



KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE

Keski-Suomen hyvinvointialue

Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet
1.1.2024 alkaen

Sisällys

1 Johdanto.....	3
2 Palvelutarpeen arviointi ja palvelujen järjestäminen	3
3 RAI arviointivälineistö	5
4 Ikääntyneiden ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki	7
4.1 SENIORIN HYVINVOINTINEUVOLA	7
4.2. IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINNAN PALVELUT.....	7
4.2.1 Kuntouttava päivätoiminta.....	7
4.2.2 Omaishoidon päivätoiminta	8
4.2.3 Etäpäivätoiminta.....	9
4.2.4 Hygieniapalvelu.....	9
4.2.5 Kuljetus päivätoimintaan.....	10
4.2.6 Omaehtoinen kuntosaliharjoittelu	10
5 Kotiin annettavat tukipalvelut	10
5.1 ATERIAPALVELU	10
5.2 TURVA-AUTTAJAPALVELU	11
5.3 SIIVOUSPALVELU	12
5.4 VAATEHUOLTO.....	13
5.5 ASIOINTIPALVELU	13
5.6 HARKINNANVARAINEN SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN KULJETUSPALVELU	14
6 Kotihoito.....	15
6.1 TILAPÄINEN KOTIHOITO	18
6.2 KOTIHOIDON KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO	18
6.3 SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO	19
6.4.1 Kotihoidon sisältö:	19
6.4.2 Etähoiva	21
6.4.3 Lääkeautomaatit	22
6.4.4 Kotihoidon yöhoito	22
6.4.5 Tehostettu kotikuntoutus.....	23
7 Kotiin annettavien palvelujen uudelleen arviointi.....	23
Taulukko 1. Kotiin vietävät ja asumispalvelut –.....	25
Käytettävät RAI-arvioinnit ja niihin liittyvät prosessit	25
TAULUKKO 2.	28
INTERRAI HC JA LTCF MITTARIT JA HERÄTTEET	28

1 Johdanto

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

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

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

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

2 Palvelutarpeen arviointi ja palvelujen järjestäminen

Hyvinvointialueen toiminta perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja -asetukseen (607/83), Kansanterveyslakiin (kansanterveysterveyslaki 66/72), terveydenhuoltolakiin (1326/2010), lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012, päiv. 11/2020) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton antamaan Laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020- 2023 (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 kotihoidon ja tukipalveluiden piiriin keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen kautta. Keskitetyssä asiakas- ja palveluohjauksessa kartoitetaan asiakkaan toimintakyky ja arvioidaan asiakkaan palvelutarve. Mikäli asiakas täyttää palveluiden myöntämisen perusteet, asiakkaalle aloitetaan palvelut. Jos asiakas ei täytä palvelun myöntämisen perusteita, asiakasta ohjataan käytettävissä olevista yksityisistä palveluista tai järjestötoiminnasta.

Palvelujen tuottamisen pääpaino on ennakoivassa toiminnassa, toimintakykyä tukevassa toiminnassa, kotona asumisessa sekä kotiin annettavissa palveluissa. Kotona asuminen on ensisijainen vaihtoehto. Se mahdollistetaan asiakkaiden neuvonnalla ja palveluohjauksella sekä riittävillä ja oikea-aikaisilla palveluilla. Tavoitteena on siirtää mahdollisemman pitkälle raskaamman eli ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta asiakkaan elämässä. Kuntoutus ja kotikuntoutus sekä lyhytaikaishoito tukevat kotona selviytymistä. Tiivis yhteistyö kuntoutuksen, terveyspalvelujen, kotisairaalan ja ensihoidon kanssa tukevat osaltaan keskisuomalaisten kotona pärjäämistä. Kotihoito sekä tukipalvelut suunnataan asiakkaille, joiden palvelutarve on säännöllistä sekä toistuvaa.

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

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

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

Keski-Suomen hyvinvointialueella kehitetään kotona asumisen tukemista myös muiden palvelualueiden ja toimialueiden kanssa. Kunnissa olevilla senioriasumismalleilla vastataan joustavasti ikääntyneiden palvelutarpeisiin ja tuetaan yhteisöllisyyttä ja turvallista asumista. Kuntien sivistyksen toimialueiden kanssa erityisesti liikunnallisten ja kulttuuristen toimintojen kehittäminen tukee kotona asuvien toimintakykyä.

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

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

3 RAI arviointivälineistö

Hyvinvointi-alueen käytössä on asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin RAI-arviointivälineistö (Resident Instrument Assessment).- 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 ja kotona asumista tukevista palveluista ja interRAI-LTCF-järjestelmää käytetään asumisen palveluissa. Järjestelmiä 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 toimintakykynsä tilannetta 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 tarpeen mukaisesti. 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 ja asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa. Käyttökokemuksen myötä arvioidaan osittaisarvioinnin sisältöä ja riittävyttä. Täydennysosioina hyvinvointialueella säännöllisissä palveluissa ovat käytössä mm. MNA (Mini Nutritional Assessment) asiakkaiden ali- ja virheravitsemuksen tunnistamiseen ja seurantaan sekä seurantaan sekä interRAI CHA-MH (Mental Health) mielenterveysongelmien laajaan kartoitukseen.

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 kognitio (sisältäen päivittäinen päätöksenteko, muisti, ilmaiskyky) 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 ADLFF 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 mittari.

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 hengityselimistöön 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 elämänalueella 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 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 ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki

4.1 Seniorin hyvinvointineuvola

Seniorin hyvinvointineuvola tarjoaa ikääntyneille matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta sekä ennaltaehkäiseviä, kokonaisvaltaisia, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluita.

Seniorin hyvinvointineuvolan toimintaan sisältyy hyvinvointitapaamisia- ja tarkastuksia, matalan kynnyksen terveys- ja hyvinvointineuvontaa sekä -ohjausta ja jalkautumista eri kohtaamispaikkoihin. Tukea ikääntyneet saavat sairaanhoitajalta myös sähköiseen asiointiin.

4.2. Ikääntyneiden päivätoiminnan palvelut

Ikääntyneiden päivätoiminnan palvelut on tarkoitettu kotona asuville ikääntyneille, joiden toimintakyky on alentunut ja arjessa suoriutumisen ja/tai osallistumisen mahdollisuudet ovat heikentyneet. Kuntouttava päivätoiminta, päivätoiminta ja etäpäivätoiminta ovat tavoitteellista ja määrääikaista, yksilöllisesti asiakkaan toimintakykyä tukevaa toimintaa, joka toteutetaan ryhmäohjauksen keinoin.

Ennen päivätoiminnan palvelujen aloittamista on asiakkaan mahdollista tehdä tutustumiskäynti päivätoimintaan sovittuna aikana. Tällöin matka tehdään omakustanteisesti.

4.2.1 Kuntouttava päivätoiminta

Kuntouttavan päivätoiminnan myöntämisen edellytyksenä on, että asiakas hyötyy ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta ja hän kykenee sitoutumaan tavoitteelliseen harjoitusjaksoon. Kuntouttava päivätoiminta sisältää asiakkaan toimintakykyä tukevaa ryhmätoimintaa, esim. liikuntaa, ulkoilua ja erilaisia

toimintatuokioita. Tärkeänä osana on sosiaalinen kanssakäyminen ja vertaistuki. Palvelu sisältää lounasruokailun.

Palvelun myöntämisessä hyödynnetään palvelutarpeen arvioinnista sekä toimintakyvyn arvioinnista (RAI) saatua tietoa. Palvelu on määräaikaista ja se myönnetään kuuden (6) kuukauden jaksoksi. Yksilöllisen harkinnan mukaan voidaan myöntää toinen kuuden (6) kuukauden jakso ja asiakkaan hyötyessä kuntouttavasta päivätoiminnasta voidaan myöntää uudestaan kuuden (6) kuukauden jakso.

Kuntouttavan päivätoiminnan päivän kesto on kerran viikossa neljä tuntia ja sisältää ruokailun. Kuntouttava päivätoiminta sisältää asiakkaan toimintakykyä tukevaa ryhmätoimintaa, esim. liikuntaa, ulkoilua ja erilaisia toimintatuokioita. Tärkeänä osana on sosiaalinen kanssakäyminen ja vertaistuki. Ryhmien koot yleisesti n. 8–12 asiakasta. Kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaille tehdään toimintakyvyn alku- ja seuranta-arvioinnit.

Palvelua voidaan myöntää asiakkaille:

- joiden toimintakyky on heikentynyt terveydentilan muutoksen, sairastumisen tai sairaalajakson jälkeen
- joiden liikuntakyky, lihasvoima tai tasapaino on heikentynyt ja kaatumisen riski on kasvanut
- joiden kotona selviytymisen edellytykset ovat heikentyneet toimintakyvyn laskun myötä tai riskinä on kotihoidon aloitus tai kotihoidon käyntien lisääntyminen
- joiden läheisverkostot ja sosiaaliset kontaktit ovat vähäiset tai heikot
- tueksi elämän muutostilanteissa, esim. leskeytyneet, joilla riski jättäytyä kotiin

Palvelua ei voida myöntää:

- Asiakas ei hyödy ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta eikä kykene sitoutumaan ryhmämuotoiseen tavoitteelliseen toimintaan sovitusti
- Jos asiakkaan toimintakyky on alentunut niin että ei pysty toimimaan ohjattuna ryhmässä
- Asiakas tarvitsee jatkuvaa ohjausta ja valvontaa tai runsaasti fyysistä tai psyykkistä hoivaa päivän aikana
- Asiakas kykenee osallistumaan itsenäisesti kuntien, järjestöjen yms. järjestämiin toimintoihin, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön antaman ohjauksen ja kuntoutuksen tarvetta
- Asiakas käyttäytyy sosiaalisia ryhmätilanteita häiritsevästi toistuvasti

4.2.2 Omaishoidon päivätoiminta

Omaishoidon päivätoiminta on tarkoitettu omaishoidettaville ikääntyneille tai omaishoitoa vastaavassa tilanteessa oleville. Päivätoiminta tukee ikääntyneiden toimintakykyä ja kotona asumista sekä omaishoitajan jaksamista arjessa.

Päivätoiminta sisältää asiakkaan toimintakykyä tukevaa ryhmätoimintaa, esim. liikuntaa, ulkoilua ja erilaisia toimintatuokioita. Tärkeänä osana on sosiaalinen kanssakäyminen ja vertaistuki. Palvelu sisältää lounasruokailun.

Palvelun myöntämisessä hyödynnetään palvelutarpeen arvioinnista sekä toimintakyvyn arvioinnista (RAI) saatua tietoa. Palvelu on määräaikaista. Palvelu myönnetään yhden (1) vuoden määräajaksi, jonka jälkeen/aikana palvelua uudelleenarvioidaan yhteistyössä päivätoiminnan henkilöstön kanssa. Päivätoiminnan päivän kesto on kerran viikossa neljä tuntia ja sisältää lounasruokailun.

Palvelua voidaan myöntää asiakkaille:

- jotka pystyvät toimimaan ohjattuna ryhmässä

- joiden voimavarat riittävät useamman tunnin kestävään päivätoiminnan käyntiin
- jotka pystyvät toimimaan pääosin sanallisen ohjauksen turvin

Palvelua ei voida myöntää:

- Asiakas ei hyödy ryhmämuotoisesta toiminnasta runsaan ohjauksen tarpeen vuoksi
- Asiakas tarvitsee jatkuvaa ohjausta ja valvontaa tai runsaasti fyysistä hoivaa päivän aikana
- Asiakkaan voimavarat eivät riitä ryhmämuotoiseen toimintaan ja päiväkeskuspäivään

4.2.3 Etäpäivätoiminta

Etäpäivätoiminta on tavoitteellista, ääni- ja videovälitteistä pienryhmätoimintaa, jota suunnataan palvelutarpeen arvioinnin perusteella ikääntyneille tai omaishoitajille, joilla ilmenee psykososiaalisen tuen tarvetta. Etäpäivätoiminnan myöntämisen edellytyksenä on, että asiakas hyötyy ryhmämuotoisesta toiminnasta ja hän kykenee sitoutumaan tavoitteelliseen harjoitusjaksoon. ~~Kuntouttavan~~ Etäpäivätoiminnan asiakkaan toimintakyvyn tulee olla riittävä kyetäkseen osallistumaan ryhmään teknologiavälitteisesti. Asiakkaan toimintakyky (liikuntakyky, näkö, kuulo sekä muisti ja kognitio) tulee olla sellainen, että hän kykenee toimimaan sanallisella ohjauksella ja osallistumaan ryhmään.

Toiminta on määräaikaista 3 kuukauden jaksoissa myönnettävää palvelua, uudet ryhmät alkavat 3 kuukauden välein. Toimintapäiviä on yksi (1) kertaa viikossa 1,5 tunnin ajan. Ryhmäkokoo on 4–5 asiakasta. Yksilöllisen harkinnan mukaan voidaan myöntää toinen kolmen (3) kuukauden jakso.

Mikäli asiakkaan palvelu päättyy ensimmäisen kuukauden aikana, voidaan hänen tilalleen ottaa uusi asiakas. Ensimmäisen kuukauden jälkeen ryhmätoiminta jatkuu suljettuna ryhmänä.

Etäpäivätoimintaa voidaan myöntää asiakkaille

- jotka kokevat itsensä yksinäisiksi
- joiden läheisverkostot ja sosiaaliset kontaktit ovat vähäiset
- joiden kotona selviytymisen edellytykset ovat vaarantuneet toimintakyvyn laskun myötä
- jotka toimivat omaishoitajina ja kokevat arjessa sekä väsymystä että vertaistuen puutetta liittyen omaishoitajuuteen
- jotka ovat etähoivan asiakkaita
- joilla ei ole muita säännöllisiä palveluja

4.2.4 Hygieniapalvelu

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

Palvelua järjestetään enintään kerran viikossa.

- peseytyminen kotona vie kohtuuttomasti aikaa esim. puulämmitteinen sauna/pesutila.
- liikunta- tai muu toimintakykyrajoite eikä peseytyminen kotona onnistu
- asiakkaille, joilla ei ole kotona pesutiloja tai ne ovat esteelliset, eikä fysioterapeutin toimesta tai muutostöiden kautta löydy tilojen turvalliseen käyttöön ratkaisua
- asiakkaan peseytyminen ei muuten toteudu lainkaan, josta aiheutuu terveydellistä haittaa (esim. muistisairas, mutta suostuu saunaan)

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

4.2.5 Kuljetus päivätoimintaan

Tarvittaessa järjestetään edestakainen kuljetus asiakkaan kotoa päivätoimintaan. Kuljetuspalvelusta peritään erillinen maksu. Mikäli asiakas haluaa tutustua etukäteen päivätoimintaan, kyyti järjestettävä omakustanteisesti.

Päivätoimintaan järjestetään edestakainen kuljetus asiakkaan kotoa, mikäli:

- muutoin matka päivätoimintaan ei toteudu
- asiakas tarvitsee liikkumisessa apua/apuvälineen liikkumiseen
- asiakas kykenee olemaan taksimatkan ajan rauhallinen, ei ahdistu tai muutu levottomaksi ja pyri liikkumaan taksissa tai poistumaan taksista

4.2.6 Omaehtoinen kuntosaliharjoittelu

Omaehtoinen kuntosaliharjoittelu on itsenäistä kuntosaliharjoittelua päivätoiminnan tiloissa, joista löytyy kuntosali. Palvelusta peritään lukukausimaksu kaksi kertaa vuodessa. Omaehtoinen kuntosaliharjoittelu ei ole ryhmätoimintaa, ei kuulu ryhmäkuljetuksen piiriin.

5 Kotiin annettavat tukipalvelut

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

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

5.1 Ateriapalvelu

Tukipalveluna toimitetaan asiakkaalle valmiita aterioita kotiin Menumatilla tai kotiin kuljetetulla aterialla. Ateriapalvelun toteuttamisen edellytyksenä on asiakkaan avaimen toimittaminen / avainboxi /sähköinen ovenavaus ateriankuljettajille.

Kotiin toimitettu ateriapalvelu voidaan myöntää seuraavilla perusteilla:

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

Ateriapalveluna asiakkaalle voidaan myöntää ateriakuljetuksen sijasta myös Menuumat -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. Menuumat vahvistaa asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä ja siihen on sisäänrakennettuna myös kuntouttava näkökulma.

5.2 Turva-auttajapalvelu

Turva-auttajapalvelu on tarkoitettu ikääntyneille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille kotona asumisen tueksi. Palvelun avulla asiakkaat saavat apua hätätilanteissa ympäri vuorokauden. Päätös palvelusta perustuu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja palvelun myöntämisen perusteisiin.

Turva-auttamispalvelun avulla asiakas saa apua äkilliseen avuntarpeeseen, kuten:

- kaatuminen
- sairaskohtaukset
- yleistilan heikkeneminen
- huimaus
- pahoinvointi

Hoidon tarpeen arviointia tehdään puhelimesta ja arvion mukaan turva-auttaja tekee kotikäynnin. Kaikki hälytykset eivät johda kotikäyntiin, vaan apu voi olla myös puhelimesta annettua ohjausta ja neuvontaa. Turva-auttajapalvelu ei ole tarkoitettu korvaamaan asiakkaan säännöllistä avun tarvetta. Asiakkaan säännöllinen avun tarve myönnetään kotihoitona. Turva-auttajapalvelun tarkoituksena on tukea ja vahvistaa asiakkaan turvallisuutta ja itsenäistä kotona selviytymistä.

Turvapuhelimeen sisältyy turvapuhelinlaite ja yksi hälytysranneke tai paikantava GPS-ranneke (aluerajauksella + lukittavalla rannekkeella tai ilman aluerajausta normaalilla rannekkeella). Hälytysten vastaanottokeskuksessa vastaanotetaan turvapuhelinrannekkeesta tehdyt hälytykset ja arvion perusteella asiakkaan kotiin tehdään auttamiskäynti. Turva-auttajapalvelun aloittaminen vaatii avaimen luovuttamisen Turva-auttajapalvelulle/avainboxin/sähköisen ovenavauksen.

Lisälaitteet

Turvapuhelimen lisälaitteita ovat lisäranneke, ovihälytin, savu- /palovaroitin, häkähälytin, ulkoinen äänenvahvistin tms. vammaispainike ratkaisu hälyttimeen ja kaatumisanturi. Lisälaitteet myönnetään

palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Ovihälytin ajastetaan olemaan päällä tietty aika vuorokaudesta, esimerkiksi yöaikaan. Jos asiakkaan tilanne vaatii hetkellisesti tarkempaa seuraamista esim. asiakkaan muistin heikentymisen tai muun palvelutarpeen arvioinnin perusteella, voidaan ovihälytin määräaikaaisesti ajastaa päälle 24 h/vrk korkeintaan kahdeksi viikoksi. Myös lisälaitteista hälytys lähtee automaattisesti hälytysten vastaanottokeskukseen.

Turvapuhelin 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

Palveluiden uudelleen arviointi

- toimintakyvyn muutos, eikä turvapalvelua koeta enää tarpeelliseksi
- pitkälle edennyt muistisairaus, jolloin asiakas ei enää osaa tehdä hälytystä
- jos hälytyksiä tulee runsaasti tai vuoteen ei ole tullut yhtään hälytystä
- laitetta käytetään väärin tarkoituksiin
- turvapalvelun laitteita toistuvasti rikotaan tahallisesti

Asiakkaan palvelutarve ja palvelun saamisen edellytykset tarkistetaan asiakkaan tilanteen oleellisesti muuttuessa tai vähintään kerran vuodessa.

5.3 Siivouspalvelu

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

Hyvinvointialue järjestää tarvittaessa siivouspalvelun ostopalveluina ja/tai-palvelusetelillä Asummasta siivotaan tilat, joissa oleskellaan: pääsääntöisesti käytössä oleva makuuhuone, keittiö, olohuone, eteinen ja wc. Siivouspalveluun kuuluu kodin ylläpitosiivous 1 kerta/kk (2 tuntia/ kerta, ylläpitosiivous pitää sisällään lattioiden imuroinnin ja kosteapyyhinnän sekä mattojen imuroinnin, wc tilojen/kylpyhuoneen ja keittiön siivouksen sekä roskien viennin ja pölyjen pyyhinnän). Ei sisällä kaappien ja hyllyjen siivousta, mattojen vientiä ulos eikä ikkunoiden pesua.

Siivouspalvelujen myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa. Siivouspalvelun myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa, viitteellisinä tulorajoina katsotaan enintään 1233,79 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määritty myöhemmin) kuukaudessa ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2467.58 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määritty myöhemmin) kuukaudessa ja yhteenlasketut talletukset yksin asuvalla enintään 1000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 2000 €. Erityisin perustein voidaan palvelua myöntää tulorajat ylittävälle asiakkaille. Erityisperusteina voidaan katsoa muun muassa, jos asiakas joutuu hakemaan toimeentulotukea siivouksen hankkimiseksi. Siivouspalvelu on asiakkaan arkea tukevaa toimintaa.

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

ohjattuna osallistua tai suoriutua siivouksesta, palveluiden suunnittelussa tuetaan ensisijaisesti asiakkaan osallisuutta arkitoimintoihin järjestämällä asiakkaalle esimerkiksi ohjausta ja tukea itsenäisen suoriutumisen ja kuntoutumisen tueksi muiden palveluiden avulla.

5.4 Vaatehuolto

Ensisijaisesti asiakkaita ohjataan hankkimaan palvelu pesulasta tai muilta palveluntarjoajilta. Tarvittaessa hyvinvointialue järjestää vaatehuollon ostopalveluna ja/tai palvelusetelillä. Vaatehuollolla tarkoitetaan pyykinpesua, vaatteiden ripustamista ja viikkaamista. Kotihoidon asiakkaiden pyykkiapu määritelty kotihoidon sisällössä.

Vaatehuollon myöntämisessä sovelletaan varallisuusharkintaa, viitteellisinä tulorajoina katsotaan enintään 1233,79 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2467.58 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja yhteenlasketut talletukset yksin asuvalla enintään 1000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 2000 €. Vaatehuoltoa voidaan järjestää tukipalveluna, jos henkilö ei toimintakykynsä vuoksi itse selviydy vaatehuollon tehtävistä eikä lähipiirillä ole mahdollisuutta tässä auttaa tai henkilöllä ei ole asianmukaisia välineitä vaatehuoltoon. Jos asiakas voi ohjattuna osallistua tai suoriutua vaatehuollosta, palveluiden suunnittelussa tuetaan ensisijaisesti asiakkaan osallisuutta arkitoimintoihin järjestämällä asiakkaalle esimerkiksi ohjausta ja tukea itsenäisen suoriutumisen ja kuntoutumisen tueksi muiden palveluiden avulla.

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä arvioidaan vaatehuollon tuottamisen tapa huomioiden, onko asiakkaalla pyykkikonetta tai ei. Vaatehuolto toteutetaan asiakkaan asunnossa

asiakkaan omalla pyykkikoneella tai yhteiskäytössä olevassa pyykkituovassa siivouksen yhteydessä. Mikäli asiakkaalla ei ole käytössä pyykkikonetta tai yhteiskäytössä olevaa pyykkituovaa, hyvinvointialue huolehtii vaatehuollon järjestämisestä asiakaskohtaisesti. Käytännön toteuttamisen mahdollisuudet huomioidaan palveluita suunniteltaessa, sekä käytetään harkintaa palvelua myönnettäessä.

5.5 Asiointipalvelu

Asiointipalvelu järjestetään hyvinvointialueella ostopalveluna ja/tai palvelusetelillä.

Asiointiapuun luetaan mukaan saattajapalvelu terveydenhuollon palveluihin ja apu kauppaostosten teossa, siten että asiakas on itse mukana kauppaostoksilla. Asiointiapu voidaan järjestää myös kauppapalveluna, jolla tarkoitetaan kauppatavaroiden hakua ja kuljetusta asiakkaalle.

Asiointipalvelun myöntämisessä noudatetaan varallisuusharkintaa. Viitteellisinä tulorajoina katsotaan enintään 1233,79 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2467.58 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja yhteenlasketut talletukset yksin asuvalla enintään 1000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 2000 €. Asiointiapu myönnetään jos henkilö ei toimintakykynsä vuoksi itse selviydy asioinneista eikä lähipiirillä ole mahdollisuutta tässä auttaa, eikä asiointiapua ole mahdollista järjestää yksityisten palveluiden tai vapaaehtoisten turvin. Jos asiakas voi ohjattuna osallistua tai suoriutua asioinnista, palveluiden suunnittelussa tuetaan ensisijaisesti asiakkaan osallisuutta arkitoimintoihin järjestämällä asiakkaalle esimerkiksi ohjausta ja tukea itsenäisen suoriutumisen ja kuntoutumisen tueksi muiden palveluiden avulla.

5.6 Harkinnanvarainen Sosiaalihoitolain mukainen kuljetuspalvelu

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

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

Harkinnanvarainen sosiaalihoitolain mukainen kuljetuspalvelu voidaan myöntää seuraavilla perusteilla:

- 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, lähellä asuvilla lähisukulaisilla ei ole mahdollisuutta tarjota kuljetusta ja kuljetuspalvelu mahdollistaa ainoana tapana välttämättömät asiointit
- hakija asuu omassa kodissa, eikä ole laitoshoidossa tai ympärivuorokautisen palveluasumisen piirissä
- myöntämisessä noudatetaan varallisuusharkintaa ja viitteellisinä tulorajoina katsotaan enintään 1233,79 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja kahden hengen kotitaloudessa enintään 2467.58 € euroa (v.2023 tuloraja, 2024 määrittyy myöhemmin) kuukaudessa ja yhteenlasketut talletukset yksin asuvalla enintään 1000 € ja kahden hengen taloudessa enintään 2000 €.
- Asiakkaan tulee liittää tulo- ja varallisuustietonsa kuljetuspalveluhakemukseen.

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

Harkinnanvaraisesta kuljetuspalvelusta peritään matkan omavastuuosuus, linja-autotaksa. Kyydinvälityskeskus yhdistelee kuljetustilauksia mahdollisuuksien mukaan, joten samassa kyydissä voi olla muita samaan palveluun oikeutettuja matkustajia. Kyydissä voi olla mukana yksi saattaja. Saattajan tulee lähteä samasta osoitteesta ja saapua samaan osoitteeseen mistä palveluun oikeutettu asiakas. Saattaja maksaa matkasta kolme (3) euroa. Taksin odotusaika asiointi kohteessa on 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 kotiin vietävien palvelujen asiakasohjaaja. Palvelupäätös on määräaikainen ja voimassa kuluvan vuoden loppuun.

Harkinnanvaraisen SHL kuljetuspalvelua haetaan vuosittain uudelleen, joten uudelleenarviointi tapahtuu vuosittain. Jos asiakas käyttää kuljetuspalvelua väärin, voidaan palvelu päättää.

6 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelua, jolla huolehditaan, että henkilö suoriutuu jokapäiväiseen elämään kuuluvista toiminnoista kodissaan ja asuinympäristössään. Kotihoitoon sisältyy hoito ja kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan asuminen omassa kodissaan tukemalla asiakkaan toimintakykyä, terveyttä, hyvinvointia, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Kotihoidon palveluita tuotetaan hyvinvointialueen omana toimintana ja palvelusetelillä ja/tai ostopalveluna erityistilanteissa.

Kaikki kotihoidon asiakkuudet alkavat keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen kautta. Asiakas- ja palveluohjauksessa kartoitetaan asiakkaan toimintakyky ja arvioidaan asiakkaan palvelutarve hyödyntämällä RAI-järjestelmää. Palvelutarpeen arviointi tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaan ja omaisen/läheisen kanssa.

Kotihoidon palvelun sisältö perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn arviointiin (RAI) ja 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 sovitaan asiakkaan hoidon tarpeeseen huomioiden omaisten ja läheisten osallistuminen. Kotihoitoa toteutetaan tarvittaessa kaikkina vuorokauden aikoina. Kotihoidon asiakkaiden kotiutuessa terveydenhuollon yksiköstä asiakkaan kotiutuminen tapahtuu tuetusti kotiutumisen toimintamallin mukaisesti. Myös kotisairaalan käyntejä voidaan toteuttaa osana kotihoitoa. Kotihoitoa toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä yhteistyössä laaja-alaisen sotekeskuksen henkilöstön kanssa.

Kotihoitoa toteutetaan etähoitona ja/tai kotiin tehtävillä kotikäynneillä. Etähoidolla tarkoitetaan erilaisia teknologisia ratkaisuja, joilla asiakkaan hoitoa voidaan toteuttaa etäyhteyksin. Näitä ovat mm. etähoivakäynnit ja lääkeautomaatit. Etähoidon palveluja myönnetään asiakkaalle ensisijaisena kotihoidon muotona aina kun se soveltuu asiakkaalle. Etähoito soveltuu asiakkaalle, mikäli hän on kykenevä toimimaan itsenäisesti ohjauksen avulla.

Kotihoitoa myönnetään

- henkilölle, joka ei selviydy kotona ilman hoitoa ja huolenpitoa arkielämän toiminnoista itsenäisesti tai omaisten avulla
- henkilölle, jonka hoivan ja huolenpidon tarve on jatkuvaa ja päivittäistä ja vähintään kolme kertaa 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 alentunut tai kokonaan heikentynyt.
- henkilölle, joka tarvitsee sairaanhoidollista apua, mutta ei fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakykynsä rajoittuneisuuden vuoksi kykene joko itsenäisesti tai saattajankaan avustamana käyttämään terveyskeskuksen palveluja

- henkilöille, joiden palvelutarve on vähintään kohtalainen (MAPLe ≥ 3) ja lisäksi asiakkaan on jokin seuraavista: arkisuoriutumisessa vähintään ohjauksen tarvetta (ADLH_6 > 0, IADLP_48 ≥ 20), kognitio on vähintään lievästi heikentynyt (CPS ≥ 2). Lisäksi huomioidaan seuraavia toimintakyvyn tuloksia: henkilön itsearvioitu mieliala on huono tai erittäin huono (DRSSR ≥ 3), henkilöllä on haastavan käyttäytymisen oireita (ABS > 4), jotka häiritsevät päivittäin asiakasta tai muita, sosiaalisen aktiivisuuden ja osallistumisen osalta on haasteita tai merkittävää vähentämistä (SOCWD > 4).

Palvelutarve on vähintään kohtalainen eli MAPLe ≥ 3 JA jokin seuraavista	ADLH_6 > 0	IADLP_48 ≥ 20	CPS ≥ 2 Lisäksi huomioidaan seuraavat:	DRSSR ≥ 3	ABS > 4	SOCWD > 4, esim. päivätoiminnalla voidaan vaikuttaa sosiaaliseen aktiivisuuden määrään ja kokemukseen
---	------------	--------------------	--	----------------	---------	---

Palvelutarve vähintään kohtalainen (MAPLe ≥ 3) tarkoittaa esimerkiksi:

- o kognitiivinen kyky on lievästi heikentynyt (CPS ≥ 2), jolloin asiakas tarvitsee ohjausta, seurantaa tai apua päivittäisissä toiminnoissa. Ilman tukea esimerkiksi lääkeshoidon turvallinen toteutuminen tai riittävän ravitsemuksen varmistaminen tai riittävä hygienian taso eivät toteudu turvallisesti ja asianmukaisesti.
- o asiakkaan kognitiivinen kyky on kohtalaisesti tai vaikeasti heikentynyt (CPS 3-4), jolloin asiakas tarvitsee ohjausta, seurantaa tai apua päivittäisissä toiminnoissa useita kertoja päivän mittaan. Ilman tukea ei lääkeshoidon turvallinen toteutuminen, riittävän ravitsemuksen varmistaminen, riittävä hygienian taso, asianmukainen vaatetus ja jopa vuorokausirytmii eivät toteudu turvallisesti ja asianmukaisesti. Asiakkaalla saattaa esiintyä hoitotoimisissa avun antamisen vastustelua tai muuta haastavaa käyttäytymistä.
- o asiakkaalla on arkitoiminnoissa ohjauksen, seurannan tai avun tarvetta johtuen esim. sairauksista. Tuen tarve tulee esille mm. seuraavissa IADL ja ADL-toiminnoissa
 - o lääkeshoidosta suoriutuminen, aterioiden valmistaminen, ostoksilla käynti, raha-asioista huolehtiminen, kulkuvälineiden käyttö, kotitaloustyöt, suihkussa käynti, hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen, liikkuminen, syöminen
- o mittari huomioi myös seuraavia asioita: asiakkaan psyykkinen tila on muuttunut äkillisesti, virtsanpidätyskyky, tarve muuttaa ruuan koostumusta, jotta asiakas voi niellä turvallisesti, ateriämäärät, kaatuilun määrä, aktiivisuuden määrä, ulkoilun määrä, muutokset toimintakyvyssä viimeksi kuluneen 90vrk aikana (kognitio ja ADL)

Jonka lisäksi henkilön toimintakyvyssä on jokin seuraavista:

- Arkisuoriutumisessa ADL-toiminnoissa vähintään ohjauksen tarvetta (ADLH > 0) esimerkiksi:
 - o asiakkaalla on ohjauksen, seurannan, valvonnan tai fyysisen avun tarvetta päivittäin yhdessä tai useammassa seuraavista toiminnoista: henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, syöminen, liikkuminen, wc:n käyttö
- Arkisuoriutumisessa IADL-toiminnoissa vähintään ohjauksen tarvetta (IADLP ≥ 20) esimerkiksi:
 - o asiakkaalla on ohjauksen, seurannan, valvonnan tai fyysisen avun tarvetta päivittäin useammassa seuraavista toiminnoista: ostoksilla käynti, kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen, kulkuvälineiden käyttö, portaissa kulku, aterioiden valmistaminen, puhelimen käyttö
- Kognitiivinen kyky on vähintään lievästi heikentynyt (CPS ≥ 2) tarkoittaa, että asiakas tarvitsee ohjausta, seurantaa tai apua päivittäisissä toiminnoissa. Ilman tukea ei esimerkiksi lääkeshoidon turvallinen toteutuminen, riittävän ravitsemuksen varmistaminen, riittävä hygienian taso, asianmukainen vaatetus tai jopa vuorokausirytmii toteudu turvallisesti ja asianmukaisesti.

- asiakkaalla voi olla vaikeuksia päivittäiseen päätöksentekokykyyn liittyvissä tilanteissa, lähimuistissa tai kommunikaatiokyvyssä (ilmaisukyky)
- Lisäksi muita huomioitavia toimintakyvyn arvioinnin tuloksia:
 - asiakkaan itsearvioima mieliala huono tai erittäin huono (DRSSR>3)
 - alkoholin riski- tai ongelmakäyttöä (AUDIT-C>4), jolloin arvioitava mikä palvelu on asiakkaan tarpeeseen parhaiten vastaavaa
 - haastavan käyttäytymisen oireita, jotka häiritsevät päivittäin asiakasta tai muita (esim. läheisiä) (ABS>4)
 - sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen osalta haasteita tai merkittävää vähenemistä (SOCWD>4), jolloin tilanteeseen liittyviä oireita ilmenee päivittäin esim. ei kanssakäymistä muiden kanssa tai motivaation puutetta, jolloin esim. päivätoiminnalla voidaan vaikuttaa sosiaaliseen aktiivisuuden määrään ja kokemukseen

Palvelutarpeen arvioinnissa huomioidaan turvalliset edellytykset kotihoidon toteuttamiseen.

Kotihoitoa myöntämisen perusteista poikkeaminen:

- asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta: palvelua voidaan myöntää harvemmin kuin kolme kertaa viikossa varallisuusharkinnan perusteella, viitteellinen tuloraja on 1233,79 € (v.2023 tuloraja, 2024 määritty myöhemmin) ja pariskunnalla kaksinkertaisena. Ensisijaisesti asiakas ohjataan tukipalveluihin tai varhaisen tuen palveluihin. Asiakkaan palveluiden myöntämisen edellytyksiä arvioidaan säännöllisesti.
- asiakkaan kokonaistilanne huomioiden hoidon toteutuminen vaarantuu, ellei asiakas ole kotihoidon seurannassa
- asiakkaan avuntarve on suurempi kuin hänen oma näkemyksensä avuntarpeesta (sairaudentunnottomuus)
- asiakas on omaishoidontuen piirissä ja/tai asiakkaan läheisen jaksamista on tarkoituksenmukaista tukea kotihoidon palveluilla omaishoidon tuen palveluiden lisäksi.
- alueella ei ole yksityisiä palveluntuottajia, joille asiakkaan voi ohjata
- elämän loppuvaiheen hoidossa olevat asiakkaat tai akuuttia, etenevää sairautta sairastavat
- jos matka avoterveydenhuollon palveluihin on kohtuuttoman pitkä eikä asiakas kykene asioimaan julkisella liikenteellä tai taksipalveluilla ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia
- peseytymisapu, ellei yksityistä palveluntuottajaa ole alueella saatavilla eikä apua ole mahdollista toteuttaa hygieniapalvelun avulla

Seuraavissa tapauksissa henkilö ohjataan ensisijaisesti muiden palveluiden piiriin:

- 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.
- Asiakkaan palveluntarpeen johtuessa asiakkaan runsaasta alkoholin käytöstä ja päihdeettömänä ollessa palveluntarvetta ei ole, asiakas ohjataan päihdepalveluihin.

6.1 Tilapäinen kotihoito

Tilapäinen kotihoito on tarkoitettu asiakkaan tilapäiseen palvelutarpeeseen ja se on kestoltaan alle kaksi viikkoa kestävä hoitoa ja huolenpitoa. Asiakkaan hoidon tarpeen tiedetään aloitusvaiheessa olevan määräaikainen ja päättyvä. 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

Jos henkilön avun tarve on yksittäinen hoitotoimenpide, hänet ohjataan ensisijaisesti käyttämään yksityisiä palveluntuottajia tai avoterveydenhuollon palveluja:

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

6.2 Kotihoidon kuntouttava arviointijakso

Kotihoidon palvelut alkavat kuntouttavalla arviointijaksolla lukuun ottamatta saattohoitoa ja loppuvaiheen palliatiivista hoitoa kotona. Jakson tarkoituksena on tukea asiakkaan kuntoutumista mahdollisimman itsenäiseen toimintaan ja selvittää asiakkaan palvelutarvetta. Jakson aikana arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja elinympäristöä, saada kokonaiskuva arkisuoriutumisesta ja tuetaan kotona asumisen mahdollisuuksia. Jakson keston vaikuttaa asiakkaan kokonaistilanne ja toimintakyky, ollen kuitenkin keskimäärin 4-6 viikkoa. Kuntouttavan arviointijakson sisältöön kuuluu etähoivan ja lääkeautomaattien soveltuvuuden kokeileminen asiakkailla.

Kuntouttavan arviointijakso toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Jakson aikana asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen ja tuetaan asiakasta tekemään asioita itse. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen, toimintakyvyn parantuminen ja palveluntarpeen väheneminen siten että asiakas pystyy osallistuu omaan arkeensa mahdollisimman itsenäisesti.

Kuntouttavan arviointijakson päätteeksi asiakkaan tavoitteiden saavuttamista, toimintakykyä ja palvelutarvetta arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa läheisen kanssa. Kuntouttava arviointijakso päättyy, jos asiakkaan toimintakyky vahvistuu ja säännöllisen palvelun myöntämisen perusteet eivät täyty.

Mikäli kuntouttavan arviointijakson aikana todetaan, että asiakkaalla täyttyy kotihoidon myöntämisen perusteet, tehdään viranhaltijapäätös säännöllisestä kotihoidosta.

6.3 Säännöllinen kotihoito

Säännöllisen kotihoidon alkaessa asiakkaalle tehdään viiden ensimmäisen viikon aikana RAI kokonaisarviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään säännöllisen kotihoidon sisällön toteuttamisen tavat mm. etähoiva ja lääkeautomaatit. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan asiakkaan tavoitteet, suunnitelma niitä tukevista palveluista ja konkreettisista toimista, sekä toteuttamiseen liittyvät tahot. Hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan ja päivitetään puolivuositain tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. Asiakas ja hoitoon osallistuvat omaiset hyväksyvät hoito- ja palvelusuunnitelman allekirjoituksellaan, jolloin he sitoutuvat yhdessä sovittuun hoitoon ja hoivaan.

Säännöllisestä kotihoidosta tehdään muutoksenhakukelpoinen palvelupäätös ja maksupäätös. Säännöllisen kotihoidon palvelut voidaan päättää, mikäli asiakkaan tilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, eikä myöntämisperusteet enää täyty. Jos asiakas/omainen hakee kotihoidon palveluita, mutta hakijan palvelutarve ei täytä kotihoidon myöntämisperusteita, tehdään kotihoidosta kielteinen palvelupäätös. Päätökseen voi halutessaan hakea muutosta. Kielteisen päätöksen saanutta asiakasta tiedotetaan paikkakunnalla toimivista yksityisistä ja kolmannen sektorin tarjoamista palveluista.

6.4.1 Kotihoidon sisältö:

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 nesteestä 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 tai saattaminen ruokasaliin
- terveydentilan ja yleistilanteen seuranta sekä tarpeen mukainen hoito ja hoitoonohjaus
- tarvittavien apuvälineiden hankinnassa ohjaaminen ja/tai avustaminen
- harjoitusohjelman / kotikuntoutusohjelman suorittamisessa ohjaaminen.

Kotona toteutettavat lääke- ja sairaanhoidolliset tehtävät:

- terveydentilan ja voinnin seuranta, asiakkaan sairauteen liittyvät seurannat (esim. verenpaineen ja painon seuranta), toimintakyvyn ylläpitäminen ja tarpeiden mukainen kuntoutus (esim. Avh-potilaiden kuntouttaminen arjen toiminnoissa) sekä tarvittavista säännöllisistä jatkoseurannoista huolehtiminen (eivät yksin ole kotihoidon aloittamisen perustana)
- lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoidon vaikutusten havainnointi ja seuranta sekä arviointi lääkehoitosuunnitelman mukaisesti
- Lääkehoidon kokonaisuus voidaan sopia joko omaisten tai kotihoidon toteuttamaksi.

- säännöllisen kotihoidon asiakkaat kuuluvat pääsääntöisesti lääkkeiden koneellisen annosjakelun piiriin. Jos hoito- ja palvelusuunnitelmassa on sovittu, että kotihoito huolehtii lääkehoidosta, on lääkehoito täysin kotihoidon vastuulla. Tämä tarkoittaa annosjakelun järjestämistä, lääkeautomaatin täyttöä, lääkkeiden jakoa dosettiin tarvittaessa sekä reseptien uusintaa – tarvittaessa yhteydenotot ja ajanvaraus asiakkaan lääkäriin
- lääketilaukset annosjakelua varten, reseptilääkkeiden ja itsehoitotuotteiden tilaus
- lääkehoidon toteuttaminen ihon alle tai lihakseen
- lv -lääkityksen tai -nesteytyksen antaminen lääkärin ohjeiden mukaisesti kotisairaalan ollessa mukana hoidossa
- verikokeiden ottaminen (vain säännöllisen kotihoidon asiakkaat)
- verenhennuslääkityksen hoitotason seuranta ja annostuksen määrittäminen
- tarpeen mukainen kivun hoito mukaan lukien kipupumppujen asentaminen.
- haavahoidot lääkärin tai haavanhoitajan/sairaanhoitajan ohjeiden mukaan
- erittämiseen liittyvät toimenpiteet, kuten katetroinnit ja avannehoidot
- kotisaattohoidon toteuttaminen, hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvataan eri yhteistyötahojen roolit sekä läheisen rooli ja osuus asiakkaan saattohoidon toteuttamisessa
- muistisairauksien ja mielen hyvinvoinnin heikentymisen tunnistaminen, jatkohoitoon ohjaus ja hoito.
- hoitotarvikkeiden ja -välineiden hankinta tai hankinnassa ohjaaminen ja/tai avustaminen

Kodinhoodolliset tehtävät:

Avuntarve vain kodinhoodollisissa tehtävissä ei täytä kotihoidon aloittamisen edellytyksiä. Ensisijaisesti kodinhoodolliset tehtävät ohjataan hankkimaan yksityisesti. Kodinhoodollisten tehtävien järjestämisessä kotihoidon kautta noudatetaan tarve- ja varallisuusharkintaa. Kodinhoodolliset tehtävät tehdään asiakasta ohjaamalla ja kuntouttamalla niiden tekemiseen itsenäisesti, lähipiirin tuella tai yksityisen palveluntuottajan avulla. Itsenäinen tekeminen ylläpitää toimintakykyä ja lisää mahdollisuuksia osallistua omaan arkeen.

- kodin yleissiisteydestä huolehtiminen: roskien vienti, näkyvien roskien siistiminen, vuoteen sijaus ja tarvittaessa lakanoiden sekä pyyhkeiden vaihto. Ateriointeihin liittyvästä yleissiisteydestä huolehtiminen: tiskaus tai astianpesukoneen täyttö ja tyhjentäminen, pöytäpintojen pyyhkiminen, jääkaapin ja mikroaaltouunin siisteydestä huolehtiminen. Asiakkaan omaiset ja vieraat huolehtivat itse omien jälkiensä siistimisestä. Päivittäinen kodin yleissiisteydestä huolehtiminen ei korvaa ylläpito- tai suursiivousta.
- wc:n siisteydestä huolehtiminen (wc-istuin, käsienpesuallas ja nousutuet) sekä portatiivin tyhjennys ja pesu. Suihkussa avustamisen yhteydessä pesualueen, suihkutuolien ja nousutukien huuhtelu sekä lattian kuivaus.
- Vaatehuollossa avustaminen kotihoidon käynnin yhteydessä: pyykinpesukoneen täyttö ja päälle laittaminen, pyykkien ripustaminen, ja kaappiin viikkaaminen. Silittäminen ja mankelointi eivät kuulu kotihoidon toteuttamiin kodinhoodollisiin tehtäviin.
- mikäli kotihoidon henkilöstö huolehtii kodinkoneiden käytöstä, voidaan asiakkaan tai hänen asioiden hoitajan kirjallisella suostumuksella jättää kodinkoneet päälle seuraavaan kotihoidon käyntiin asti.

Turvallisesta ympäristöstä huolehtiminen:

- psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden arviointi ja edistäminen

- elinympäristön turvallisuudesta sekä toimivuudesta /esteettömyydestä huolehtiminen ja tarvittaessa yhteydenotto asiantuntijatahoon
- lumenluonti siltä osin, kun se on välttämätöntä työntekijän liikkumisen turvaamiseksi, asiakkaalla/ omaisilla on velvollisuus huolehtia kulkuväylien kunnosta ja hiekoituksesta.
- asiakas/ omaiset huolehtivat kiinteistön varoittimien toimivuudesta ja huolloista (mm. palo- ja häikävaroittimet, kosteusanturit).
- 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
- etuuksien, tukien ja edunvalvonnan hakemisessa avustaminen
- avustaminen välttämättömien vaatteiden hankinnassa silloin, kun sitä ei ole mahdollista muutoin järjestää
- Ateria- ja kauppatilausten teossa avustaminen
- avustaminen vaatehuollon hankinnassa
- asiakkaan avustaminen ja neuvonta perussiivouksen hankkimiseksi yksityiseltä palveluntuottajalta.
- asiointi- ja saattamisavun (esim. lääkärisssäkäynnit) hankkimisessa avustaminen omaisten, vapaaehtoisten tai yksityisten ostopalvelujen avulla sekä yhteistyötahojen tiedottaminen.
- postin haku ja kirjepostin vienti harkinnan mukaan

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 mahdollisuudet tukea asiakkaan kotona pärjäämistä.

6.4.2 Etähoiva

Etähoivalla tarkoitetaan ääni- ja videokuvayhteyden välityksellä tehtyä hoitajan käyntiä asiakkaan kotiin. Etähoiva on esisijainen tapa toteuttaa kotihoitoa. Etähoiva on osa kuntouttavaa arviointijaksoa tai säännöllistä kotihoitoa. Etähoivan asiakkaalle on tehtävä vähintään kerran kuukaudessa fyysinen kotikäynti.

Etähoivan avulla toteutettavia käyntejä voivat olla muun muassa ruokailun ohjaus, seuranta tai valvonta, lääkehoidon ohjaus ja valvonta, insuliinin pistämisen ohjaus, verensokerin mittaamisen ohjaus, tukikäynnit toimintakykyyn vaikuttavan turvattomuuden vähentämiseksi sekä kuntouttavat käynnit esimerkiksi tuolijumpan tai fysioterapeutin ohjeistamien yksilöharjoitusten avulla. Asiakas on soveltuva etähoivaan, mikäli hän on kykenevä toimimaan itsenäisesti ohjauksen avulla. Tämä tarkoittaa, että asiakkaan kognitio, muisti ja toimintakyky ovat riittävällä tasolla eikä käynnillä ole tarvetta toteuttaa fyysistä tekemistä vaativaa toimenpidettä, esimerkiksi tukisukkien tai silmätippojen laittoa. Etähoiva ja lääkeautomaatit voidaan myöntää samalle asiakkaalle, jolloin esim. mahdollistetaan valvottu lääkkeenotto etäyhteydellä tai annostella tarvittaessa otettavia lääkkeitä.

6.4.3 Lääkeautomaatit

Lääkeautomaatit ovat osa kotihoidon kokonaisuutta ja niillä varmistetaan asiakkaan lääkehoidon toteutuminen. Lääkeautomaatti on ensisijainen tapa varmistaa lääkehoidon turvallisuutta, jos tukea tarvitaan tabletti lääkkeiden oton varmistamiseen. Lääkeautomaatissa lääkkeet ovat lukitussa säiliössä asiakkaan lääkkeenottoaikaan tarjottavaa lääkannosta lukuun ottamatta. Mikäli asiakas ei ota tai jostain syystä saa lääkettä oikeaan aikaan, automaatti antaa hälytyksen. Tällöin asiakkaan lääkkeen otto varmistetaan etähoivan soitolla tai kotikäynnillä. Lääkeautomaatit ovat helppokäyttöisiä ja niiden avulla voidaan vahvistaa asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä ja parantaa lääketurvallisuutta.

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

- Hänellä ei ole pitkälle edennyt muistisairaus
- Hän osaa toimia sanallisella ohjauksella
- Kykenee liikkumaan kotonaan itsenäisesti tai apuvälineiden kanssa
- 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 etähoivon/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

6.4.4 Kotihoidon yöhoito

Yöaikaan (klo 21–07) tapahtuvaa säännöllistä kotihoitoa myönnetään asiakkaan terveydentilan, yksilöllisen hoidollisen tarpeen ja säännöllisesti arvioitavan suunnitelman mukaan. Käynnit sisältävät asentohoidon, WC- käynnissä avustamisen tai vaipanvaihdon, aikakriittisen lääkehoidon toteuttamisen ja/tai saattohoidon.

Yöhoidon aloittamista edeltää asiakkaan käytössä olevien tarvikkeiden ja apuvälineiden, kuten vaipat, vuodesuojat ja patjat, laadun ja määrän kokeilu sekä arviointi. Palvelun aloittamiseksi yöhoidon käyttöön tarvitaan joko asiakkaan avain, avainboksi tai sähköinen ovenavaus.

Tilapäisesti yöhoitoa voidaan myöntää yksilöllisen harkinnan mukaan 1–7 yön ajaksi asiakkaalle, joka tarvitsee tilapäistä, ammattilaisten arvioimaa, terveydentilan ja voinnin seuranta esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen, kaatumisen, verensokeri- tai koomotioseurannan vuoksi. Lisäksi tilapäistä yöhoitoa voidaan

myöntää omaishoidon asiakkaalle hoitavan omaisen tilapäistä poissaoloa varten tilanteessa, jossa esimerkiksi turvarannekkeella avun hälyttäminen ei onnistu tai ole mahdollista.

6.4.5 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 tukea ja ohjata asiakasta arkikuntoutuksen keinoin toimimaan mahdollisimman omatoimisesti omassa kodissaan ja 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 asiakasohjaaja/kotiutushoitaja.

Tehostettua kotikuntoutusta voidaan kodin sijaista vaihtoehtoisesti järjestää myös asumisen yksiköissä.

7 KOTIIN ANNETTAVIEN PALVELUJEN UUELLEEN ARVIOINTI

Asiakkaan palvelutarvetta arvioidaan säännöllisesti ja palvelut järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti lisäten tai vähentäen niitä. Palvelutarve uudelleen arvioidaan RAI-arviointien ja hoitoja palvelusuunnitelman arviointien yhteydessä tai asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Arvioinnin yhteydessä kartoitetaan, täyttyvätkö palvelujen myöntämisen perusteet edelleen. Arvioinnissa hyödynnetään asiakkaan tarpeen mukaan monialaista osaamista. Arvioinnin perusteella jo myönnetty palvelu voi jatkua entisellään, vähentyä, voidaan myöntää uusi palvelu tai palvelut voivat päättyä kokonaan.

Tilanteita missä palvelutarve arvioidaan uudelleen ovat mm.:

- Asiakkaan toimintakyky sekä terveydentila paranevat, eikä hän tarvitse enää hänelle myönnettyjä palveluja
- Asiakkaan säännöllisen kotihoidon palvelutarve ylittää mahdollisuudet turvallisesti tuotettuun kotihoitoon
- Asiakas /omainen ei sitoudu hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovittujen palvelujen käyttöön tai yhteistyöhön palvelua toteuttavien työntekijöiden kanssa
- Asiakas ei itse halua palvelua, vaikka ymmärtää sen olevan välttämätön oman terveyden kannalta
- Asiakas ei osaa esim. alentuneen muistin vuoksi käyttää palvelun osana olevaa teknologiaa
- Asiakas käyttää laitetta väärin tai muuhun tarkoitukseen kuin mihin laite on palvelua myönnettäessä tarkoitettu (esim. turvaranneke, tablettitietokone, lääkeautomaatti)

- Asiakas käyttäytyy epäasiallisesti tai aggressiivisesti hoitajia kohtaan; tämä voi olla fyysisen koskemattomuuden uhkaamista tai sanallista mitätöintiä, vähättelyä tai solvaamista

Jos asiakas tarvitsee runsaasti kotihoidon käyntejä eri vuorokauden aikoina, kotihoito ei välttämättä vastaa hänen palvelutarpeisiinsa parhaalla mahdollisella tavalla. Jos asiakas tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa, sosiaalihuoltolain 21 c §:ssä tarkoitettu ympärivuorokautinen asumisen palvelu saattaa olla parempi vaihtoehto. Asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeen ylittäessä kotihoidon mahdollisuudet turvata asiakkaan kotona pärjääminen, arvioidaan asiakkaan kokonaistilanne ja yhteisöllisen asumisen tai ympärivuorokautisen asumisen tarve RAI-arviointivälineistön avulla.

**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
Ikäihmisten ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (esim. asiakasohjaus).	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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan hyödyntää myös muita toimintakykyarviointien tuloksia.
Päivätoiminta	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja päivätoiminnan tarpeen arvioinnissa. Kuntouttavan päivätoiminnan ja päivätoiminnan asiakkaille tehdään alku- ja seuranta-arvioinnit interRAI HC osittaisarvioinneilla.	Palvelutarveluokka (MAPLe_5 ja _15, sisältää kaatuminen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12), sosiaaliset suhteet heräte (SOCFUNC_1- 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 kipu-mittari (PAIN_4). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotiin annettavat tukipalvelut	Palvelutarpeen arvioinnissa (keskitetyssä asiakasohjauksessa) tehdään interRAI HC osittaisarviointeja, joita hyödynnetään tukipalvelujen tarpeen arvioinnissa.	Palvelutarveluokka (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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotihoito – Tilapäinen kotihoito	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus).	Palvelutarveluokka (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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotihoito – Kuntouttava arviointijakso	Asiakasohjauksessa tehtyt interRAI HC – osittaisarvioinnit ohjaavat kuntouttavan arviointijakson tarpeeseen ja tavoitteeseen. Kuntouttavan arviointijakson loppuvaiheessa aikana (vkot 4-6-2-4) toistetaan vastaava arviointisisältö kuin palvelutarpeen arvioinnissa. Näin saadaan tuen, hoidon ja	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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
	palveluiden suunnitteluun tietoa päätöksenteon tueksi. Mikäli asiakas ohjautuu säännölliseen kotihoitoon, saadaan kotihoidon arvioinnin pohjaksi kuntouttavalla arviointijaksolla tehty arviointi.	vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotihoito - Tehostettu kotikuntoutus	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja. Osana palvelua voidaan seurata kotikuntoutuksen vaikuttavuutta joko iRAI HC osittais- tai kokonaisarvioinneilla.	Myöntämisperusteiden tukena voidaan hyödyntää RAI tuloksia esim. heräte ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riski aktivoitunut (CAP RISK>0), merkittävä heikentyminen ADL- ja /tai IADL-suoriutumisessa (ADLH_6, ADLLF_28, IADLP_48), muistidiagnoosin johdosta merkittävää heikentymistä kognitiossa tai päivittäisessä päätöksentekokokyvyssä ja palvelutarpeen merkittävä lisääntyminen (MAPLe_5).
Kotihoito - Etähoiva	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kuntouttava arviointijakso, kotihoito). Tehdään iRAI HC osittaisarviointi 1-2 kertaa vuodessa ja voinnin oleellisesti muuttuessa.	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15, sisältää kaatumisen (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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotihoito - Lääkeautomaatit	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus, kuntouttava arviointijakso, kotihoito).	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15, sisältää kaatumisen (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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1). Yksilöllisen tarpeen mukaan voidaan osittaisarviointiin lisätä muita mittareita ja herätteitä.
Kotihoito – Säännöllinen kotihoito	Hyödynnetään tehtyjä toimintakyvyn arviointeja (asiakasohjaus ja kuntouttava arviointijakso). Asiakuuden alkaessa tehdään 4-5 viikon kuluessa iRAI HC <i>Säännöllisen palvelun tai hoitajakson aloitusarviointi</i> (kokonaisarviointi) ja ali- ja virheravitsemusseula MNA. MNA ja RAI seuranta-arvioinnit tehdään puolen vuoden välein ja voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajat vastaavat omien asiakkaiden arviointiprosessista. Seuranta-arvioinnit toimivat jatkuvan ja pitkäkestoisen palvelutarpeen arvioinnin ja suunnittelun tukena.	Palvelutarve (MAPLe_5 ja _15 sisältää kaatumisen (FALLS_2) ja haastava käyttäytyminen (ABS_12)), kognitiomittari (CPS_6), 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), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C_12), sosiaalinen vetäytyminen (SOCWD_12), päivystyskäyntitarpeen riski (DIVERT_6), mittari poistumisturvallisuuden arviointiin (EVAC_9) ja fyysisen toiminnan edistämiseen (PACTIV_1). Lisäksi läheisapua saavan tilanteessa läheisapu heräte (BRITSU_1).. Lisäksi kokonaisarvioinneista ja MNA arvioinneista muodostuvat mittarit ja herätteet tukevat yksilöllisen tarpeen tunnistamista ja tuen, hoidon ja palveluiden suunnittelua.

	Hyödynnettävät RAI arvioinnit	Palveluntarpeen arvioinnissa ja seurannassa sekä palveluiden myöntämisessä hyödynnettäviä mittareita
		Ohjaavina tuloksina säännölliseen kotihoitoon ohjautumisessa voidaan käyttää MAPLe_5 mittarin tuloksia 3-5.

Taulukko 2.

Interrai HC ja LTCF mittarit ja herätteet

HC = Home Care (kotihoidon RAI)

LTCF = Long Term Care Facilities (asumispalveluiden RAI)

	iRAI HC	iRAI 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, 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. Laaja mittari huomioi enemmän eri ADL-toimintoja, kuin esim. ADLH mittari. 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 tunnustetaan 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 (≥8). Mittarin avulla tunnistetaan mm. millainen on henkilön kyky tehdä päivittäisissä tilanteissa päätöksiä. Lisäksi mittari ottaa huomioon IADL-toiminnoista raha-asioiden 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 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 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,	x		Vähäinen (1), Lievä (2), Kohtalainen (31-33), Suuri (41-46), Erittäin suuri (51-54). Mittarin arvo muodostuu kahdeksastatoista

MAPLe 1-15			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-R 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.
Terveysten vakaussmittari, CHES 0-5	x	x	Terveysten vakaus hyvä (0), Heikentynyt (1), Lievästi epävakaa (2), Kohtalaisen epävakaa (3), Varsin epävakaa (4), Erittäin epävakaa (5). Mittarin avulla tunnistetaan, miten vakaa tai epävakaa 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 Mittarikäsi kirja