turvattomuuden tunne tai yksinäisyyden kokemus, joka estää asumisen hänen omassa yksityiskodissaan.
- Asiakkaalla voi olla lieviä haastavan käyttäytymisen oireita.
- Asiakkaalla voi olla säännöllisiä, sovittuja yökäyntejä 1-2 krt/yö. Lisäksi asukkaalla on käytössä turvahälytin.
- Asiakkaan nykyinen asunto ei vastaa asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn tarpeisiin tai asumisolosuhteissa on haasteita tai palveluiden järjestäminen on hankalaa. Kotiympäristö tai kodin sijainti ei kuitenkaan yksittäisenä tekijänä oikeuta yhteisölliseen asumiseen. Asiakkaalla tulee olla säännölliset kotihoidon käynnit sekä avun ja tuen tarve sellainen, että hän hyötyy yhteisöllisestä asumisesta.
- Yhteisöllisen asumisen sopivuutta arvioitaessa, voidaan palvelu myöntää määräaikaisena kokeilujaksona 1-3 kk silloin, kun
 - a. arvioidaan tulevatko palvelutarpeet täytettyä yhteisöllisen asumisen puitteissa
 - b. sitoutuuko asiakas talon järjestyssääntöihin
- **Ohjeellisia RAI-arvoina voidaan pitää:**
 - **Palvelutarveluokka MAPLe_5 \geq 3** (kohtalainen (3), suuri (4) tai erittäin suuri (5) palvelutarve)
Tällöin asiakkaalla esimerkiksi on päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisen vajeita (ADL tai IADL toiminnot) ja/tai kognitio voi olla heikentynyt ja/tai riski ympärivuorokautisen hoivan tarpeesta ja/tai haastavan käyttäytymisen oireita ja/tai kotiympäristössä tarvetta muutostöille tai kotiympäristö ei sovi asumiseen

Lisäksi jokin seuraavista RAI-arvoista toteutuu palvelutarpeen osalta

Kognitiivinen kyky CPS_6 \leq 3 (rajatilainen (1), lievä (2) tai keskivaikea (3) kognitiivinen häiriö).

Pois sulkeva tekijä: päivittäinen päätöksentekokyky ei voi olla heikentynyt siten, että päätöksenteko on johdonmukaisesti puutteellista tai vaarallista, jolloin tarvitsee seurantaa koko ajan.

Arkiuoriutuminen, perustoiminnot ADLH $<$ 5 (ohjauksen tarve (1), rajoitetun avun tarve (2), runsaan avun tarve, 1-2 henkilön fyysisen avun tarve (3-4) päivittäisissä

arkitoiminnoissa). Mikäli asiakkaalla on syömisessä täyden avun tarve (syötettävä) päivittäin kaikilla ruokailukerroilla, on hän soveltuvampi ympärivuorokautiseen palveluasumiseen.

Arkiuoriutumisen, välinetoiminnot IADLP ≥ 30 tällöin asiakkaalla on merkittävästi välineellisissä toiminnoissa päivittäistä avun tarvetta. Avun tarve tulee esille aterioiden valmistuksessa, tavallisissa kotitaloustöissä, lääkityksestä huolehtimisesta, ostoksilla käynnissä, kuljetuksissa ja raha-asioiden hoidossa

Lisäksi yksilöllisesti huomioidaan seuraavat mittarit:

Haastava käyttäytyminen ABS. Asiakkaalla voi olla lieviä haastavan käyttäytymisen oireita tai muuta häiritsevää käyttäytymistä. Jos haastavaa käyttäytymistä ilmenee päivittäin (ABS >4), pitää harkita ympärivuorokautiseen asumiseen siirtymistä.

Alkoholinkäytön riskit AUDIT C. Mikäli asiakkaalla on alkoholin riski- tai ongelmakäyttöä (naiset > 4 , miehet > 5), pitää harkita ympärivuorokautiseen asumiseen siirtymistä.

Masennuksen oiremittari DRS ≥ 3 (3-8 kohtalaisesti oireita, 9-14 runsaasti oireita **tai** **Itsearvioitu mieliala DRSSR ≥ 4** (4-6 itsearvioitu mieliala huono, 7-9 itsearvioitu mieliala erittäin huono) **tai Sosiaalinen vetäytyminen ≥ 4** Sosiaalisesti vetäytyvällä asiakkaalla on esimerkiksi vähentynyttä sosiaalista kanssakäymistä, motivaation puutetta, vetäytymistä kiinnostuksen kohteista, mielihyvän kokemisen puuttumista.

Terveydentilan vakaus CHESS > 2 (terveydentilassa epävakausta, esimerkiksi hengenahdistus, alaraajojen turvotus, merkittävät ravitsemuksen ja nesteen saannin ongelmat, merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen, loppuvaiheen sairaus).

Päivystyskäyntitarpeen riski DIVERT ≥ 5 (1 on pienin riski päivystyskäyntiin, 5-6 korkein riski päivystyskäyntiin).

4.3 Myöntämisperusteet iäkkäiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen

Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen ja hoitoon ovat oikeutettuja asiakkaat, joilla kotona asumista tukevista runsaista 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 sairauksien vuoksi ympärivuorokautista hoivaa ja valvontaa. Hoivan ja/tai valvonnan tarvetta on säännöllisesti myös yöaikaan.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntäminen:

- Ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntäminen perustuu aina asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin.
- Asiakkaalla on jo käytössään runsaasti kotihoidon palveluita, tukipalveluita tai asiakas on omaishoidon tuen asiakas tai hän asuu yhteisöllisessä asumisessa, eikä hän ei selviydy kotihoidon käyntien välillä yksin. Asiakkaan itsenäinen selviytyminen omassa kodissaan tai yhteisöllisessä asumisessa ei ole mahdollista tehostettujen palveluidenkaan 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, eikä kuntoutuminen kotona pärjääväksi ole enää mahdollista. Asiakkailla voi olla myös sairaudesta johtuen vaikeita käytösoireita.
- Lisäksi asiakas (jolla myöntämisperusteet täyttyvät) haluaa muuttaa ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Tilanteessa, jossa asiakas ei itse kykene ymmärtämään päätöstensä seurauksia ja nykyiseen asumismuotoon jääminen vaarantaa asiakkaan turvallisen hoidon toteuttamisen, tulee asiakkaan tahtoa selvittää hänen laillisen edustajansa, omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Tilanne voidaan arvioida myös moniammatillisesti yhteistyössä lääkärin ja omatyöntekijänä toimivan sosiaalityöntekijän, laillisen edunvalvojan ja tarvittaessa läheisen kanssa.
- Mikäli asiakkaan palvelutarpeen arviointi perustuu siihen, että hän asuu kotona, käytetään kotihoidon RAI-arviointivälinettä (iRAI-HC). Mikäli asiakkaan palvelutarpeen arviointi perustuu siihen, että hän asuu yhteisöllisessä asumisessa, käytetään asumisen palveluiden RAI-arviointivälinettä (iRAI-LTCF)
- **Ohjeellisina RAI -arvoina voidaan pitää:**
 - **Palvelutarveluokka MAPLe ≥ 4** (suuri/erittäin suuri palvelutarve) Kotihoidosta tulevilla asiakkailla käytössä, ei koske yhteisöllistä asumisesta tulevaa asukasta. Alla olevat RAI-arvioinnin osiot käytössä kaikilla asiakkailla (kotihoito ja yhteisöllinen asuminen)

Lisäksi jokin seuraavista RAI-arvoista toteutuu palvelutarpeen osalta:

- **Arkisuoriutuminen, perustoiminnot ADL-H ≥ 4** (arjessa suoriutuminen, runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa, 1-2 henkilön avuntarve liikkumisessa ja/tai syömisessä tai täyden avun tarvetta joissakin ADL-toiminnoissa, esim. henkilökohtainen hygienia, pukeutuminen)
- **Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot IADLP = 48** Välineellisissä toiminnoissa muut huolehtivat täysin puolesta, asiakkaalla voi olla joitain voimavaroja esim. puhelimen käyttö.
- **Kognitio CPS ≥ 3** (lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky, itsenäinen syöminen, ja tajunnan taso) keskivaikkea tai vaikea muistisairaus)

Lisäksi yksilöllisesti huomioidaan seuraavat mittarit:

Haastava käyttäytyminen ABS > 4 . Tällöin asiakkaalla on esimerkiksi päivittäin mahdollisesti muita häiritsevää käyttäytymistä tai hoitotoimissa vastustelua.

Alkoholinkäytön riskit AUDIT C naiset > 4 , miehet > 5 . Edellä mainitut mittariarvot kuvaavat alkoholin riskikäyttöä.

Masennuksen oiremittari DRS ≥ 3 (3-8 kohtalaisesti oireita, 9-14 runsaasti oireita **tai** **Itsearvioitu mieliala DRSSR ≥ 4** (4-6 itsearvioitu mieliala huono, 7-9 itsearvioitu mieliala erittäin huono) **tai** **Sosiaalinen vetäytyminen ≥ 4** Sosiaalisesti vetäytyvällä asiakkaalla on esimerkiksi vähentynyttä sosiaalista kanssakäymistä, motivaation puutetta, vetäytymistä kiinnostuksen kohteista, mielihyvän kokemisen puuttumista.

Päivystyskäyntitarpeen riski DIVERT ≥ 5 (1 on pienin riski päivystyskäyntiin, 5-6 korkein riski päivystyskäyntiin)

Terveydentilan vakaus CHESS > 2 (terveydentilassa epävakautta, esimerkiksi hengenahdistus, alaraajojen turvaotus, merkittävät ravitsemuksen ja nesteen saannin ongelmat, merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen, loppuvaiheen sairaus)

- Toimintakyvyn arvioinnoissa hyödynnetään tarvittaessa RAI-toimintakykymittarin lisäksi myös muita kokonaisarviota tukevia mittareita, mm. MNA, MMSE, CERAD

Erityismuistiyksikkö (ERMU)

Erityismuistiyksikkö sijaitsee Kauramäen kylässä Jyväskylässä. Kauramäessä on 30 asumispalvelupaikkaa erityismuistiyksikön toimintaan. Muistiyksikkö on jaettavissa neljään pienempään ryhmäkotiin.

Erityismuistiyksikköön tullaan pääsääntöisesti asumispalveluiden muista yksiköistä, jos asiakkaan sairauden tila ja siitä johtuvat oireet aiheuttavat häiriöitä ja haasteita asumisyksikössä ja siellä asuvilla muilla asiakkailla. Arviointi perustuu voimassa olevaan toimintakyvyn arviointiin (RAI). Arvioinnista nousee esille:

- psyykinen toimintakyky vaihtelee merkittävästi päivän aikana
- Kiukkuisuus tai aggressiivisuus itseä tai muita kohtaan
- Muiden asukkaiden/henkilökunnan kanssa ristiriitaitilanteita asiakkaasta johtuen
- Hoitotoimissa merkittävää vastustelua
- Perussairauksina muistisairaus, joka keskivaikeasti tai vaikeasti heikentynyt, CPS 3-4, ei psykiatrasta diagnoosi
- Ei vuoteeseen hoidettava

Asiakkaalle tehdään erityismuistiyksikköön määräaikainen ympärivuorokautinen päätös ja asukas asuu erityismuistiyksikössä sen ajan kuin hänen sairauden tila ja sen hoito sitä vaatii. Asiakkaalle tarjotaan paikka asiakkaan tarpeita vastaavaan ympärivuorokautiseen asumisyksikköön, kun sairauden tila tasaantuu ja oireet lievenevät. Asiakkaan siirto toiseen yksikköön tapahtuu hoitavan henkilökunnan ja asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyönä.

4.4 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.

Sosiaalihuoltolakiin perustuva laitoshoido ollaan lopettamassa v. 2027 loppuun mennessä.

4.5 Ikääntyneiden asumispalveluihin hakeminen

4.5.1 Hakeminen lyhytaikaiseen ja tilapäiseen palveluasumiseen

Lyhytaikaiseen tai tilapäiseen palveluasumiseen oikeutetuille päätöksen tekee ikäihmisten keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen asiakasohjaaja. Asiakkailla päätös oikeudesta lyhytaikaiseen palveluasumiseen tehdään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi voidaan tehdä yhteistyössä asiakkaan ja

hänen läheisensä sekä asiakkaan hyvin tuntevan hoitotahon (ohjaaja, sairaanhoitaja) kanssa ja palvelu- ja asiakasohjauksen kesken tai asiakas- ja palveluohjauksessa. Kirjallisessa päätöksessä määritellään asiakaskohtaisesti, esim. kuinka moneen lyhytaikaishoidon vuorokauteen kuukaudessa asiakas on oikeutettu ja mille ajalle päätös on voimassa.

4.5.2 Hakeminen ikääntyneiden asumiseen asumispalveluihin

Ympärivuorokautisen palveluasumisen, yhteisöllisen asumisen tai pitkäaikaisen perhehoidon hakeminen käynnistyy asiakkaan tai omaisen ja/tai hoitoon osallistuvan yhteydenotolla asiakasohjauksen omatyöntekijälle. Huolta aiheutuu mm. siitä, että asiakas ei pärjää enää kotona /yhteisöllisessä asumisessa runsaidenkaan palveluiden turvin. Hakeminen asumispalveluihin tulee tapahtua aina yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa. Asiakkaan tilanteeseen tehdään tällöin toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja hänet hyvin tuntevan hoitotahon sekä omaisten kanssa. Ennen palvelutarpeen arviointia ja päätöksentekoa tulee asiakkaan tila olla riittävän vakaa. Palvelutarpeen arvioinnin tukena käytetään RAI toimintakyvyn arviointia sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa käytettäviä mittareita. Päätöksenteko perustuu aina asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin.

Asiakaskohtaisen palvelutarpeenarvioinnin pohjalta asiakkaan asiaa käsitellään hyvinvointialueen SAS-työryhmässä, jossa asiakasohjaaja tekee asiakkaan hakemukseen myönteisen, osittain myönteisen tai kielteisen palvelupäätöksen.

Vanhuspalvelulain (980/2012) 3. luvun 18§:n mukaan hyvinvointialueen on tehtävä päätös iäkkään henkilön kiireellisesti tarvitsemien sosiaalipalvelujen myöntämisestä kirjallisen tai suullisen hakemuksen johdosta ja järjestettävä myönnetyt 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 myönnetyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta.

4.6 Pitkäaikaisen asumispalvelun vastaanottaminen

Asiakas ja tarvittaessa hänen läheisensä voi esittää toiveensa paikkakunnasta ja/tai asumispalveluyksiköstä. Mikäli toivetta ei voida heti toteuttaa, kirjataan esitetty toive asiakassuunnitelmaan ja palvelupäätökseen ja toive toteutetaan mahdollisuuksien mukaan.

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, ilmoitus paikan vastaanottamisesta tulee tapahtua pääsääntöisesti kolmen vuorokauden kuluessa. Tämän jälkeen asiakas tai hänen läheisensä sopii asumispalveluyksikköön muuton ajankohdan. Muuton yhteydessä asiakkaan kanssa tehdään vuokrasopimus ja asiakkaan tulee hankkia muuttopäivästä alkaen palveluasumisen asuntoon kohdistuva kotivakuutus vastuuvakuutusosineen. Asumiseen tulee hakea KELAsta eläkkeensaajan asumistukea.

Jos sairaalassa tai lyhytaikaisessa hoitopaikassa oleva asiakas ei hyväksy hänelle esitettyä asumispalvelupaikkaa, 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 asumispalvelupaikkaa, hänelle tehdään kielteinen palvelupäätös tarjotusta paikasta. Asiakkaan hakemus jää edelleen voimaan. Tässä tapauksessa hänen odotusaikansa voi ylittää lain edellyttämän kolmen kuukauden määräajan.

4.7 Ikääntyneiden asumisen ja hoidon palvelutarpeen muuttuminen

Mikäli asiakkaan hoidon ja hoivan tarve muuttuu oleellisesti ennen sijoittumista asumispalveluun, arvioidaan asumispalvelun ja hoidon tarve uudelleen. Uuden palvelutarpeen arvioinnin perusteella asumispalvelun myönteinen palvelupäätös raukeaa, mikäli asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan kotiin annettavien palveluiden turvin. Jos asiakkaan ollessa jo asumispalvelussa ja hänen toimintakykynsä muuttuu oleellisesti paremmaksi tai toimintakyvyssä tapahtuu oleellista heikentymistä, arvioidaan asumispalvelun ja hoidon tarve uudelleen. Asiakkaan toimintakykyä ja tuen tarvetta arvioidaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaisten ja läheisten sekä hoitoon osallistuvien kanssa. Asiakkaalle myönnetään uuden palvelutarpeenarvioinnin perusteella hänen palvelutarpeensa mukaiset palvelut pääsääntöisesti asumispalveluiden sisällä. Asiakas voi hoidon ja palvelutarpeen muuttuessa myös muuttaa takaisin omaan kotiin, mikäli arvioidaan hänen selviytyvän kotiin tarjottavilla palveluilla.

4.8 Asuminen yksityisessä asumispalvelussa ilman hyvinvointialueen palvelupäätöstä

Mikäli asiakas on itse hakeutunut yksityisen palveluasumisen piiriin ilman hyvinvointialueen myönteistä asumispalvelun palvelupäätöstä, hänellä ei ole mahdollisuutta taloudellisiin syihin vedoten saada hyvinvointialueen järjestämää asumispalvelua ennen kuin hyvinvointialueen määrittelemät asumispalvelun myöntämisperusteet täyttyvät.

**Taulukko 1. Kotiin vietävät ja asumispalvelut –
Käytettävät RAI-arvioinnit ja niihin liittyvät prosessit**

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
Asumispalvelut – lääkkäiden lyhytaikainen asuminen -	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Osana toiminnan prosessia voidaan tarvittaessa tehdä RAI HC osittaisarviointi	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15, sisältää kaatuminen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12)), kognitiomittari (CPS_6), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), itsearvioitu mieliala (DRSSR_9), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), painoindeksi (BMI) ja läheisapua saavan tilanteessa läheisapu (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), alkoholin käytön riskimittari (AUDIT-C), terveydentilan vakaus (CHESS_5) ja kipu (PAIN_4).
Asumispalvelut – Arviointi- ja kuntoutusjakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Riippuen jakson pituudesta ja tarkoituksesta tehdään toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit interRAI HC osittaisarvioinneilla. Arviointi tehdään 2-4 viikon kuluessa asiakkuuden alkamisesta.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15, sisältää kaatuminen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12)), kognitiomittari (CPS_6), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), itsearvioitu mieliala (DRSSR_9), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), painoindeksi (BMI) ja läheisapua saavan tilanteessa läheisapu (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), alkoholin käytön riskimittari (AUDIT-C), terveydentilan vakaus (CHESS_5) ja kipu (PAIN_4).
Asumispalvelut – Omaisohitajan vapaan aikainen hoitojakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Uuden asiakkaan kohdalla iRAI HC osittaisarviointi tehdään 2-4 viikon kuluessa asiakkuuden alkamisesta.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15, sisältää kaatuminen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12)), kognitiomittari (CPS_6), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), itsearvioitu mieliala (DRSSR_9), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), painoindeksi (BMI) ja läheisapua saavan tilanteessa läheisapu (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), alkoholin käytön riskimittari (AUDIT-C), terveydentilan vakaus (CHESS_5) ja kipu (PAIN_4).
Asumispalvelut – Tilapäinen hoitojakso	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito). Osana toiminnan prosessia voidaan tarvittaessa tehdä iRAI HC osittaisarviointi tai iRAI LTCF osittaisarviointi.	Palvelutarve (MAPLe_ 5 ja _15, sisältää kaatuminen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12)), kognitiomittari (CPS_6), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), kommunikointikyky (COMM_8), kuulo- ja näkökyky (DbSI_5), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48 ja IADLC_48), itsearvioitu mieliala (DRSSR_9), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), painoindeksi (BMI) ja läheisapua saavan tilanteessa läheisapu (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan esim. masennusasteikko (DRS_12), alkoholin käytön riskimittari (AUDIT-C), terveydentilan vakaus (CHESS_5) ja kipu (PAIN_4).
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	Kognitiomittari (CPS_6), suoriutuminen arkitoiminnoissa (ADL ja IADL -mittarit). Lisäksi kokonaisarvioinnista ja MNA arvioinnista muodostuvat muut mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tuen, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä asiakkaan tullessa kotoa hyödynnetään mm. seuraavia

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
	välein ja voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	tuloksia: MAPLe \geq 3, IADLP \geq 30, ADLH <5, CPS \leq 3. Lisäksi huomioidaan seuraavien mittareiden tuloksia: ABS, AUDIT-C, DRS, DRSSR, SOCWD, CHESS ja DIVERT – mittarituloksia.
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 hoitajakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein tai ja 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 kokonaisarviointista ja MNA arvioinnista muodostuvat muut mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tuen, hoidon ja palveluiden suunnittelua. Päätöksenteon tukena palvelun myöntämisessä asiakkaan tullessa kotoa hyödynnetään mm. seuraavia tuloksia: MAPLe \geq 4, IADLP=48, ADLH \geq 4, CPS \geq 3. Lisäksi huomioidaan seuraavien mittareiden tuloksia: ABS, AUDIT-C, DRS, DRSSR, SOCWD, CHESS ja DIVERT – mittarituloksia.
Ympäri vuorokautinen asuminen – Erityismuistiyksikkö	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito, asumispalvelut). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI-LTCF osittaisarviointi ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään 3kk ja 6kk välein ja 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 muut mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tuen, 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 laitonasuminen	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kotihoito, ympärivuorokautinen palveluasuminen). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI LTCF: <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.	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 \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)

	RAI HC	RAI LTCF	Mittareiden arvojen selitteet
MITTARIT			
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot hierakkinen, ADL-H 0-6	x	x	Itsenäinen (0), Ohjauksen tarvetta (1), Tarvitsee rajoitetusti apua (2), Tarvitsee runsaasti apua (3-4), Autettava (5), Täysin autettava (6). Tunnistetaan, missä päivittäisissä perustoiminnoissa henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on tuen tai avun tarvetta. Tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittari sisältää seuraavat ADL-toiminnot: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, wc:n käyttö ja syöminen.
Arkisuoriutuminen, perustoiminnot laaja, ADLLF/ADL-L, 0-28	x	x	Tunnistetaan, missä päivittäisissä toiminnoissa (ADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on tuen tai avun tarvetta. Tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittari sisältää seuraavat ADL-toiminnot: henkilökohtainen hygienia, pukeutuminen, liikkuminen, wc:n käyttö, liikkuminen vuoteessa ja syöminen.
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, suoriutuminen, IADLP 0-48	x		Tunnistetaan, missä välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on tuen tai 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. Mittari sisältää seuraavat IADL-toiminnot: aterioiden valmistus, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen, puhelimen käyttö, portaissa kulku, ostoksilla käynti ja kuljetukset.
Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, oletettu suoriutumiskyky, IADLC 0-48	x		Tunnistetaan, missä välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on tuen tai 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. Mittari sisältää samat IADL-toiminnot kuin IADLP mittarissa
Arkisuoriutuminen, perus- ja välinetoiminnot, yhdistetty, FHIER 0-11	x		Tunnistetaan, missä päivittäisissä (ADL) ja välineellisissä arkitoiminnoissa (IADL) henkilöllä on voimavaroja ja missä hänellä on tuen tai avun tarvetta. Näitä tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittari sisältää seuraavat ADL- ja IADL-toiminnot: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, wc:n käyttö, syöminen, aterioiden valmistus, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen ja ostoksilla käynti.
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). Mittarin avulla tunnistetaan mm. millainen on henkilön kyky tehdä päivittäisissä tilanteissa päätöksiä. Mittari sisältää myös tietoa lähimuistin tilasta ja ymmärretyksi tulemisesta. 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 (28). Mittarin avulla tunnistetaan mm. millainen on henkilön kyky tehdä päivittäisissä tilanteissa päätöksiä. Lisäksi mittari ottaa huomioon IADL-toiminnoista raha-asoiden hoito ja lääkityksestä huolehtiminen sekä ADL toiminnoista kävelemisen.
Sosiaalinen osallistuminen, RISE 0-6		x	Vähäinen sosiaalinen osallistuminen (0). Mitä suurempi arvo on, sitä enemmän henkilöllä on osallisuuden tunnetta, osallisuuteen liittyviä myönteisiä kokemuksia ja osallisuuden määrää.
Sosiaalinen vetäytyminen, SOCWD 0-12	x		Tunnistetaan henkilön mielialaan liittyvien negatiivisten oireiden ilmenemistä. Mitä suurempi mittarin arvo on, sitä enemmän ilmenee sosiaaliseen vetäytymiseen liittyviä oireita, kuten mielihyvän kokemuksen puutetta, vetäytymistä kiinnostuksen kohteista, motivaation puuttumista ja vähentynyttä sosiaalista kanssakäymistä.
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). Tunnistetaan henkilön kykyä ilmaista tarpeita, pyyntöjä, mielipiteitä ja osallistua keskusteluun. Mittari huomioi myös henkilön kykyä vastaanottaa ja ymmärtää viestejä
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). Tunnistetaan, onko henkilöllä käyttäytymiseen liittyvää oireilua, kuten esim. muita häiritsevää käyttäytymistä, aggressiivisuutta tai hoitotoimissa vastustelua.
Masennuksen oiremittari, DRS 0-12	x	x	Ei masennusta (0-2), Masennusepäily, kohtalaisesti oireita (3-8), Masennusepäily, runsaasti oireita (9-12). Tunnistetaan, onko henkilöllä masennukseen viittaavaa oireilua, kuten esim. surullisuutta, huolenaiheita, pelonilmaisuja. kielteisiä ilmaisuja.
Itsearvioitu mieliala, DRSSR 0-9	x	x	Itsearvioitu mieliala hyvä (0), Kohtalainen (1-3), Huono (4-6), Erittäin huono (7-9). Tunnistetaan henkilön omaa arviota mielialasta.
Palvelutarveluokitus, MAPLe 1-5	x		Vähäinen (1), Lievä (2), Kohtalainen (3), Suuri (4), Erittäin suuri (5). Mittarin arvo muodostuu seitsemästätoista yksittäisestä kysymyksestä, kahdesta mittarista, geriatrisen seulonnan tuloksesta ja herätteestä, joka kuvaa ympärivuorokautiseen asumiseen siirtymisen riskitekijöitä. Palvelutarveluokka mittari huomioi merkittävän määrän erilaisia tekijöitä, joilla on vaikutusta tuen, avun ja palveluiden tarpeeseen. Mittarin avulla

			voidaan tunnistaa, mitkä tekijät vaikuttavat kotona pärjäämiseen ja millaisia voimavaroja henkilöllä on.
Palvelutarveluokitus, hienojakoinen, MAPLe 1-15	x		Vähäinen (1), Lievä (2), Kohtalainen (31-33), Suuri (41-46), Erittäin suuri (51-54). Mittarin arvo muodostuu kahdeksastatoista yksittäisestä kysymyksestä, kahdesta mittarista, geriatrisen seulonnan tuloksesta ja herätteestä, joka kuvaa ympärivuorokautiseen asumiseen siirtymisen riskitekijöitä. Palvelutarveluokitus huomioi merkittävän määrän erilaisia tekijöitä, joilla on vaikutusta tuen, avun ja palveluiden tarpeeseen. Mittarin avulla voidaan tunnistaa, mitkä tekijät vaikuttavat kotona pärjäämiseen ja millaisia voimavaroja henkilöllä on.
Päivystyskäyntitarpeen riski, DIVERT 1-6	x	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, viisiluokkainen, PAIN 0-4	x	x	Ei kipuja (0), Harvemmin kuin päivittäin (1), Päivittäin kohtalainen kipu (2), Päivittäin vaikea kipu (3), Päivittäin sietämätön kipu (4). Mittari huomioi kivun esiintymistiheyttä ja voimakkuutta.
Terveyden vakausmittari, CHES 0-5	x	x	Terveyden vakaus hyvä (0), Heikentynyt (1), Lievästi epävaka (2), Kohtalaisen epävaka (3), Varsin epävaka (4), Erittäin epävaka (5). Mittarin avulla tunnistetaan, miten vakaa tai epävaka henkilön terveys on. Mittari sisältää mm. hengenahdistus, alaraajojen turvotus, painonpudotus, kuivuminen, vähäiset neste- tai ruuan määrät, toimintakyvyn heikentyminen (kognitio, ADL-toiminnot), loppuvaiheen sairaus.
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). Painehaavan riskimittari huomioi erilaisia tekijöitä, kuten kipu, painonpudotus, aiempi painehaava.
Kaatumisriski, FALLS 0-3	x	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). Mittarin avulla tunnistetaan aiempia kaatumistapahtumia ja sitä kautta kaatumisriskiä.
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).
Mittari poistumisturvallisuuden arviointiin kotihoidossa, EVAC 1-9	x		Matala riski (1), Keskitason riski (2-4) ja Korkea riski (5-9). Mittarilla voidaan arvioida toimintakyvyltään rajoittuneen henkilön poistumisturvallisuutta. Mittari perustuu paloturvallisuusasiantuntijan arvioihin kotihoidon asiakkaiden poistumiskyvystä 2-3 minuutissa tulipalon sattuessa. Mittari sisältää mm. pukeutuminen, liikkuminen, portaissa kulku, puhelimen käyttö.

HERÄTTEET (CAPs = Clinical Assessments Protocols)			
Fyysisen toiminnan edistäminen, PACTIV 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan asiakkaat, joiden fyysisen aktiivisuuden taso on alhainen esim. ovat fyysisesti aktiivisia alle kaksi tuntia kolmessa vuorokaudessa. Herätteen tulos 1 ohjaa lisäämään toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä toimia.
Arjen välinetoiminnot, IADL 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan asiakkaat, joilla on kykyä ja kiinnostusta suoriutua itsenäisemmin välinetoiminnoista (IADL). Herätteen tulos 1 ohjaa IADL-toimintoihin liittyvien kuntouttavien toimien lisäämiseen.
Arjen perustoiminnot, ADL 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Toipumisen edistäminen (2). Heräte kuvaa asiakkaan itsenäistä suoriutumista perustoiminnoissa ja auttaa tunnistamaan perustoimintoja (ADL) tukevien tai edistävien toimintamallien käyttöönottamista.
Fyysinen rajoittaminen, RESTR 0-2		x	Ei herätettä (0), ADL-toimintakykyä vähän (1), ADL-toimintakykyä on (2). Tunnistetaan asiakkaat, joiden liikkumista on fyysisesti rajoitettu ja arvioidaan sekä toteutetaan vaihtoehtoisia toimintamalleja.
Kotiympäristön esteettömyys, ENVIR 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan kotiympäristössä esiintyviä riski- ja vaaratekijöitä. Herätteen tulos 1 ohjaa arvioimaan ja vaikuttamaan esim. kotiympäristön esteettömyyteen.
Ympäri vuorokautiseen hoivaan joutumisriskin, RISK 0-1	x		Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan asiakkaita, joilla on kohonnut riski joutua ympärivuorokautiseen palveluasumiseen esim. fyysisen toimintakyvyn, muistin, päätöksenteon tai terveydentilan epävakauden tai heikentymisen vuoksi ja pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi esille nousseisiin riskitekijöihin.
Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen, COGNIT 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Seuranta (1), Heikkenemisen ehkäiseminen (2). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan kognitiivisen tilan tekijöihin, jotka voivat vaikeuttaa mm. turvallista ja itsenäistä päätöksentekoa päivittäisissä tilanteissa.
Sekavuus, DELIR 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan akuutin sekavuustilan oireisiin.
Kommunikaatio, COMMUN 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Toipumisen edistäminen (2). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan esim. kommunikaatiokyvyn heikkenemiseen.
Mieliala, MOOD 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily ongelmasta (1), Vahva epäily ongelmasta (2). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan mielialaan liittyviin ongelmiin.
Käyttäytyminen, BEHAV 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vähentää päivittäisiä käytösoireita (2). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan käyttäytymiseen liittyviin oireisiin.
Harrastukset, ACTIV 0-1		x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan asiakkaat, joilla on kognitiivista toimintakykyä, mutta ovat esim. vetäytyneet harrastuksista. Tavoitteena on löytää toimintamalleja, joiden avulla voidaan auttaa asiakkaita lisäämään aktiivisuutta.
Lähisuhdeväkivalta, ABUSE 0-2	x		Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2). Tunnistetaan asiakkaita, jotka ovat alttiita väkivallalle tai laiminlyönnille sekä pyritään vähentämään riskiä altistua esim. henkiselle tai fyysiselle väkivallalle.
Sosiaaliset suhteet, SOCFUNC 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan mm. yksinäisyyden kokemusta, sosiaalisen aktiivisuuden muuttumista ja pyritään vaikuttamaan arjen mielekkyyden kokemuksen vahvistumiseen.
Kaatumiset, FALLS 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Pieni todennäköisyys (1), Suuri todennäköisyys (2). Tunnistetaan kaatumisia ja niihin liittyviä riskitekijöitä sekä pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi kaatumisiin.

Kipu, PAIN 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Kohtalainen puuttumisen tarve (1), Suuri puuttumisen tarve (2). Tunnistetaan kipua ja hoidetaan kivun taustalla olevia syitä, lievitetään kärsimystä ja optimoidaan kykyä suorittaa arjen perustoimintoja sekä elää aktiivista sosiaalista elämää.
Painehaavat, PULCER 0-3	x	x	Ei herätettä (0), Painehaavan riskitekijöitä (1), 1.asteen painehaava (2), Vähintään 2.asteen painehaava (3). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan tekijöihin, jotka voivat edistää painehaavan muodostumista.
Sydän- ja hengityselimistön sairaudet, CARDIO 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan oireet ja tutkimisen sekä hoidon tarve.
Aliravitseminen, NUTR 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2). Tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan aliravitsemuksen riskiin ja mahdollisiin aliravitsemuksen aiheuttamiin ongelmiin.
Elimistön kuivuminen, DEHYD 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Lievä epäily (1), Vahva epäily (2). Auttaa tunnistamaan tarkemman kuivumisen tilanteen arviointitarvetta.
Tupakointi ja alkoholin käyttö, ADD 0-1	x	x	Ei herätettä (0), Heräte laukeaa (1). Tunnistetaan alkoholin riski- ja ongelmakäyttöä ja tupakointiin liittyvää ongelmaa. Annetaan asianmukaista neuvontaa, tukea ja hoitoa.
Virtsanpidätyskyky, URIN 0-3	x	x	Ei herätettä – heikko päätöksentekokyky (0), Ei herätettä – pidätyskykyinen (1), Rakonhallinnan heikkenemisen ehkäiseminen (2), Rakonhallinnan edistäminen (3). Virtsanpidätyskyvyttömyyden tunnistaminen ja mahdollisiin syihin vaikuttaminen.
Suolen toiminta, BOWEL 0-2	x	x	Ei herätettä (0), Heikkenemisen ehkäiseminen (1), Suolen toiminnan edistäminen (2). Suolen toiminnan ongelmien tunnistaminen ja mahdollisiin syihin vaikuttaminen.

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

LÄHTEET:

[RAI-järjestelmän mittareita - THL](#)

RAIsoft interRAI HC ja LTCF Mittarikäsikirja