



TAIVALKOSKI  
*Tuhansien tarinoiden pitäjä*

# KOTIHOIDON PALVELUJEN PIIRIIN PÄÄSYN KRITEERISTÖ

Taivalkosken sosiaali- ja terveystoimi

Tiivistelmä

Taivalkosken kunta, kotihoito  
Henkilökunnalle suunnattu opas kotihoidon palvelujen piiriin pääsyn kriteereistä

Hyväksytty 01.01.2018

Päivitetty 04.01.2021

## 1 Sisällysluettelo

1. KOTIHOIDON JA PALVELUASUMISEN MÄÄRITELMÄ .....	2
2. ASIAKKAAN KOKONAISTILANTEEN JA PALVELUTARPEEN ARVIOINTI .....	4
3. TAIVALKOSKEN KOTIHOIDON ASIAKKAAKSI PÄÄSYN KRITTEERIT .....	5
3.1 Palvelujen piiriin pääsy .....	5
3.2 Säännöllisen kotihoidon asiakkuuden kriteerit .....	6
3.3 Tilapäisen kotihoidon asiakkuuden kriteerit .....	8
4. TAIVALKOSKEN KOTIHOIDON SISÄLTÖ .....	9
5. KOTIHOIDON PALVELUIHIN PÄÄSYN PERUSTEITA .....	12
6. PALVELUSETELI .....	13
7. KUNTOUTTAVA IÄKKÄIDEN PÄIVÄTOIMINTA .....	16
9. MUISTIHOITAJA IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN PALVELUISSA .....	19
10. FYSIOTERAPEUTTI IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN PALVELUISSA .....	19
10.1 Arviointi- ja kuntoutusjakso .....	20
11. IKÄNEUVOLA.....	20
12. HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT.....	20
13. PALVELUJEN KESKEYTTÄMINEN TAI LOPETTAMINEN .....	20
14. INTERVALLIHOITO .....	21
15. ASUMISPALVELUN VALINNAN PERUSTEET .....	21
15.1 Tuettu asumispalvelu .....	22
15.1.1 Tuettu ryhmäasuminen .....	22
15.1.2 Perhehoito .....	22
15.2 Palveluasuminen.....	23
15.2.2 Asumispalveluyksikkö Kataja .....	24
15.3 Tehostettu asumispalvelu .....	24
15.3.1 Asumispalveluyksiköt Kataja ja Pihlaja .....	25
16. PITKÄAIKAISHOITO TAIVALKOSKEN VUODEOSASTO .....	26
17. LIITTEET 1-8.....	27
.....	27
.....	28

## 1. KOTIHOIDON JA PALVELUASUMISEN MÄÄRITELMÄ

Kotihoidon ja asumispalvelu toiminta perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön mm. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Kotihoitopalveluja säätelee sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja kotisairaanhoidon terveydenhuoltolaki (1326/2010 3–13§, 20§, 25§) ja kansanterveyslaki (66/72, 20§, 607/83, 9§). Kotihoidon ja palveluasumisen suunnittelu ja toteutus pohjautuu Ikäihmistien palvelustrategia, Taivalkosken kunnan vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020.

Pitkään kotona asuminen on yleensä ikääntyneen väestön oma toive. Kotiin liittyy elämänhistoria - se on osa ihmisen identiteettiä. Ikääntyneen väestön kotona asuminen mahdollisimman pitkään on myös kuntien ja valtion tavoittelema päämäärä. Omien voimavarojen vähentyessä kotiin saatavien palvelujen merkitys kasvaa. Iäkäs henkilö voi hakea monenlaista kunnallista, yksityistä tai vapaaehtoisapua tukemaan kotona asumista lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012 /9.7.2020-565.) Lain tavoitteena on varmistaa, että iäkkäät henkilöt saavat yksilöllistä tarpeiden mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla.

Sosiaalihuollon asiakkaan hoito ja huolenpito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Jos rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava laissa säädetty peruste. Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Myös jokaisella muistisairaalla ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään koskevia päätöksiä. Sosiaalihuollon palveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan oma tahto ja toivomukset. Omaiset ja läheiset otetaan mukaan hoitoja palvelusuunnitelmaan laadintaan asiakkaan niin salliessa.

Potilaslain (785/1992) 8. § velvoittaa kunnioittamaan potilaan aiemmin vakaasti ja pätevästi ilmaistua hoitoa koskevaa tahtoa.

Kotihoidon toiminta on luottamuksellista ja henkilöstöä sitoo vaitiolovelvollisuus. Kotihoidon henkilöstöön kuuluu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, jotka työskentelevät moniammatillisessa yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa.

Kotihoito on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät toimintakyvyn vajauksen vuoksi voi käyttää kaikille kuntalaisille tarkoitettuja avopalveluita. Kotihoito perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn ja terveydentilan arviointiin, jonka perusteella tehdään yksilöllinen hoidon ja avun tarpeen arviointi. Palvelutarpeen arvioinnissa lähtökohtana ovat asiakkaan omat päätökset elämänsä koskevista valinnoista. Kotihoito huomioi asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden. **Uuden asiakkaan palvelun tarvetta** arvioitaessa toimintakyky arvioidaan **RAI-Screener** mittareilla ja tarvittaessa MMSE-muistitestillä. **Säännöllisen kotihoidon asiakkaan** palveluntarvetta arvioidaan **RAI-HC mittareilla** ja tarvittaessa MMSE muistitestillä. Tämän lisäksi kartoitetaan kotona selviytymistä heikentävät sairaudet, - ja sosiaalinen verkosto.

Kotihoito kohdennetaan eniten hoitoa, hoivaa ja sairaanhoitoa tarvitseville kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaille. Yksilöllisesti suunnitelluilla hoivalla ohjataan, tuetaan ja autetaan asiakasta selviytymään omatoimisesti tai tuettuna päivittäistoiminnoistaan ja hoidostaan. Hoidon ja avun tarpeen arvi-

ointi on jatkuvaa ja tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen ja hoivan ja avun tarpeen väheneminen/loppuminen. Omaisia ja lähipiiriä ohjataan ja kannustetaan osallistumaan hoitoon ja huolenpitoon.

Tilapäinen kotihoito on lyhytaikaista ja tarkoitettu asiakkaan väliaikaiseen palvelutarpeeseen, jolloin palvelu on harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa tai kestää ennalta lyhyeksi tiedetyn jakson. Tilapäisen kotihoidon tavoitteena on ehkäistä pidempiaikainen tuen tarve. Tilapäisestä kotipalvelusta tai tilapäisestä kotisairaanhoidosta peritään erillinen käyntimaksu.

Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan vähintään kerran viikossa kotiin annettavaa, jatkuvaa sosiaali- huoltolain mukaista kotipalvelua tai terveydenhuoltolain mukaista kotisairaanhoidoa tai molempia yhdessä. Säännöllisen kotihoidon asiakkuus käynnistyy aina noin kuukauden mittaisella kuntouttavalla arviointijaksolla, jonka aikana arvioidaan kotona selviytymistä ja palvelutarvetta. Palvelun myöntämisestä asiakas saa palvelupäätöksen. Palvelu perustuu yksilölliseen asiakassuunnitelmaan, jonka perusteella tehdään asiakkaalle tuloihin, perhekokoon ja annettavan palvelun määrään perustuva maksupäätös.

Tehostettu kotihoito on lyhytaikaista ja hoitosuunnitelman mukaista, usein myös yöaikaisia käyntejä sisältävää hoitoa asiakkaan kotona. Erona tavalliselle kotihoidolle on hoidon lyhytkestoisuus ja akuutti tarve, esim. sairaalasta kotiutumista seuraava tehostettu kuntoutuminen tai saattohoito. Tehostettuun kotihoitoon voi liittyä myös kotisairaaloimintaa.

Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat monesti ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluita voivat saada myös henkilöt, jotka eivät tarvitse muuta kotihoidon palvelua.

Kotihoidon palvelut ovat saajalleen maksullisia. Kotihoidon maksuista on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksessa (912/1992)

Iäkkäiden asumispalvelut tulee kyseeseen silloin kun asiakas ei selviydy kotonaan kotihoidon ja tukipalvelujen turvin. Asumispalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa 30.12.2014/1301 tarkoitettua asumispalvelua, joka kunnan tulee järjestää.

Palveluasuminen, tehostettu- ja laitoshoido perustuvat aina asiakkaan toimintakyvyn ja terveydentilan arviointiin, jonka perusteella tehdään yksilöllinen kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan RAI – HC toimintakykymittareilla. Omaisilla ja lähipiirillä on tärkeä rooli osana asiakkaan hoidon suunnittelua ja toteutusta, yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Asumispalveluyksikössä asuvalle tehdään puolivuositain RAI- LTC toimintakykyarvio.

Asumispalvelua järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Asumispalvelulla tarkoitetaan palveluyksikössä järjestettävää asumista ja palveluja, kuten hoiva- ja hoitopalveluja sekä ateriapalveluja.

Laitosasumisessa ja tehostetussa asumispalvelussa asukkailla on ympärivuorokautinen hoidon ja hoivan tarve sekä valvottu toimintaympäristö. Laitosasumisessa asukkaat ovat sijoitettuna heikentyneen terveydentilan ja toimintakyvyn vuoksi. Kaikissa toiminnoissa asukkaat tarvitsevat kahden hoitajan avut.

Palveluasumisyksiköiden asunnot ovat vuokra-asuntoja. Asukkaan palvelut ja avuntarve määräytyvät henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan. Sosiaalihuoltolain mukaisten asumispalvelujen maksuista ei ole erikseen säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaissa (734/1992) tai -asetuksessa (912/1992), joten kukin kunta tai kuntayhtymä vahvistaa maksuperusteet asiakasmaksulain yleissäännösten rajoissa

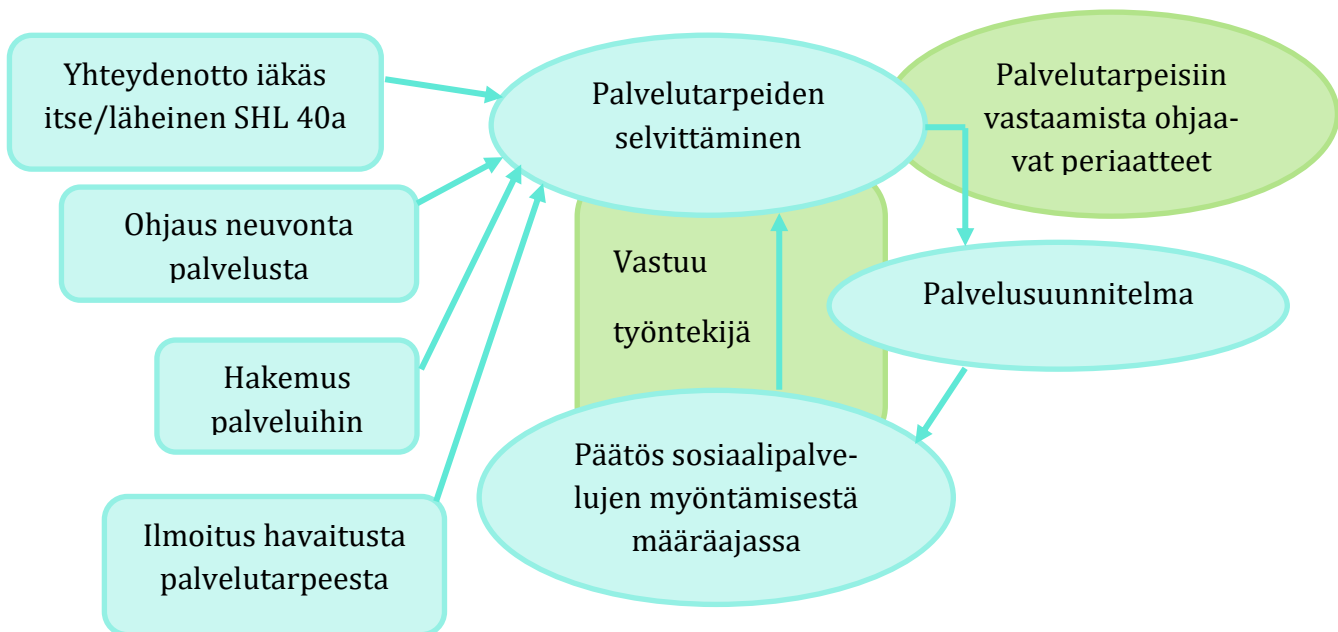
## 2. ASIAKKAAN KOKONAISTILANTEEN JA PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä iästä riippumatta. Eikiireellisissä tapauksissa yhteistoiminta-alueen on järjestettävä 75 vuotta täyttäneelle henkilölle sekä Kelan eläkkeensaajan erityishoitotuen saajalle iästä riippumatta pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun henkilö itse taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa tai muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavan yhteistoiminta-alueen viranomaiseen palvelujen saamiseksi.

Palvelutarpeen arviointi koskee sekä sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja, kuten koti- ja asumispalveluja ja omaishoidon tukea, että sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja, kuten vammaispalveluja, päihdehuollon palveluja ja toimeentulotukea. Palvelutarpeen arviointi määräajassa koskee henkilöitä, jotka eivät ole sosiaalipalvelujen piirissä sekä henkilöitä, jotka ovat palvelujen piirissä, mutta palvelutarpeessa tapahtuu muutoksia.

Kotihoidon palveluja suunniteltaessa asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn arviointi toteutetaan asiakkaan kotona, jotta saadaan selkeä näkemys hänen selviytymisestään arjessa. Arviointia tehtäessä on tärkeä kuunnella asiakkaan oma näkemys palvelutarpeestaan. Jos asiakas ei itse pysty ilmaisemaan palvelutarpeitaan, otetaan omaiset tai muut läheiset arviointiin tarvittaessa mukaan. Tavoitteena on saavuttaa yhteinen näkemys siitä, mitkä ovat ne keskeisimmät tekijät, joiden huomioon ottamisella on merkitystä palvelutarvetta arvioitaessa. Tämän jälkeen valitaan kyseisen toimintakyvyn osa-alueen arvioimiseen soveltuva mittari tai arviointijärjestelmä, jonka avulla arvioidaan keskeisiä asiakkaan arjen selviytymisessä huomioon otettavia tekijöitä.

Iäkkään henkilön palvelutarpeet ja niihin vastaaminen (luku 3) Lähde: STM 2013



### 3. TAIVALKOSKEN KOTIHOIDON ASIAKKAAKSI PÄÄSYN KRITEERIT

Kotihoidon palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu, mitä tukee toimijoiden kanssa yhdessä sovittu asiakkaan palvelutarpeen arviointikäytäntö. Kotihoidon sisältö perustuu kotihoidon työntekijän ammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja määräytyy kunkin asiakkaan yksilöllisen hoidon ja palvelun tarpeen mukaan ja sen pohjalta asiakkaan kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Vanhuspalvelulaki 2013, 16§, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000, 7§). Kotihoidon kriteereillä selkiytetään palvelujen kohdentamista tarkoituksenmukaisesti asiakkaille, jotka eivät selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla.

#### 3.1 Palvelujen piiriin pääsy

1. Aloite asiakkaaksi pääsystä voi tulla asiakkaalta itseltään, hänen läheiseltään, häntä hoitavalta taholta, muistihoidajalta, sosiaalitoimen tai viranomaisen edustajalta, palveluohjaajalta, sairaanhoitajalta, kotihoidon työntekijöiltä, SAS- ryhmän jäseniltä tai joltakin muulta taholta.
2. Kotihoidon palvelu käynnistyy kotihoidon ammattihenkilön/henkilöiden (palveluohjaaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti) tekemällä kotikäynnillä asiakkaan kotona (tai kotiutuspalaverissa esim. terveyskeskuksessa). Kotikäynnillä (tai kotiutuspalaverissa) kotihoidon toimija arvioi palvelujen tarpeen yhteistyössä asiakkaan ja muiden hänen tukemiseensa osallistuvien tahojen kanssa. Arvioinnissa otetaan aina huomioon asiakkaan oma mielipide palvelutarpeesta, lähipiirin osallistumismahdollisuudet, yksityiset palvelut ja vapaaehtoistyö. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella suunnitellaan yhdessä asiakkaan tarvitsema palvelukokonaisuus.
  - Sosiaalihuoltolakiin (40a §) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista (15 §) liittyvissä palvelutarpeen arviointitehtävissä asiakkaaseen otetaan yhteyttä viimeistään seitsemän (7) työpäivän kuluessa yhteydenottopyynnöstä
  - Kiireellisissä tapauksissa hoidon tarve/palvelutarve arvioidaan viipymättä
  - Kotihoidon palvelujen piirissä jo olevien asiakkaiden kotiuttamistilanteissa ja kiireellisissä tapauksissa palvelutarve arvioidaan viipymättä kotihoidon tiimien toimesta.
3. Palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä arvioidaan asiakkaan toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Taivalkosken yli 65-vuotiaan asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja kriteerien täyttymisen arvioinnissa käytetään apuna seuraavia mittareita: CERAD-kognitiivinen tehtäväsarja, MMSE, RAI, MNA sekä tarvittaessa GDS – depressioseulaa, lisäksi voidaan valita muita asiakkaan tilanteen kannalta tarpeellisia seurantamenetelmiä. Mittarit luovat kriteeristön, joka ohjaa asiakkaaksi ottamisen perusteita. Kriteerien avulla kotihoidon palvelut kohdennetaan niille henkilöille, jotka alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymisessä. Asiakkaan tilannetta arvioitaessa huomioidaan myös kotona selviytymiseen vaikuttavat sairaudet (huom. kivun hoito), asuinympäristö (turvallisuus, esteettömyys) ja kartoitetaan apuvälineiden tarve sekä huomioidaan asiakkaan tausta / elämänhistoria. Asiakkaiden alkaessa, selvitetään asiakkaan tulevaisuuden toiveet hoidon suhteen (hoitotahto).
4. Suositellaan hoitotahto tehtäväksi siltä varalta, että henkilö on toimintakykyä heikentävän sairauden vuoksi kykenemätön ymmärtämään ja tekemään päätöksiä omasta hoivasta tai lääketieteellistä hoitoa koskevista asioista. Lisäksi mahdollinen edunvalvontavaltuus Edunvalvontavaltuutuksella henkilö voi itse etukäteen järjestää asioidensa hoidon sen varalta, että hän tulee myöhemmin kykenemättömäksi hoitamaan asioitaan esimerkiksi heikentyneen terveydentilansa vuoksi. Asiakirjojen tallennus [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi).
5. Sosiaalipalvelujen kiireellisessä tapauksessa päätös on tehtävä ja järjestettävä viipymättä ja muussa tapauksessa ilman aiheetonta viivytyksiä. Asiakkaalle tehdään palveluista valituskelpoinen pal-

velu- ja maksupäätös. Myös kielteinen päätös tehdään kirjallisena. Kiireelliset palvelut on järjestettävä heti.

6. Kotihoidon palvelujen piiriin hakeutuville asiakkaille myönnetään kotihoidon palvelut aluksi pääsääntöisesti neljän (4) viikon pituiseksi arviointijaksoksi. Arviointijakson aikana ei lopeteta asiakkaan palveluja, ellei toisin sovita. Asiakkaan vastuuhoitaja arvioi tilanteen asiakkaan ja/tai läheisen kanssa ja kutsuu tarvittaessa koolle muita hoidossa mukana olevia tahoja.
7. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kuntoisuutta arvioidaan RAI HC mittaristolla. Palvelutarvetta ja tavoitteisiin pääsyä arvioidaan kuuden (6) kuukauden välein ja aina toimintakyvyn merkittävästi muuttuessa. Asiakkaan vastuuhoitaja arvioi tilanteen asiakkaan ja/tai läheisen kanssa ja kutsuu tarvittaessa koolle muita hoidossa mukana olevia tahoja. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen palvelujen määrää voidaan lisätä. Palveluja voidaan myös vähentää tai lopettaa palvelut kokonaan, mikäli asiakkaan tilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, joiden perusteella palvelun myöntämisen kriteerit eivät enää täyty.
8. Kotihoidon asiakkuudessa olevien asiakkaiden hoidon ja palvelujen tarve arvioidaan tarvittaessa uudelleen asiakkaan kotiutuessa sairaalahoidosta tai muusta laitoshoidosta.
9. Tiedot asiakaskäynneistä tilastoidaan ja kirjataan LifeCare potilastietojärjestelmään. Kotihoidon asiakaskäynneillä kirjaaminen tapahtuu asiakkaan luona käynnin aikana. Kirjaamisessa noudatetaan Pohjois-Pohjanmaan perusterveydenhuollon yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä. Lisäksi noudatetaan Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
10. Kotihoidon palveluista peritään asiakasmaksu, joka määräytyy asiakasmaksulain ja -asetuksen (9.10.1992/912) mukaisesti. Asiakasmaksuun vaikuttavat lisäksi asiakkaan saaman palvelun, kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan + hyväksymät ja voimassa olevat maksuperusteet sekä asiakkaan tulot. Maksua määriteltessä huomioidaan molempien puolisoitten tulot. Mahdollisimman pian kotihoidon alettua kotihoidon sairaanhoitaja selvittää asiakkaalle kotihoidon kustannukset ja tekee päätöksen palvelujen aloittamisesta. Päätöksiä tehtäessä noudatetaan hyvää hallintokäytäntöä ja otetaan huomioon kuntalaisten yhdenvertaisuus. Palvelusetelillä myönnetty tukipalvelun hinta määräytyy myönnetyn palvelusetelin arvon ja palvelutuottajan palvelun hinnan erotuksesta.

### 3.2 Säännöllisen kotihoidon asiakkuuden kriteerit

Kotihoidon kriteereillä selkiytetään palvelujen kohdentamista tarkoituksenmukaisesti asiakkaille, jotka eivät selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla. Säännölliseen kotihoitoon otetaan asiakas, joka ei sairauden tai muuten alentuneen toimintakyvyn takia selviydy jokapäiväisistä toimista itsenäisesti tai omaisten/ lähipiirin tai muiden palvelujärjestelmien avulla. Asiakas tarvitsee hoivaa, huolenpitoa tai sairaanhoitoa toistuvasti, pääasiassa päivittäin tai useita kertoja viikossa. Palveluseteli on vaihtoehto kunnan järjestämälle säännölliselle kotihoidolle. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä. Tällöin Taivalkosken kunta ohjaa asiakkaan Taivalkosken kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin.

Asiakasmaksuasetuksen 3 §:n mukaan jatkuvasta ja säännöllisestä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta voidaan periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvä kuukausimaksu. Kuukausituloina otetaan huomioon 27 §:n mukaan palvelun käyttäjän sekä hänen kanssaan yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa asuvan henkilön veronalaiset ansio- ja pääomatulot sekä verosta vapaat tulot. Metsätulona otetaan asiakasmaksuasetuksen 28 a §:n mukaan huomioon varojen arvostamisesta verotuksessa annetun lain (1142/2005) 7 §:n 3 momentin mukaan vahvistettu metsän keskimääräinen vuotuinen tuotto hehtaarilta kerrottuna metsämaan pinta-alalla. Tästä määrästä vähennetään 10 prosenttia ja metsätalouden korot.



**Palvelusetelin hinta** määräytyy asiakkaalle palvelusetelinarvon ja palvelusetelituottajan hinnan erotus. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelusetelin arvo on **enintään 27 euroa tunnilta**. Enimmäisarvoisen setelin saa talous, jonka bruttotulot eivät ylitä annettua tulo rajaa. Setelin arvon on oltava tuloista riippumatta kuitenkin **vähintään 7 euroa tunnilta**. Palvelutuottajan kotisoitosta ja virtuaalilihteydestä ei peritä asiakasmaksua

Sairaanhoidollinen palvelu kohdistuu henkilöille, jotka eivät kykene käyttämään muita avoterveydenhuollon palveluita tai yksityisiä palveluita.

#### **RAI - Screener kriteerit:**

- MAPLe\_5 >2 Palvelutarpeiden luonne (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erittäin suuri)
- MAPLe 1 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuudenvaarantavat harhaisuus tai harhaluuloisuus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen kotona on tarkoituksenmukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä, niiden puuttuminen tai vähävaraisuus
- Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää seuraavia ohjearvoja:
  - ADL- H\_6 >1 (Asiakkaan arkisuoriutumisen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygieniasa) TAI
  - IADL\_21 >13 (Asiakkaan välinetoiminnot ovat heikentyneet mm. puhelimen käyttö, kaupassa käynti, siivous, ruoanlaittaminen, lääkityksestä huolehtiminen)
  - CPS\_6 >1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky) tai
  - DRS\_14 > 6 Mieliala, masennusoireita, kohtalaisesti oireita
  - CAPS ongelma-alueita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla vähintään 10/30
- Lisäkriteerit tai muu perusteltu syy:
  - Muut kriteerit voivat alittaa; vaikeat psyykkiset - ja sosiaaliset ongelmat, asiakkaat, joilla hoitosuhde erikoissairaanhoidon (mielenterveys ja päihdeongelmat). Sairaanhoidollinen syy eikä pääse terveysasemalle.
  - MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
  - GDS-15 > 5-9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10-15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Optimaalisesta hoidosta huolimatta (lievä depressio)
  - MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.

Asiakkaan tulee pääsääntöisesti kyetä liikkumaan / siirtymään yhden avustamana apuvälineitä käyttäen ja kyettävä pääsääntöisesti syömään itsenäisesti. Toimintakykymittausten arvot ovat suuntaa antavia kokonaisarvioinnin yhteydessä käytettynä.

Kotiin annettavan palvelun ei tule ylittää pitkäaikaishoidon (palveluasumisen) kustannuksia. Käyntejä kotona voi olla 1-5 x vrk (asuinalueen mukaan). Jos kotihoidon tarve ylittää yli 40 tuntia/ kk, asiakkaan kanssa arvioidaan kotona selviytymisen tilannetta ja edellytetään käyttämään omarahoitteisia lisäpalveluja.

Säännöllistä kotihoitoa voidaan antaa kerran viikossa tai harvemmin tarvittaviin käynteihin seuraavissa tilanteissa:

- Asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta (asiakas saa toimeentulotukea)



- Asiakkaan pääasiallisesta hoidosta vastaa omaishoitaja ja kotihoitoa tarvitaan omaishoidon tukemiseksi
- Jos lääkäri arvioi, että asiakkaan terveydentila vaarantuu ilman säännöllisiä kotihoitoa käyn-  
tejä

### 3.3 Tilapäisen kotihoidon asiakkuuden kriteerit

Kotihoidon kriteereillä selkiytetään palvelujen kohdentamista tarkoituksenmukaisesti asiakkaille, jotka eivät selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla. Palveluseteli on vaihtoehto kunnan järjestämälle tilapäiselle kotihoidolle.

Kotihoidon käynnit luokitellaan tilapäisiksi, mikäli hoitosuhde kestää alle kolme kuukautta ja/tai käyn-  
tejä on alle 1 kertaa viikossa.

Jos asiakkaalla on tilapäistä / satunnaista kotihoidon tarvetta, arvioidaan tukipalvelusetelin käyttö-  
mahdollisuus ja hänet ohjataan ensisijaisesti yksityiselle palveluntuottajalle. Tarvittaessa kotihoito voi  
tehdä tilapäiskäyn-  
tejä liittyen esim. omaishoitajan tukemiseen, sairaanhoidollisiin ongelmatilanteisiin  
tms.

Tilapäisen kotisairaanhoidon osalta peritään asetuksen (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksu-  
asetuksen 3§) mukainen enimmäismaksu lääkärin ja muun henkilön suorittamasta kotikäynnistä. Ti-  
lapäisistä kotipalvelun käynneistä peritään asiakkaalta kiinteä **käyntimaksu 9,30 euroa/kerta**.  
Käyntimaksu on sama kunnan palveluna ja palvelusetelillä tuotettuna.

Tilapäisen kotihoidon arviointiin käytetään Taivalkosken kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan hy-  
väksymiä arviointimenetelmiä ja mittaristoa.

#### RAI - Screener kriteerit:

- MAPLe\_5 >2 Palvelutarpeiden (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erit-  
tään suuri)
- MAPLe 1 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuudenvaarantavat har-  
haisuus tai harhaluuloisuus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen ko-  
tona on tarkoituksenmukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimat-  
kat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä, niiden puuttuminen tai vähäva-  
raisuus
- Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää seuraavia ohjearvoja:
  - ADL- H\_6 >1 (Asiakkaan arkisuoriutumisen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti  
apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygienias-  
sa) TAI
  - IADL\_21 >13 (Asiakkaan välinetoiminnot ovat heikentyneet mm. puhelimen käyttö,  
kaupassa käynti, siivous, ruoanlaittaminen, lääkityksestä huolehtiminen)
  - CPS\_6 >1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tulemi-  
nen, päätöksentekokyky) tai
  - DRS\_14 > 6 Mieliala, masennusoireita, kohtalaisesti oireita
  - CAPS ongelma-alueita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvynalueilla vähin-  
tään 10/30
- Lisäkriteerit tai muu perusteltu syy:
  - Muut kriteerit voivat alittaa; vaikeat psyykkiset - ja sosiaaliset ongelmat, asiakkaat, joil-  
la hoitosuhde erikoissairaanhoidon (mielenterveys ja päihdeongelmat). Sairaanhoi-  
dollinen syy eikä pääse terveysasemalle.

- MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
- GDS-15 > 5–9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10–15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Optimaalisesta hoidosta huolimatta (lievä depressio)
- MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.

#### 4. TAIVALKOSKEN KOTIHOIDON SISÄLTÖ

##### 1. Palveluohjaus

- Palveluohjaus on tarpeen silloin, kun asiakas tarvitsee usean palveluntuottajan palveluja samanaikaisesti tai hänen omat voimavaransa eivät riitä tarvittavien palvelujen järjestämiseen. Palveluohjauksen tärkeimpänä tavoitteena on luoda asiakkaan yksilökohtaisia tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. Kotihoidon työntekijät toteuttavat palveluohjausta päivittäisessä työssään ohjaamalla, neuvomalla, järjestämällä asiakkaalle tarvittavia palveluja, tukemalla etuuskien hakemisessa sekä antamalla tukea ja ohjausta myös omaisille erilaisissa elämäntilanteissa. Lisäksi selvitetään omaisten / läheisten mahdollisuudet osallistua asiakkaan palvelujen järjestämiseen. Tarvittaessa kotihoito on tukena edunvalvontaprosessin käynnistämässä.
- Kotihoito edistää omalta osaltaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia: fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä perusturvallisuutta, kuntoutumista, itsenäistä kotona selviytymistä, sekä arkielämän aktivointia. Kotihoito pyrkii vaikuttamaan kotona selviytymistä uhkaaviin riskitekijöihin (mm. muistin aleneminen, ympäristön turvallisuus, ravitsemustila, päihteiden käyttö).

##### 2. Sairaanhoidolliset toimenpiteet

- Sisältyvät pääsääntöisesti säännölliseen kotihoitoon ja ne toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Kotihoidon tehtäviin kuuluvat mm. lääkehoito, pitkäaikaissairauksien hoito, sairaanhoidolliset toimenpiteet, avustaminen toiminnoissa, jotka johtuvat asiakkaan ikääntymisestä ja toimintakyvyn alenemisesta, seuranta, ohjaus, opetus ja neuvonta sekä näytteiden otto (ensisijaisesti asiakas käy itse tai lähipiiriin saattamana laboratoriossa). Kotihoidossa ei ole mahdollista toteuttaa esim. iv-hoitoja ja dialyysihoitoja tai kotisairaalatyyppistä hoitoa.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. mm. koneellinen lääkkeenjako apteekissa Anja-kerta-annospusseihin tai kotona lääkkeenjako asiakkaan omaan lääkeannostelijaan asiakkaan omista lääkkeistä, ja siihen liittyvät muut tarpeelliset toimenpiteet 1 x viikko (1–4 x kk).

##### 3. Hygieniasta huolehtiminen

- Avustetaan asiakasta peseytymisessä 1 x viikossa asiakkaan omat voimavarat huomioiden. Huolehditaan päivittäiset pikkupesut, suuhygienia, ihon hoito, parranajo sekä kynsien leikkaus asiakkaan tarpeen mukaisesti.
- Päivätoiminnan yhteydessä on Palvelukeskus Katajassa mahdollisuus peseytymiseen tai sovittaessa muuna aikana.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1x viikko (1–4 x kk)

##### 4. Ravitsemuksesta huolehtiminen

- Tuetaan mahdollisuuksien mukaan asiakkaan riittävää ja monipuolista ruokailun toteutumista. Asiakas käyttää ensisijaisesti – ateriapalvelua. Asiakkaalla on mahdollisuus käyttää ateriapalvelua Palvelukeskus Katajassa tai kotiin toimitettavaa ateriapalvelua. Henkilölle, joka ei selviydy omatoimisesti ruuanlaitosta erityisruokavalion tai hänen tilapäisen/pysyvän toimintakyvynsä heikentymisen vuoksi. Hänellä on mahdollisuus hakea ruokapalveluun tukipalveluseteliä. Palveluun sisältyy ruoan teko kotona sovittaessa esim. aamupala, iltapala kerran tai kaksi kertaa päivässä. Kotihoidon henkilö tarvittaessa lämmittää valmiita aineksia tai omaisten valmistama ruoka. Huolehditaan aamu-, väli- ja iltapaloista ja niiden antamisesta, riittävästä nes-

teen saannista sekä ravitsemukseen liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta. Huolehditaan säännöllisestä painon seurannasta vähintään 1x kk tai tarvittaessa useammin. Ruokailun toteutumista seurataan erityisesti muistiongelmallisilla.

- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1–2 x vrk

## 5. Sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja ja ulkoilupalvelua

- Sosiaalista kanssakäymistä edistävää palvelua ja ulkoilua kotihoidon toimesta järjestetään työtilanteen mukaisesti tasapuolisuus huomioiden. Yhdessä tekemistä esim. käsitöitä, ruoanlaittoa, juttelua, pelaamista, liikuntaa ulkona tai sisällä. Palvelun sisältö määritellään asiakkaan kanssa yhdessä.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1 x viikko (1–4 x kk)

## 6. Saattajapalvelu

- Saattoapua järjestetään omaisten tai lähipiirin tai mahdollisen vapaaehtoistyöntekijän turvin. Palveluun sisältyy asiakkaan mukaan lähteminen ja henkilökohtainen saattaminen lääkärin tai muun asiantuntijan luo. Palvelusta **sovitaan aina erikseen** joko asiakkaan tai hänen omaisensa kanssa.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa.

## 7. Kodin siisteys

- Säännöllisten kotihoidon asiakkaiden luona käytäessä huolehditaan samalla yleisestä siisteydestä (roskat, keittiön, wc:n siisteys, vuodevaatteiden vaihtaminen tarvittaessa) huomioiden lähipiirin apu ja kuntouttava työote. Varsinaisen siivousavun (imurointi, lattioiden pyyhkiminen, petivaatteiden tuuletus) asiakas järjestää itse tai tukipalvelusetelillä.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1 x viikko (1–4 x kuukausi).

## 8. Kauppa- ja asiointipalvelu

- Kauppa-, pankki- ja apteekkiasiat hoitaa pääsääntöisesti asiakas, omaiset, muu läheinen tai edunvalvoja. Laskut ohjataan suoralaskutukseen tai käytetään maksupalvelua, kauppa- ja apteekkiasioinnissa edellytetään tiliasiakkuutta. Kotihoidon henkilöstö ei hoida asiakkaan rahasioita eikä käsittele käteistä rahaa sovittuja käyttörahoja lukuun ottamatta. Kotihoito ei käytä asiakkaan pankkikorttia. Asioinnin järjestämisessä palvelusetelin käyttö on mahdollista. Kauppa-asiointipalvelulla tarkoitetaan asiakkaan ruoka- ja päivittäistavaroiden toimittamista asiakkaalle. Asiointipalvelu sisältää kauppalistan ja – kassien noutamisen asiakkaan luota, kaupassa tavaroiden kerääminen ja kauppakassin toimittamisen asiakkaan kotiin, tarvittaessa laittamisen kappeihin saakka. Tarvittaessa avustetaan myös kauppalistan teossa. Kauppa-asiointia varten asiakkaan tai hänen omaisensa tulee avata paikalliseen päivittäistavara-kauppaan tili, jolle ostokset haetaan.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1 x viikko (1–4 x kuukausi).

## 9. Vaatehuoltopalvelu

- Palveluun sisältyy tavanomainen vaatehuolto (likaisten pyykkien kerääminen, pyykin pesun järjestäminen, puhtaan pyykin jakaminen, silitys, mankelointi jne.) sekä liinavaatehuolto. Pal-

velu suoritetaan asiakkaan kotona tai tarvittaessa pyykinpesu yksityisen palvelutuottajan koneella.

- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1 x viikko (1–4 x kuukausi).

#### 10. Kiinteistö- ja pihatyöpalvelu

- Kodin pienet korjaukset ja asennustyöt, lumityöt, pihan kunnostus, nurmikon leikkaus, hiekoittaminen polttopuiden pilkkominen ja toimituskotiin, polttopuiden vienti sisälle, talonlämmitys.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1 x viikko (1–4 x kuukausi).

#### 11. Seurantakäynnit

- Posti haetaan tarvittaessa postilaatikosta. Lumet lakaistaan sisäänkäynnin edustalta siltä osin kuin välttämätön liikkumisen turvaaminen edellyttää. (portaita ja niiden välitöntä edustaa). Turvapuhelinhälytys käynti.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa.

#### 12. Ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen

- Huolehditaan mahdollisuuksien mukaan asiakkaan asuinympäristön esteettömyydestä, riittävästä valaistuksesta, sähkölaitteiden turvallisuudesta, turvapuhelimen toimivuudesta (säännölliset tarkistussoitot) sekä yhteistyössä fysioterapian kanssa apuvälineiden kartoituksesta ja käytön ohjauksesta. Apuna käytetään ns. kodinturvallisuuden ja kotitapaturmien ehkäisyn tarkistuslistaa.

#### 13. Yhteistyö

- Erityisryhmien (esim. psykiatriset-, päihde- ja vammaisasiakkaat) kotihoidon toteutumisen turvaamiseksi tarvitaan tiivistä yhteistyötä eri tahojen asiantuntijoiden kanssa.

#### 14. Yhdistetty kotipalvelun tukipalvelut

- Yhdistetyssä tukipalveluiden tuottamisessa voidaan tukea asiakkaiden kokonaisvaltaista ja monipuolisia palveluita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Asiakas tarvitsee useita tukipalveluita säännöllisesti - tai tilapäisesti päivittäin tai 1–2 kertaa viikossa. Kotipalveluseteliin on yhdistetty useampi tukipalvelu; ruokapalvelu, sauna- ja kylvetyspalvelu, vaatehuolto, kiinteistö- ja pihatyöt, sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja ja ulkoilupalvelu, seurantaikäynnit.
- Vähävaraisella ja toimintakyvyltään alentuneella on mahdollisuus saada säännöllisen- ja tilapäisenavun tukipalveluiden järjestämiseen tukipalveluseteli, jonka hakemisessa kotihoidon henkilökunta avustaa. 1–2 x viikko (4–8 x kuukausi)

#### 15. Turvapuhelin

- Asiakkaalla on mahdollisuus ostaa turvapuhelinpalvelu. Asiakkaan ei tarvitse olla kotihoidon asiakas. Turvahälytyksiin vastaa kotihoito ympärivuorokauden.

#### 16. Muut tehtävät

- Asiakkaiden lemmikkieläinten hoito ja ulkoiluttaminen **eivät sisälly** kotihoidon tehtäviin

## 5. KOTHOIDON PALVELUIHIN PÄÄSYN PERUSTEITA

Perusteiden tavoitteena on hakea yhtenäistä linjaa kotihoidon asiakkaaksi ottamisessa. Sanalliset kuvaukset perustuvat eri toimintakyvyn osa-alueisiin ja kotihoidon palveluihin. Lisäksi on tärkeää löytää avun tarpeen taustalla olevat syyt, ja etsiä keinot niiden poistamiseksi tai vähentämiseksi.

### **Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen toimintakyky:**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä todetaan alentunutta kykyä pitää yllä sosiaalisia suhteita ja hyödyntää teknisiä yhteydenpitovälineitä, haetaan ensisijaisesti voimavaroja ja tukea iäkkään henkilön omista verkostoista ja kolmannesta sektorista. Iäkkään henkilön oma halu osallistua ja ylläpitää sosiaalisia suhteita on tärkeää ja omatoimisuuteen tulee kannustaa. Aktivointi on tärkeää, kun iäkkäässä henkilössä havaitaan turvattomuutta, yksinäisyyttä, eristäytymistä tai aloitekyvyttömyyttä. Iäkkään henkilön asumismuoto sekä asunnon sijainnin vaikutus mahdollisuuteen ylläpitää sosiaalisia suhteita huomioidaan. Yksityisiä palveluita ja päiväkeskuksia hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan.

### **Kognitio ja muistitoiminnot:**

Jos heikentynyt kognitio ja muistitoiminnot vaikuttavat vain vähän iäkkään henkilön taitoihin ja kykyyn ilmaista itseään ja selvittää arjessa, selvitetään lähiverkoston mahdollisuus tukea häntä. Keinoja iäkkään henkilön tukemiseen pyritään löytämään hänen omista voimavaroistaan. Muistihoitajan mukanaolo mahdollisimman varhaisesta vaiheesta on tärkeää. Tarvittaessa iäkkästä henkilöä tuetaan tukipalveluilla (turvapuhelin, ovihälytín, ateriapalvelu). Jos iäkkäs henkilö ei pysty heikentyneitten kognitio- ja muistitoimintojen takia huolehtimaan päivittäisistä toiminnoista, vuorokausirytmí on sekaisin tai iäkkäällä henkilöllä on harhailua kodin ulkopuolella, aloitetaan kotihoidon palvelut.

### **Psyykkinen toimintakyky:**

Jos iäkkäällä henkilöllä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä todetaan heikentyneen psyyken, kuten harhojen/eristäytymisen vuoksi vaikeuksia kotona asumisessa, selvitetään lähiverkoston ja kolmannen sektorin keinot tukea häntä. Lisäksi pyritään selvittämään taustoja psyykkisen voimien heikentymiselle. Tarvittaessa iäkkäs henkilö ohjataan tukipalveluiden piiriin. Jos iäkkäs henkilö ei heikentyneen psyyken, lääkkeiden tai alkoholin väärinkäytön vuoksi kykene omatoimisesti huolehtimaan päivittäisistä toiminnoista tai tarvitsee lääkehoidon seurantaa, aloitetaan kotihoidon palvelut.

### **Aistitoiminnot (näkö/ kuulo):**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä todetaan iäkkäällä henkilöllä aistitoimintojen heikentyneen, selvitetään aistivammasta ja sen vakavuudesta riippuen mahdollisuudet eri tukimuotoihin. Asiakkaalle kerrotaan markkinoilta saatavista apuvälineistä. Lisäksi selvitetään mahdollisuus kuntoutusohjaajien kautta saataviin apuvälineisiin. Jos iäkkäs henkilö ei kykene näön/ kuulon heikentymien vuoksi huolehtimaan päivittäisestä perustoiminnoista, aloitetaan tarvittaessa kotihoidon palvelut.

### **Liikkuminen:**

Palvelutarpeen arvioinnissa kartoitetaan iäkkään ihmisen tavat liikkua. Iäkkästä ihmistä kannustetaan omatoimiseen liikkumiseen ja lähtemään mukaan olemassa oleviin ryhmiin. Päivittäisen hyötyliikunnan merkitystä fyysisen toimintakyvyn ylläpitäjänä korostetaan. Iäkkään ihmisen ja läheisten kanssa pyritään löytämään mieleisiä liikkumismuotoja. Lisäksi kartoitetaan kodin ulkopuolinen liikkuminen. Jos liikkuminen on epävarmaa tai liikkumisessa on rajoitteita tai riskejä, arvioidaan apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarve sekä tehdään mahdollisuuksien mukaan fysioterapeutin arvio. Jos liikkumisen rajoitteet aiheuttavat avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa, aloitetaan tarvittaessa kotihoidon palvelut.

### **Pukeutuminen:**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä iäkkäällä henkilöllä todetaan pientä avuntarvetta pukeutumisessa, kartoitetaan ja kannustetaan mahdollisten apuvälineiden (esim. sukanvetolaite) ja helposti puettavien vaatteiden hankkimiseen. Jos muu apu ei ole riittävää, aloitetaan tarvittaessa kotihoidon palvelut.

**Peseytyminen:**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä iäkkäällä ihmisellä todetaan peseytymisessä epävarmuutta tai seurannan tarvetta, selvitetään läheisten mahdollisuus auttaa. Apuvälineiden tarve ja kodin muutostöiden mahdollisuudet selvitetään. Tarvittaessa ohjataan ensisijaisesti yksityisten palveluiden, toissijaisesti tukipalveluiden piiriin.

Pesuapua kotihoitona voidaan antaa, jos heikentynyt toimintakyky aiheuttaa huomattavia vaikeuksia peseytymisessä. Pesuapua voidaan antaa myös, jos iäkäs ihminen ei muistisairauden, mielenterveysongelmien tai muiden syiden vuoksi pysty huolehtimaan henkilökohtaisen hygienian hoidosta. Tällöin pyritään turvaamaan säännöllinen peseytyminen iäkkään ihmisen itsemääräämisoikeus huomioiden. Lisäksi omaishoitajille tarjotaan apua hoidettavan pesutilanteisiin tarpeen mukaan.

**Ruokailu:**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä todetaan iäkkäällä henkilöllä ravitsemustilan heikentyneen, on tärkeää selvittää tilanteen tausta, kuten sairaudet ja suun terveys. Ikäihmistä ja/tai hänen läheisiään ohjataan monipuolisesta ja riittävästä ravitsemuksesta. Jos iäkäs henkilö ei heikentyneen toimintakyvyn (muisti, psyyke, fyysinen kunto) vuoksi pysty huolehtimaan ravitsemuksestaan, tarjotaan ateriapalvelua. Säännöllisen kotihoidon asiakkailta huolehditaan tarvittaessa ravitsemuksesta kokonaisvaltaisesti

**Lääkehoito:**

Jos iäkäs henkilö ei heikentyneen toimintakyvyn takia pysty itse huolehtimaan lääkehoidosta, selvitetään mahdollisuudet läheisten avunantoon sekä yksityisiin palveluihin kuten apteekin koneellinen lääkkeenjako annospusseihin, lääkekelloon, annosjakeluun tai kotiinkuljetukseen. Kotihoito huolehtii lääkehoidosta, jos turvallista ja oikeaa lääkehoitoa ei pystytä varmistamaan edellä mainituilla keinoilla.

**Kodinhoito ja kotityöt:**

Jos palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ilmenee avuntarvetta siivouksessa, pihatöissä tai muissa kotitöissä, selvitetään iäkkään henkilön läheisten mahdollisuudet auttaa. Iäkästä henkilöä ohjataan hankkimaan tarvittaessa apua yksityisiltä palvelutuottajilta tai kolmannelta sektorilta.

Pienet siivoustehtävät kuuluvat säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palveluun.

**WC-tilat ja toiminnot:**

Arvioidaan apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarve WC-tiloissa sekä ohjataan iäkästä henkilöä /läheisiä näiden hankkimisessa. Jos iäkkäällä henkilöllä todetaan palvelutarpeen arvioinnissa virtsan tai ulosteenpidätyskyvyn vaikeuksia, ohjataan vaippojen tai muiden tarvikkeiden hankkimisessa ja käytössä. Haastavissa tilanteissa aloitetaan tarvittaessa kotihoidon palvelut.

**Somaattinen sairaus:**

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä arvioidaan iäkkään henkilön ja läheisen tuen tarve liittyen somaattisen sairauden omahoitoon, seurantaan ja lääkitykseen. Edellisen lääkärikäynnin ajankohta on hyvä selvittää. Jos tarkastuksesta on yli kaksi vuotta, ohjataan varaamaan aika vastaanotolle. Ikäihmistä kannustetaan myös kuntoutukseen.

Sairauden luonteen, vaiheen ja sen aiheuttamien toimintakyvyn rajoitteiden mukaan aloitetaan tarpeenmukaiset tuki- ja/tai kotihoidon palvelut tai ohjataan yksityisiin palveluihin.

**6. PALVELUSETELI**

Palveluseteli on vaihtoehtoinen tapa järjestää kunnan lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja. Palvelusetelin käyttäjällä on kuitenkin muista järjestämistavoista poiketen oikeus valita haluamansa kunnan hyväksymä palvelun tuottaja. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin. Palvelusetelin saanut asiakas tekee palvelujen tuottajan kanssa sopimuksen palvelusetelillä hankittavista



palveluista. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009) säätelee palvelusetelin käyttöä.

Kotihoidon tukipalvelut kuuluvat kunnan harkinnan perusteella järjestettäviin palveluihin. Tukipalvelujen myöntäminen perustuu palveluntarpeen arviointiin ja palveluja voidaan myöntää säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden lisäksi palveluntarpeen arvion perusteella myös muille eli ns. tukipalveluasiakkaille.

Palvelusetelin saaminen edellyttää palveluntarpeen arvioimista. Palvelusetelin voi saada käyttöönsä, jos henkilön avuntarve ja kokonaistilanne täyttävät palvelun myöntämiseen määritellyt kriteerit ja hänelle on tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma. Palvelupäätökseen vaikuttavat asiakkaan toimintakyvyn lisäksi hänen sosiaalinen verkostonsa, omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet, asunto-olosuhteet sekä mahdolliset yksityiset omarahoitteiset palvelut sekä vapaaehtoistyö. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa /lausuntoa ei anneta palvelun tuottajalle.

**1. Säännöllinen tulosidonnainen tukipalveluseteli** kohdistuu ensisijaisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville ikäihmisille ja pitkäaikaissairaille. Asiakas on säännöllisen kotihoidon asiakas ja mahdollisuus saada muita kunnan tuottamia kotipalveluita tukipalveluseteli rinnalle.

#### **RAI - Screener kriteerit:**

- MAPLe\_5 >2 Palvelutarpeiden luonne (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erittäin suuri)
- MAPLe 1 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuudenvaarantavat harhaisuus tai harhaluuloisuus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen kotona on tarkoituksenmukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä, niiden puuttuminen tai vähävaraisuus
- Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää seuraavia ohjearvoja:
  - ADL- H\_6 >1 (Asiakkaan arkisuoriutuminen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygieniasa) TAI
  - IADL\_21 >13 (Asiakkaan välinetoiminnot ovat heikentyneet mm. puhelimen käyttö, kaupassa käynti, siivous, ruoanlaittaminen, lääkityksestä huolehtiminen)
  - CPS\_6 >1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky) tai
  - DRS\_14 > 6 Mieliala, masennusoireita, kohtalaisesti oireita
  - CAPS ongelma-alueita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvynalueilla vähintään 10/30
- Lisäkriteerit tai muu perusteltu syy:
  - Muut kriteerit voivat alittaa; vaikeat psyykkiset - ja sosiaaliset ongelmat, asiakkaat, joilla hoitosuhde erikoissairaanhoidon (mielenterveys ja päihdeongelmat). Sairaanhoitollinen syy eikä pääse terveysasemalle.
  - MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
  - GDS-15 > 5-9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10-15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Optimaalisesta hoidosta huolimatta (lievä depressio)
  - MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.



**2. Tilapäinen tulosidonnainen tukipalveluseteli** kohdistuu asiakkaisiin, joilla tukipalvelun tarve on vähäistä säännöllisesti tai lyhytaikaisesti. Asiakas ei ole säännöllisen kotihoidon asiakas. (tukipalveluasiakas)

**Tilapäisen tulosidonnaisen tukipalvelun palvelusetelin kriteerit:**

- yli 65 - vuotias
- **tukipalvelusetelin bruttoraja 2018-2021:**
  - yhden hengen talous 1210,70 €/kk
  - kahden hengen talous 1882,19 €/kk
  - suurempi kuin kahden perheen talous tulorajaa korotetaan 350 € ylimenevää henkilö kohden
  - jos halutaan, että päätettäessä otetaan huomioon menoja, tulee tehdä niistä erillinen selvitys. Tällaisia menoja voivat olla esim. velkasaneeraukseen ym. velkojen hoitoon liittyvät menot.
- **RAI - Screener kriteerit:**
  - ADLH>1 (Asiakkaan arkisuoriutumisen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygieniassa) tai CPS>1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky) tai
  - MAPLe >2 (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erittäin suuri) tai
- MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
- GDS-15, 3-4 normaali, 5-9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10-15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen.
- MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.

Tilapäinen tulosidonnainen tukipalveluseteli on määrärahasidonnainen tukipalvelu.

Tilapäisen tulosidonnaisen tukipalvelusetelin tavoitteena on asiakkaan turvallinen kotona selviytyminen, ilman haettua palvelua asiakkaan itsenäinen kotona asuminen vaarantuisi/riski siirtyä kotihoidon asiakkaaksi. Palvelupäätökseen vaikuttavat asiakkaan toimintakyvyn lisäksi hänen sosiaalinen verkostonsa, omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet, asunto-olosuhteet sekä mahdolliset yksityiset omarahoitteiset palvelut sekä vapaaehtoistyö. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa /lausuntoa ei anneta palvelun tuottajalle.

Palvelusetelin arvoa on korotettava, jos asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo tai asiakkaan lakisääteinen elatusvelvollisuus muutoin vaarantuu, taikka se on tarpeen muut huollolliset näkökohdat huomioon ottaen. Arvon korottamista koskevasta asiasta on tehtävä päätös.

Kunnalla on informointivelvoite suhteessa asiakkaaseen. Kunnan työntekijän tulee esitellä eri vaihtoehdot palvelun järjestämisestä tasapuolisesti ja tehdä päätökset asiakkaan edun mukaisesti. Kunnan on selvitettävä asiakkaalle tämän asema palveluseteliä käytettäessä, palvelusetelin arvo, kuinka monta tuntia ja kuinka kauan se on voimassa, palvelun tuottajien hinnat, omavastuuosuuden määräytymisen perusteet ja arvioitu suuruus sekä vastaavasta palvelusta lain mukaan määräytyvä asiakasmaksu. Asiakas voi kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muilla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin.

Myöntäessään setelin kunta päättää samalla sen arvon ja sitoutuu maksamaan asiakkaan hankkimat palvelut palvelusetelin arvoon asti. Myönnettäessä palveluseteliä yksittäiselle asiakkaalle kunnan tulee noudattaa asiakkaan asemasta annettuja säännöksiä:

- 1) palvelusetelilain 6 §:n säännöstä
- 2) potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (758/1992)
- 3) sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (812/2000)

Kaikille asiakkaille palveluseteli ei sovellu. Tällainen tilanne voi olla esim. silloin, kun asiakas ei kykene hankkimaan palveluja palvelusetelillä sairauden tai henkisen toimintakyvyn vajavuuden, esimerkiksi muistisairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi

Palveluseteli on henkilökohtainen, sitä ei voi vaihtaa rahaksi eikä palveluseteliä voi käyttää muuhun kuin myöntämispäätöksessä määriteltyyn tarkoitukseen. Palveluseteliin vaaditaan aina erikseen tehty viranhaltijapäätös, joka on setelin fyysinen muoto.

Palveluseteliasiakas valitsee itsenäisesti ja/tai omaistensa avustuksella itselle palveluntuottajan Taivalkosken kunnan hyväksymien palveluseteli palveluntuottajien joukosta. Valinnan tukemiseksi asiakkaalle esitellään eri palveluseteliyrittäjien hinnat ja muut mahdolliset kustannukset sekä ohjataan ottamaan huomioon niistä maksettavaksi jäävä omavastuuosuus.

## 7. KUNTOUTTAVA IÄKKÄIDEN PÄIVÄTOIMINTA

Päivätoiminnan tavoitteena on asiakkaiden toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä elämänlaadun parantaminen, jotta he selviytyvät kotona omassa arjessaan mahdollisimman pitkään ja omaishoitajien jaksamisen tukeminen.

Päivätoiminta on kuntouttavaa ja toimintakykyä ylläpitävää, tavoitteellista toimintaa, joka pohjautuu asiakkaan tarpeisiin. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jota arvioidaan säännöllisesti. Asiakkaalle tehdään tarvittaessa myös RAI- Screener/HC, MMSE, GDS-15 tai/ja MNA toimintakyvyn arviointi. Päivätoiminta ehkäisee asiakkaan syrjäytymistä ja tukee hyvää elämää ja kotona asumista. Kotihoidon asiakkuus ei ole välttämätön. Toimintakykyä pidetään yllä säännöllisellä liikunnalla, ulkoilulla ja sosiokulttuurisella toiminnalla. Myös arkiaskareisiin osallistuminen, kuten pöydän kattaminen voi olla osa asiakkaan päivätoiminnan sisältöä.

- Palvelukeskus Kataja, **Päivätoiminta** on tiistaisin ja tarvittaessa keskiviikkona klo: 9–15 tai osapäivä klo 11–15. Asiakas maksaa palvelusta asiakasmaksun.
- 1. Kokopäiväinen päivätoiminta klo 9–15 sisältää:  
Ateriat, toiminnan ja kuljetuksen; **hinta 28 €**
  - Tarvittaessa invataksikuljetus
- 2. Kokopäiväinen päivätoiminta klo 9–15 sisältää  
Ateriat ja toiminnan; **hinta 20 €**
- 3. Osapäiväinen päivätoiminta klo 11–15 sisältää:  
Ateriat, toiminnan ja kuljetuksen; **hinta 24,50 €**
  - Tarvittaessa invataksikuljetus
- 4. Osapäiväinen päivätoiminta klo 11–15 sisältää  
Ateriat ja toiminnan; **hinta 12 €**



### Kylvetyspalvelu lisäpalveluna, Saunamaksu

- Avustettuna saunominen: **12 € /kerta**

Asiakas tulee omalla kyydillä, ei sisällä avustamista **5,50 €/kerta**

### RAI – Screener tai RAI - HC kriteerit:

- MAPLe:n raja-arvon (1–5) tulee olla vähintään 2.
- MAPLe 1 voidaan hyväksyä poikkeuksellisesti, jos asiakkaalla on sosiaalisen eristäytymisen riski tai hän on hyvin turvaton.
- ADLH (0–6, päivittäiset toiminnot) on vähintään 1 ja IADL (0–21 asiointi, kotiympäristössä toimiminen) on vähintään 12,
- DRS-arvo (masennus) on yli 0.
- Kartoitus RAI- mittarin avulla antaa käsityksen riskeistä ja voimavaroista. Mikään yksittäinen mittari ei kuitenkaan ole ratkaiseva, vaan kokonaiskuva ratkaisee. Ensisijai-

sesti kotona asuville ikäihmisille, joiden fyysinen, psyykkinen ja kognitiivinen sekä sosiaalinen toimintakyky on alentunut tai vaarassa alentua.

- Liikuntakyky voi olla lievästi heikentynyt ja henkilöllä on vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toiminnoista.
- Asiakas on yhden henkilön autettava. Liikuntakyky voi olla lievästi heikentynyt ja henkilöllä on vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Asiakas voi lisäksi kokea yksinäisyyttä, turvattomuutta ja masentuneisuutta, joiden takia hän hyötyy sosiaalisesta virkistystoiminnasta.
- Henkilöt, jotka eivät kykene käymään muissa kodin ulkopuolisissa toiminnoissa. Asiakkaan tulee pystyä toimimaan ryhmässä muiden asiakkaiden kanssa ja osallistumaan ryhmän erilaisiin toimintamuotoihin.
- Ikääntyneet omaishoidettavat täyttävät olemassa olevat kriteerit pääsääntöisesti (omaishoidontuki taso I).
- Ryhmään valinta perustuu aina asiakaskohtaiseen palvelutarpeen arviointiin, jolloin otetaan huomioon myös asiakkaan elämän kokonaistilanne ja palvelun ennakoitu vaikuttavuus.

## 8. OMAISHOIDONTUEN VALINNAN PERUSTEET JA TUETUT PALVELUT

**Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat** palvelut sekä omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut. Nämä määritellään omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Laki omaishoidon tuesta (937/2005) on ollut voimassa vuodesta 2006.

Omaishoidon tukea voidaan myöntää sekä pitkä- että lyhytaikaisen hoidontarpeen perusteella silloin, kun omaisen antama hoito on hoidettavan edun mukaista ja edellytykset omaishoidon toteuttamiseksi ovat olemassa. Omaishoidon tuki ei ole ns. subjektiivinen (= ehdoton) oikeus.

Omaishoidon tuki on kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut. Omaishoidon tuen myöntämisen lähtökohtana on, että henkilö tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa, jotta hän voi selviytyä omassa kodissaan. Omaishoidon tuesta annetun lain 3 §:n mukaan kunta voi myöntää omaishoidon tukea, mikäli kaikki seuraavat edellytykset täyttyvät:

1. Henkilön alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotioloissa hoitoa tai huolenpitoa;
2. Hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palvelujen avulla;
3. Hoitajan terveys tai toimintakyky vastaa omaishoidon asettamia vaatimuksia;
4. Omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveysten palvelujen kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävä;
5. Hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva; ja
6. Tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista.

Omaishoitajan on oltava hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö. Omaishoidon tuessa ei ole ikärajoja, vaan laki koskee niin vammaisen lapsen vanhempia kuin iäkästä vanhempain-sakin hoitavaa.

RAI-arviointimenetelmän avulla selvitetään iäkkään hoidettavan kognitiivista toimintakykyä (CPS asteikko 0–6), päivittäisiä toimintoja (ADL asteikko 0–6) ja välinetoimintoja (IADL asteikko 0–21). Lisäksi RAI-arviossa määritellään palvelun tarve (MAPLe asteikko 0–5). Lisäksi arviointi nostaa esille omaishoidettavan erityisiä ongelmia ja tarpeita (CAPS).

(yksi tai useampi mittari ”hälyttää” ja IADL-viitearvot ylittyvät ja MAPLe arvo ylittyy)

### **Hoitoluokka I – RAI - Screener kriteerit:**

- Maple, 3 (kohtalainen avuntarve)
- CPS\_6, 3–4 (kognitio keskivaikea - vaikea heikkeneminen)
- ADL- H\_6, 3–4 (tarvitsee runsaasti apu)
- IADL\_21 vähintään 13 (tarvitsee paljon apua)
- CAPS: useita riskitekijöitä (mm. sairauksiin ja laitoshoidon uhkaan liittyviä)
- Lisäksi MMSE 18–30 (27–24 mahdollinen lievä kognitiivinen heikentyminen, 23–18 lievä heikentyminen)

### **Hoitoluokka II - RAI - Screener kriteerit:**

- MAPLe 4 (suuri palveluntarve)
- CPS\_6, 4–5 (Kognition keskivaikea -vaikea heikkeneminen)
- ADL-H\_6, 4–5 (runsaasti apua-autettava)
- IADL\_21 vähintään 17 (muut suorittivat toiminnon TAI toimintoa ei tapahtunut lainkaan)
- CAPS: useita riskitekijöitä (mm. sairauksiin ja laitoshoidon uhkaan liittyviä)
- Lisäksi MMSE 0-20, lievä tai keskivaikea tai vaikea muistisairaus.

### **Hoitoluokka III - RAI - Screener kriteerit:**

- MAPLe 5 (erittäin suuri palveluntarve)
- CPS\_6, 4–6 (kognition keskivaikea – erittäin vaikea heikkeneminen)
- ADL-H\_6, 5–6 (autettavatäysin autettava)
- IADL\_21, vähintään 17 (muut suorittivat toiminnon TAI toimintoa ei tapahtunut lainkaan)
- CAPS: useita riskitekijöitä (mm. sairauksiin ja laitoshoidon uhkaan liittyviä)

### **Hoito- ja palvelusuunnitelma**

Omaishoidon tuesta laaditaan hoidettavalle hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa. Hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää tiedot myös omaishoitajan hoitotehtävää tukevista sosiaalipalveluista. Hoito- ja palvelusuunnitelma liitetään omaishoitotosopimukseen.

### **Hoidettavalle annettavat palvelut**

Kotona hoidettava henkilö voi saada kotihoidon palveluja ja hän voi osallistua kuntouttavaan päivätoimintaan. Kotipalvelu voi olla säännöllistä tai tilapäistä ja omaishoitajalla on mahdollisuus hakea tulosidonnaista kotipalvelua myös palvelusetelillä tuotettavaa.

### **Omaishoitajan vapaat**

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Lakisääteisten kolmen vapaapäivän lisäksi omaishoitajalle voidaan myöntää harkinnanvaraista vapaata. Taivalkosken kunnassa omaishoidon vapaissa on käytössä useita eri mahdollisuuksia:

1. Omaishoitajan loma ja vapaa sijaishoitaja toimeksiantosopimuksella, hoitaja tulee kotiin.
2. Omaishoidon vapaan palvelusetelit:
  - Omaishoidon ympärivuorokautisen tuen sijaishoitaja palveluseteli, 1-3vrk/kk
  - Omaishoidon kotihoidon tuki- ja hoiva palveluseteli, palvelusetelin arvoltaan 252 €/kk. Palvelusetelillä voi ostaa muun muassa sijaishoitajan kotiin, siivousta, ikkunoiden pesu, vaatehuolto, kauppa- ja asiointi palvelua, kylvytys - ja saunotuspalvelua, turvapalvelua, sosiaalista kanssakäymistä edistävää palvelua, lumityöt - ja pihatyöt palvelua, ruoka- ja leivontapalvelua, halonhakkuu yms.
3. Palvelutalo Pihlaja, tehostettu palveluasuminen iäkkäille henkilöille

4. Ryhmäkoti Tuikku, vammaisten omaishoidettaville
5. Taivalkosken kuntouttava vuodeosasto, intervallihoito
6. Toimeksiantosopimussuhteinen perhehoito

## 9. MUISTIHOITAJA IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN PALVELUISSA

Muistihoitaja toimii yhteistyössä terveydenhoidossa muistisairaiden ihmisten hoitajina ja neuvonta työssä. Muistihoitajan työnkuvaan kuuluu muistitutkimukset, muistipotilaiden hoidon järjestäminen ja seuranta sekä muistipotilaiden ja heidän läheistensä tukeminen. Muistihoitaja järjestää *neuvontapalveluja*, jotka tukevat muistisairaiden ja heidän perheiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsestä suoriutumista. Kohderyhmänä ovat yli 65-vuotiaat taivalkoskelaiset sekä erityistapauksissa nuoremmat muistipotilaat, jotka tarvitsevat säännöllisiä kotihoidon palvelua tai seurantakäyntejä etenevän muistisairauden vuoksi. Muistihoitajan työssä pääpaino on muistin toiminnan selvittelyissä sekä niiden kotona asuvien muistipotilaiden hoidon seurannassa ja tukemisessa, joilla ei ole säännöllistä kotihoitoa. Muistihoitajat antavat sairauden alkuvaiheessa tietoa, ohjausta ja neuvontaa. Tarkoitus on, että sairastunut ja läheiset ymmärtävät, mistä sairaudesta on kyse ja mitä on odotettavissa. Hänen toimenkuvansa kuuluu muistiasiakkaan hoidon koordinointi sekä sairauden etenemisen tuomien ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen arkielämässä yhteistyössä omaisten kanssa

Muistihoitaja työskentelee lääkärin työparina ja seututerveyskeskuksen geriatriin kanssa muistisairauksien tunnistamisessa tehden toimintakyvyn arviointia. Muistihoitajan työnkuvaan kuuluu myös työyhteisössä asiantuntijana toimiminen. Muistihoitajalla on mahdollisuus konsultoida iäkkäiden henkilöiden palvelujen tulosityksiköille, muistipotilaiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Muistihoitajan vastaanotolle tullaan yleensä lääkärin tai muun hoitavan tahon lähettämänä, mutta vastaanotolle voi varata ajan myös asiakas itse tai hänen läheisensä. Muistihoitaja tekee tarvittaessa kotikäyntejä ja antaa akuuttia apua kotiin, kun omat voimavarat eivät riitä. Kotikäynteihin kuuluu, monipuolinen neuvonta ja ohjaus, varhainen ongelmien tunnistaminen ja tuki.

Tarvittaessa muistihoitaja järjestää ensitietokursseja ja kartoittaa tuen tarvetta sekä konsultoi ammattilaisia. Muistineuvonta on tavoitteellista ja ohjaavaa neuvontaa, jossa keskeistä ovat muistitesaukukset, poliklinikkatapaamiset ja puhelinneuvonta sekä ennaltaehkäisy. Muistihoitaja käyttää työssään apuna Taivalkosken muistipolkua.

Muistitutkimuksen eteneminen:

- 1) Asiakas tai omainen epäilee muistissa olevan ongelmia tai lääkärin tai muun hoitavan tahon lähettämänä. Yhteydenotto muistihoitajaan.
- 2) MMSE:llä saadaan yleiskäsitys asiakkaan kognitiivisten taitojen heikentymisestä ja se sisältää pieniä tehtäviä, joilla arvioidaan esimerkiksi muistia, hahmottamista sekä kielellisiä toimintoja. Testin kokonaispistemäärä on 30 ja virheet vähentävät kokonaistulosta, jos tulos on alle 24, niin se on silloin yleensä poikkeava. Kuitenkin tuloksen ollessa 25–30 ja tutkittavalla on selvä muistioire
- 3) Tehdään tarvittaessa jatkoselvittely CERAD-tehtäväsarjalla.
- 4) Hoitoisuutta ja kuntoisuutta arvioidaan RAI Screener mittaristolla
- 5) Haastatellaan läheisiä ja täytetään läheisten muistikysely.
- 6) Yhteistyössä lääkärin kanssa, tulosten arviointi. Tarvittaessa määritellään tehtävät muistilaboratorio testit LA, Pvk, Tsh, P-ca, NTA, B12-vit, Kol, Alat, Folatti, Fe, U1 ja EKG sekä yhteistyössä lääkärin kanssa huolehtii jatkotoimenpiteistä. Tarvittaessa lääkäri kirjoittaa pään magneetti tai CT tutkimuslähetteen.

## 10. FYSIOTERAPEUTTI IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN PALVELUISSA

Fysioterapeutin tehtävänä on arvioida yhteistyössä kotihoidon henkilöstön kanssa asiakkaan toimintakyvyn ja toimintaympäristöön vaikuttavia tekijöitä, asuin- ja lähiympäristöä sisältä-

en apuvälinearvioinnin ja palvelukartoituksen, toimintakokonaisuuksien arvioinnin, toimintakyvyn tukemisen, toimintakyvyn laskun ennaltaehkäisyyn sekä tarvittaessa toimintakykyä edistävän apuvälinprosessin aloittaminen, apuvälineen luovuttaminen ja käytön ohjaus. Fysioterapeutin tehtävänkuvään kuuluu vanhuspalvelujen asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen yksilö- ja ryhmätoiminnan avulla sekä henkilöstön kuntouttavan työotteen tukeminen, ergonomia ja konsultointi.

### **10.1 Arviointi- ja kuntoutusjakso**

Fysioterapeutti kartoittaa asiakkaan toimintakykyä ja parannettua asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä 8 viikon arviointi ja kuntoutusjaksolla. Jakso sisältää fysioterapeutin kuntoutussuunnitelman (alkumittaukset, toimintakyvyn kartoitus, tavoitteiden laadinta, seurantalomake, jumppaohjeet) ja kotihoidon henkilöstön käynnit, joiden määrän palveluohjaaja ja sairaanhoitaja arvioivat asiakaskäynnillä.

Fysioterapeutti seuraa viikoittaisilla käynneillä tavoitteiden edistymistä ja tarvittaessa päivittää tavoitteita. Kotihoidon henkilöstö seuraa myös käynneillään tavoitteiden edistymistä ja ohjaa aina kuntouttavat toimenpiteet (esim. ulkoilu, jumppaliikkeet, arkiaskareet). Vastuuta asiakkaan kuntouttavasta jaksosta annetaan myös omaisille.

Asiakas ohjataan myös kuntouttavaan päivätoimintaan (1-3x/viikko) ja/tai muihin mahdollisiin ryhmiin tilanteen mukaan.

## **11. IKÄNEUVOLA**

Ikäneuvola on suunnattu perusterveille 65 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka eivät ole käyneet terveystarkastuksessa kahteen vuoteen. Tavoitteena on tukea ikäihmisten terveyttä ja toimintakykyä. Terveystarkastuksessa terveydenhoitajan kanssa kartoitetaan laajasti terveyteen liittyviä osa-alueita. Terveystarkastukseen pääsy tapahtuu ajanvarauksella.

## **12. HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT**

Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä (HYKO) tarjotaan kyseisenä vuonna 75 vuotta täyttävälle Taivalkosken kunnan asukkaille, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveystarveluonni piirissä. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien avulla kartoitetaan palvelutarpeita, tiedotetaan Taivalkosken kunnan ikääntyneen väestön palveluista ja pyritään tukemaan iäkkään henkilön omia voimavaroja ja hyvinvointia. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteuttaa palveluohjaaja yhdessä fysioterapeutin kanssa. (Vanhuspalvelulaki 2013, 12§). Vaihtoehtona Hyvinvointia edistävälle kotikäynnille on Ikäneuvolan terveydenhoitajan tekemä terveystarkastus, jonka tavoitteena on tukea ikäihmisten terveyttä ja toimintakykyä. Terveystarkastuksessa kartoitetaan laajasti terveyteen liittyviä osa-alueita ja mietitään keinoja toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi.

## **13. PALVELUJEN KESKEYTTÄMINEN TAI LOPETTAMINEN**

Asiakkaan palveluntarvetta seurataan säännöllisesti hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovitun aikataulun mukaisesti, tai tarvittaessa. Hoito- ja palvelusuunnitelma pidetään tarpeen mukaisena ja mikäli arvioinnin yhteydessä todetaan, ettei asiakas tarvitse jotain palvelua se voidaan lopettaa.

Erityistilanteita, jolloin kotihoidon palvelut voidaan lopettaa:

- asiakas ei sitoudu yhteistyöhön tai aggressiivinen käytös estää hoidon toteuttamisen tai aiheuttaa työturvallisuusriskin
- asiakkaan aggressiivista käyttäytymistä ei saada hallintaan, eikä hän suostu yhteistyöhön, vaikka ymmärtäisi yhteistyön merkityksen oman hoitonsa kannalta
- päihteiden vaikutuksen alaisena olevan asiakkaan yleistila tarkistetaan ja suunnitellut hoitotoimenpiteet toteutetaan vasta asiakkaan selvittyä



Palveluiden lopettaminen käsitellään SAS-työryhmässä. Kotihoidon osastonhoitaja tekee viranhaltijapäätöksen palveluiden lopettamisesta. Asiakas voi halutessaan tehdä päätöksestä oikaisuvaatimuksen perusturvalautakunnalle. Ennen palvelujen lopettamista asiakasta tai hänen lailista edustajaansa on kuultava ja annettava ohjausta siitä, mistä asiakas voi halutessaan saada tarvitsemiaan palveluja.

#### **14. INTERVALLIHOITO**

Intervallijaksot ovat asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämistä ja avohoitoa tukevaa. Intervallihoidon tarkoituksena on muun muassa omaishoitajalle vapaa-ajan mahdollistaminen, mahdollisimman pitkään hoidettavan kotona asumisen tukeminen eli ehkäistä pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta ja tukea hoitoa tarvitsevan toimintakykyä. Hoidettavan ja hoitajan mukaan pyritään järjestämään intervallihoidon säännöllisyys ja jaksojen pituus, jotka heille parhaiten sopivat ja palvelevat heidän tarpeitaan. Intervallihoidon tarkoituksena on samaa kuin lyhytaikainen laitoshoidon, jaksoiden ja vuorohoidon.

#### **15. ASUMISPALVELUN VALINNAN PERUSTEET**

Asumispalvelut voi olla joko tuettua, palveluasumista, tehostettua- tai laitosasumista. Laitoshoidolla ja tehostetulla asumispalvelulla tarkoitetaan ympärivuorokautista hoitoa ja henkilökuntaa on öisin turvaamassa asiakkaiden hoitoa. Asumispalvelut on tarkoitettu pääsääntöisesti yli 65-vuotiaille taivalkoskelaisille

- jotka tarvitsevat tuettua asumispalvelua itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä
- tai jotka tarvitsevat palveluasumista, kuten hoiva- ja hoitopalveluja sekä ateriapalveluja.
- tai hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista
- laitoshoidon on tarkoitettu sellaiselle henkilölle, jonka ympärivuorokautista hoitoa ei voida järjestää kotona tai palveluasunnossa

Valinnan perusteena ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset syyt sekä se, että kotihoito ja muut palvelut eivät riitä turvamaan hoitoa, mutta henkilö ei tarvitse sairaalatasoista hoitoa.

Asumispalveluun siirtymisen lähtökohtana on, että kaikki kotona asumista tukevat palvelut on arvioitu ja käytetty. Myös asumisolot yhdessä toimintakyvyn aleneman kanssa otetaan huomioon. Asiakas käyttää runsaasti ja useiden tahojen palveluja, eikä siitä huolimatta voi hyvin omassa kodissaan. Asiakkaiden kunnan ja hoitopaikan arvioinnissa käytetään apuna CERAD/ MMS, RAI- HC, MNA sekä tarvittaessa MNA – depressioseulaa, lisäksi voidaan valita muita asiakkaan tilanteen kannalta tarpeellisia seurantamenetelmiä.

Palveluasumista haetaan tarkoitukseen laaditulla lomakkeella siinä vaiheessa, kun kotihoidon ammattihenkilön palvelutarpeenarviointi osoittaa siihen perusteet. Hakemus käsitellään/päätetään moniammatillisessa SAS-ryhmässä. Iäkkäälle henkilölle, asumispalvelua hakevalle asiakkaalle voidaan järjestää arviointi jakso Asumispalveluyksikkö Katajassa. Arviointijakson (johon liittyy kotihoidon ja sitä tukevien tiimien vahva yhteistyö sekä palveluohjaajan työpanos) jälkeen ikääntyneen palveluasumisen hakemus palautetaan SAS-ryhmän tarkasteluun. Yksittäiset mittarit eivät kuvaa kokonaisuutta, mutta tulosten ja henkilöstön arvioinnista saadaan kokonaiskuva henkilön toimintakyvystä arjen toiminnossa. (Kotihoidon palveluiden pääsyn perusteet).

Jos kriteerit asumispalveluun täyttyvät, hakemus asetetaan ns. sijoituslistalle. Asumispalvelupaikkojen tarve on kuitenkin suurempi kuin niiden tämänhetkinen lukumäärä. Hakijat joutuvat yleensä odotta-



maan sijoittumista hoitopaikkaan. Siihen asti selviytyminen kotona pyritään turvaamaan kotihoidon palveluilla.

Asumispalvelupaikan tai pitkäaikaisen laitoshoitopaikan vapauduttua SAS- moniammatillinen työryhmä arvioi sijoituslistalla olevista kiireellisimmän sijoitettavan. Sijoittuminen tapahtuu muutaman päivän tai yhden kuukauden sisällä.

Mikäli asiakas kieltäytyy tarjotusta hoitopaikasta ilman pätevää syytä, tulee hakemus asumispalveluun tehdä uudelleen ja se käsitellään ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain mukaisella tavalla.

### **Hoito- ja palvelusopimus**

Jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen tavoitteellinen hoito- ja palvelusopimus kuukauden kuluessa palveluasumisen yksikköön muuttamisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa käytetään apuna RAI-LTC mittariston tuloksia. Hoito- ja palvelusopimuksen teossa ovat mukana asukas, hänen omaisensa, omahoitaja ja yksikön sairaanhoitaja. Sopimuksessa kartoitetaan asukkaan voimavarat kokonaisvaltaisesti sekä sovitaan työnjaosta asukkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Hoito- ja palvelusopimus arvioidaan säännöllisesti puolenvuoden välein tai hoivan ja huolenpidon tarpeen oleellisesti muuttuessa.

## **15.1 Tuettu asumispalvelu**

### **15.1.1 Tuettu ryhmäasuminen**

Tuettua asumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat tukea itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä. Tuettua asumispalvelu on Kaakkurintie 5 ryhmäasumispalvelu vuokrahuoneistossa. Vuokra-asuntoa haetaan kotihoidon palveluohjaajan kautta. Tuettuun asumiseen SAS- työryhmä osoittaa tuetun asumisen asiakkaat ja kotihoito järjestää asumista tukevat palvelut. Kotihoidon esimies tekee vuokrasopimuksen.

### **15.1.2 Perhehoito**

Perhehoito on kodinomaista, perhehoitajan kotona tapahtuvaa ympärivuorokautista hoito- ja huolenpitoa. Perhehoidon palvelu kohdennetaan pääsääntöisesti paljon kotipalvelun apua ja hoitoa tarvitseville asiakkaille, joiden toimintakyky on alentunut iän tai sairauden vuoksi niin merkittävästi, että asiakas ei tule enää kotona toimeen kotipalveluiden turvin. Asiakkaan palvelutarpeen tulee täyttää vähintään säännöllisen tai tilapäisen kotihoidon asiakkaan palveluntarve. Perhehoito, omaisten ja läheisten ja kotihoidon palvelujen kanssa yhteistyönä on yksi hoidon porras vanhusten palvelujen kokonaisuudessa.

Perhehoito on iäkkäälle henkilölle erityisen sopiva hoitomuoto silloin, kun toimintakykyyn vaikuttavat korkean iän mukana tuoma hauraus ja turvattomuuden tunne. Perhehoito soveltuu erityisesti niille iäkkäille henkilöille, joilla omasta asunnosta muuton syynä on turvattomuus. Lähes kaikilla perhehoidossa olevilla iäkkäillä henkilöillä on jokin muistiin vaikuttava sairaus. Perhehoitoon tulevan iäkkään henkilön tulisi kuitenkin selvittää yöt ilman säännöllistä avun tarvetta. Fyysiseltä toimintakyvyltään iäkkään henkilön tulisi olla sellainen, että hänen avuntarpeeseensa on mahdollista vastata pääasiallisesti yhden ihmisen avulla. Iäkkään henkilön voi olla lievä tai keskivaikkea muistihäiriö, mutta ei vaeltelua tai hankalia käytöshäiriöitä, käytösoireet ovat hallittavissa olevia. Iäkkäiden henkilöiden perhehoito tarjoaa turvaa, välittämistä ja huolenpitoa. Lyhyitä hoitajaksoja voidaan käyttää myös jatkokuntoutuspaikkana ikääntyneen kotiutuessa sairaalahoidosta sekä muissa vastaavissa tilanteissa. Perhehoito on hyvä vaihtoehto omaishoitajan vapaiden järjestämisessä.

Perhehoitoon ei sovellu:

- iäkäs henkilö, joka tarvitsee jatkuvaa sairaalatasoista hoitoa.
- tarvitsee säännöllisesti apua öiseen aikaan tai valvoo öisin ja häiritsee muita.
- iäkäs henkilö on aggressiivinen, eikä käyttäytymistä saada hallintaan niin, että perhehoitajan tai muiden perhekodissa asuvien henkilöiden turvallisuus voitaisiin turvata.

- iäkäs henkilö karkailee niin paljon, että valvonta on mahdotonta.
- henkilö ei kykene liikkumaan itsenäisesti tai siirtymään itsenäisesti esim. pyörätuoliin.
- iäkäs henkilö itse ei halua vastaanottaa perhehoitoa tai ei sitoudu yhteistyöhön tai jonka omaiset eivät sitoudu yhteistyöhön.
- iäkäs henkilö kuntoutuu niin, että perhehoidon tarve poistuu.

Palvelutarpeen arviointi perustuu moniammatillisen työryhmän tekemään kokonaisarviointiin, Viitteellisinä RAI-arvoina myöntämisperusteiden tukena käytetään vähintään kotihoidon kriteereitä

#### **RAI - Screener kriteerit:**

- MAPLe\_5 >2 Palvelutarpeiden (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erittäin suuri)
- MAPLe 1 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuudenvaarantavat harhaisuus tai harhaluuloisuus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen kotona on tarkoituksenmukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä, niiden puuttuminen tai vähävaraisuus
- **Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää seuraavia ohjearvoja:**
  - ADL- H\_6 >1 (Asiakkaan arkisuoriutuminen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygieniasa) TAI
  - IADL\_21 >13 (Asiakkaan välinetoiminnot ovat heikentyneet mm. puhelimen käyttö, kaupassa käynti, siivous, ruoanlaittaminen) **Asiakas osaa käyttää turvaranneketta.**
  - CPS\_6 >1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky) tai
  - DRS\_14 > 6 Mieliala, masennusoireita, kohtalaisesti oireita
  - CAPS ongelma-alueita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvynalueilla vähintään 10/30
- **Lisäkriteerit tai muu perusteltu syy:**
  - Muut kriteerit voivat alittua; vaikeat psyykkiset - ja sosiaaliset ongelmat, asiakkaat, joilla hoitosuhde erikoissairaanhoidon (mielenterveys ja päihdeongelmat). Sairaanhoitollinen syy eikä pääse terveysasemalle.
  - MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
  - GDS-15 > 5–9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10–15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Optimaalisesta hoidosta huolimatta (lievä depressio)
  - MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.

#### **15.2 Palveluasuminen**

Tavallista palveluasumista on mahdollisuus saada sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Jos henkilön toimintakyky on alentunut niin, ettei kotona asuminen ole mahdollista runsaidenkaan tukitoimien osalta, hänellä on oikeus saada palveluasumista. Kriteereinä toimii mm. päivittäisten toimintojen tuki ja hoidon tarve. Palveluasuminen sopii ikäihmisille, jotka kaipaavat tukea ja turvaa arkeensa, mutta eivät tarvitse jatkuvaa hoivaa.

- asiakkaan fyysisessä toimintakyvyssä on puutteita tai hän tarvitsee muistihäiriön tai turvattomuuden vuoksi valvontaa ja ohjausta
- asiakas ei selviydy omassa kodissaan kotihoidon, lyhytaikaishoidon ja / tai omaishoidon tuen avulla - asunnon muutostyön tarpeet ja mahdollisuudet on selvitetty
- asiakas tarvitsee siirtymisessä ja liikkumisessa apuvälineitä, hoivaa, ohjausta ja valvontaa
- asiakas suoriutuu päivittäisistä toiminnoista yleensä yhden hoitajan turvin

- asiakas selviytyy yön turvajärjestelmän tai sovittujen seurantakäyntien turvin

Palvelutarpeen arviointi perustuu moniammatillisen työryhmän tekemään kokonaisarviointiin, Viitteellisinä RAI-arvoina myöntämisperusteiden tukena käytetään vähintään kotihoidon kriteereitä

#### **RAI - Screener tai RAI-HC kriteerit:**

- MAPLe\_5 >2 Palvelutarpeiden (Asiakkaan palvelutarve on kohtalainen, suuri tai erittäin suuri)
- MAPLe 1 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuudenvaarantavat harhaisuus tai harhaluuloisuus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen kotona on tarkoituksenmukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä, niiden puuttuminen tai vähävaraisuus.
- **Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää seuraavia ohjearvoja:**
  - ADL- H\_6 >1 (Asiakkaan arkisuoriutuminen on heikentynyt, hän tarvitsee rajoitetusti apua esim. liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä tai henkilökohtaisessa hygieniasa) TAI
  - IADL\_21 >13 (Asiakkaan välinetoiminnot ovat heikentyneet mm. puhelimen käyttö, kaupassa käynti, siivous, ruoanlaittaminen) **Asiakas osaa käyttää turvaranneketta.**
  - CPS\_6 >1 (Asiakkaan kognitio on heikentynyt esim. lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky) tai
  - DRS\_14 > 6 Mieliala, masennusoireita, kohtalaisesti oireita
  - CAPS ongelma-alueita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla vähintään 10/30
- **Lisäkriteerit tai muu perusteltu syy:**
  - Muut kriteerit voivat alittaa; vaikeat psyykkiset - ja sosiaaliset ongelmat, asiakkaat, joilla hoitosuhde erikoissairaanhoidon (mielenterveys ja päihdeongelmat). Sairaanhoidollinen syy eikä pääse terveysasemalle.
  - MMSE ≤ 24/30 (MMSE-muistitestin tulos yleensä poikkeava, kun tulos ≤ 24/30)
  - GDS-15 > 5–9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10–15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Optimaalisesta hoidosta huolimatta (lievä depressio)
  - MNA 17 - 23,5 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut - alle 17 aliravittu.

#### **15.2.2 Asumispalveluyksikkö Kataja**

**Palveluasuminen** Katajassa on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät tarvitse runsasta hoivaa ympärivuorokautisesti. Palveluasuja tarvitsee kuitenkin soveltuvan asunnon sekä hoivaa, huolenpitoa ja ateriapalvelun. Palveluasumisessa asiakasta tuetaan selviytymään mahdollisimman omatoimisesti ja itsenäisesti asumiseen ja jokapäiväiseen elämään liittyvissä toiminnoissa. Asukkaalla on käytössä turvaranneke ja -nappi varmistamassa asukkaan turvallisuutta. Hoitaja on paikalla ympärivuorokauden ja vastaa turvahälytyksiin myös yöaikaan.

#### **15.3 Tehostettu asumispalvelu**

Tehostettu asumispalvelu on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät enää selviydy kotonaan turvallisesti kotiin annettavien palveluiden ja tukitoimien turvin. Tehostetun asumispalvelun piiriin ohjautuvien iäkkäiden henkilöiden toimintakyky on selkeästi laskenut niin, että he tarvitsevat hoitajan läsnäoloa, valvontaa ja/tai hoivaa ympäri vuorokauden. Ympärivuorokautisen avun ja hoivan tarve voi johtua joko fyysisen, psyykkisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisestä. Asiakkailta on tavallisesti useita pitkäaikaissairauksia ja fyysinen toimintakyky on laskenut huomattavasti vaikeuttaen liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Apuvälineiden lisäksi he tarvitsevat hoitajan apua liikkumiseen ja arjen askareista selviytymiseen. Kognitiivisen toimintakyvyn lasku tuo mukanaan huomattavan ohjauksen ja valvonnan tarpeen. Asiakkaat hyö-

tyvät tehostetun palveluasumisen yhteisöllisyydestä. Vanhuspalvelulain 14 § mukaan iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. Asiakas tarvitsee ympärivuorokautista valvontaa, johon ei yöpartio käynneillä / ovihälyttimillä tai muilla turvalaitteilla / hoitotyön keinoilla pystytä vastaamaan.

#### **Tehostetun palveluasumisen valinnassa käytetään seuraavia valintakriteereitä:**

- asiakas tarvitsee päivittäisissä toimissaan selvittääkseen palveluja enemmän kuin 80 tuntia kuukaudessa tukipalvelujen lisäksi
- asiakkaan itsenäinen ja turvallinen selviytyminen edellyttää hoito-, tarkastus- tai valvontakäyntejä enemmän kuin 4 käyntiä/vrk
- asiakkaan yöaikaista turvallisuutta ei voida taata turvapuhelimenkaan turvin
- asiakkaalla voi olla karkailutaipumusta, ja he tarvitsevat tästä syystä valvottua asuinympäristöä
- asukkaat tarvitsevat runsaasti ja jatkuvasti apua tai ohjausta päivittäisissä toiminnoissaan

#### **RAI - Screener tai RAI - HC kriteerit:**

- MAPLe  $\geq 4$  (suuri/erittäin suuri palveluntarve)
- Maple voi olla 3, edellyttää että terveydentilan vakaus CHES on  $> 3$
- ADL-H\_6  $\geq 4$  (arjessa suoriutuminen, runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa)
- IADL\_21  $\geq 17$  (tarvitsee paljon apua kotiaskeiden suorittamisessa)
- CPS  $\geq 3$  kognition (mm. muisti, aistit) keskivaikea tai vaikea muistisairaus)
- DRS  $\geq 3$  Mieliala ja masennus; henkilö on kykenemätön huolehtimaan itsestään, välinpitämättömän suhtautuminen omiin asioihin (ei nouse vuoteesta, ei syö). Psykkinen sairaus, joka ei ole hoidoista huolimatta parantunut, tai itsetuhoisia ajatuksia.

#### **Muita mittareita ja arvioitavia asioita**

- Käyttöoireet; mm. henkilön karkailu, vaeltelu, eksyily, pitkäaikainen asiakkaan omaa, läheisen henkeä, turvallisuutta tai terveyttä uhkaava käytös, häiritsevä sotkeminen ja tuhriminen.
- Sosiaalinen toimintakyky/aktiivisuus; henkilö vetäytyy täysin aktiviteeteistaan, omaisten/läheisten tukiverkosto on riittämätön, kokee olonsa yksinäiseksi ja turvattomaksi ja tämä vaikeuttaa merkittävästi asiakkaan kotona selviytymistä.
- MMSE pääsääntöisesti  $\geq 17$  (keskivaikea muistin heikkeneminen)

#### **Valintaan vaikuttavia seikkoja ovat myös:**

- pitkäaikaissairaudet ja niiden hoidosta selviytymättömyys
- mielenterveysongelmat ja psyykkisen toimintakyvyn selkeä lasku
- vaikeat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, vammat sekä näistä johtuva liikkumisen selkeä vaikeus
- yksinäisyys, turvattomuus ja pelkotilat, joihin ei voida päivittäisiä käyntejä lisäämällä vaikuttaa
- päihdeongelmat ja syrjäytyneisyys
- sosiaalisen verkoston puuttuminen
- huonot asuinolot, asunnon kaukainen sijainti ja kodin esteellisyys

#### **15.3.1 Asumispalveluyksiköt Kataja ja Pihlaja**

**Asumispalveluyksiköissä Kataja ja Pihlaja** järjestetään tehostettua asumispalvelua ikääntyneille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Toiminnan tavoitteena on, että asukas voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Hänellä on mahdollisuus osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Asukkaalla on käytössä turvaranneke ja -nappi varmistamassa asukkaan turvallisuutta.

Tehostetun asumispalvelun piiriin ohjautuvien iäkkäiden henkilöiden toimintakyky on selkeästi laskenut niin, että he eivät enää pärjää tuetussa asumispalvelussa tai palveluasunnossa tai kotona koti-

hoidon palveluiden turvin. Asukkaan tulee olla sopeutuva yhteisöön, ei vaikeita käytösoireita. Mahdollisuus asua sijoituspaikassa elämän loppuun asti.

Asumispalveluyksikkö Katajan yksi osasto on tarkoitettu muistisairaille asukkaille. Asiakkaalla on diagnosoitu keskivaikea/vaikea dementia ja siihen liittyen eriasteisia käytöshäiriöitä mm. aggressiivisuutta siinä määrin, ettei asuminen tavanomaisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä onnistu. Asiakas tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista toisen ihmisen läsnäoloa omansa ja muiden turvallisuuden takaamiseksi.

## **16. PITKÄAIKAISHOITO TAIVALKOSKEN VUODEOSASTO**

Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Lisäksi edellytetään, että palvelujen järjestäjä on selvittänyt ennen laitoshoitopäätöksen tekemistä muut palveluiden järjestämismahdollisuudet ja että pitkäaikaista laitoshoittoa koskeva ratkaisu tulee perustella. (Vanhuspalvelulaki 1351/2014 14 §, 14 a § ja 15 a §)

Laitushoito on kysymyksessä seuraavissa tapauksissa:

- 1) terveyskeskuksen johtava lääkäri on tehnyt kansanterveystyönsä 16 ja 17 §:ssä tarkoitetun päätöksen potilaan ottamisesta terveyskeskuksen sairaansijalle;
- 2) sairaalan johtava lääkäri on tehnyt erikoissairaanhoidon 33 §:n 1 momentin perusteella päätöksen sairaanhoidon aloittamisesta ja päätöksen perusteella hoito aloitetaan vuodeosastolla; sekä
- 3) kysymyksessä on sosiaalihuoltolain 24 §:ssä ja sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 11 §:ssä tarkoitettu laitoshuolto.

Henkilö, jonka hoidon laitokseen otettaessa on arvioitu kestävän enintään kolme kuukautta, katsotaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevaksi, jos hoito on jatkunut kolme kuukautta ja jos hänen toimintakykynsä on katsottava heikentyneen siinä määrin, että häntä on tämän vuoksi edelleenkin hoidettava laitoksessa.

Hoidosta vastaava lääkäri yhdessä hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa arvioi hoidossa olevan toimintakyvyn heikkenemisen. Päätöksen pitkäaikaisesta laitoshoidosta tekee johtava lääkäri. Pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta arvioitaessa otetaan huomioon ne olosuhteet, joissa potilaan olisi laitoksen ulkopuolella ellettävä.

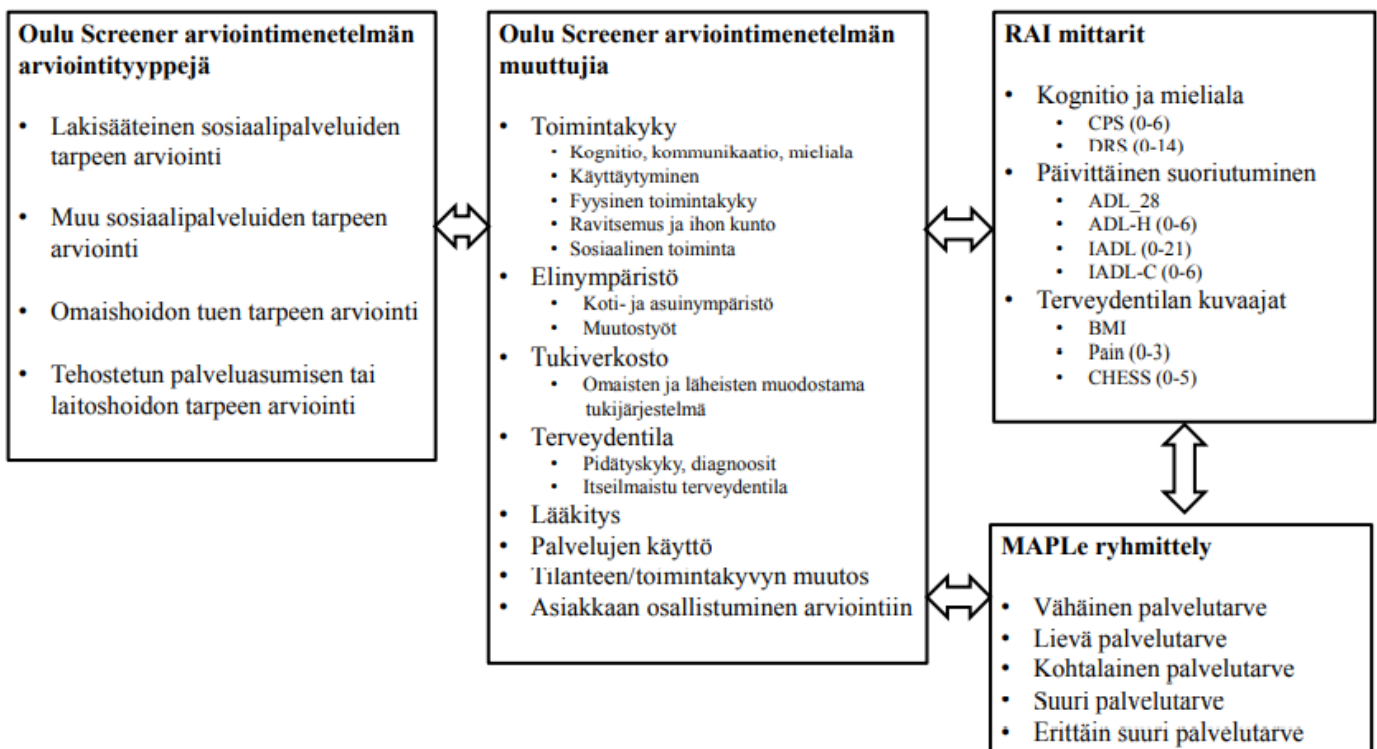
## 17. LIITTEET 1-8

RAI LTC ja RAI HC – arviointivälineet ja RAI Screener osittaisarviointiväline

RAI järjestelmä on käytössä oleva tietojärjestelmä, joka tuottaa tietoa iäkkään asiakkaan toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä sekä muista palvelutarpeista usealla eri mittarilla, joiden luotettavuus on kansainvälisesti testattu.

Järjestelmä tuottaa asiakastason tiedon lisäksi organisaatio- ja kuntatason laskennallista tietoa palveluja käyttävien asiakkaiden palvelutarpeista, resurssien käytöstä ja hoidon laadusta.

Sen kysymyskokonaisuus muodostuu niistä kotihoidon RAI järjestelmän kysymyksistä, joiden avulla saadaan mittaritietoa henkilön kognitiosta, fyysisestä suoriutumisesta, mielialasta, ravitsemustilasta, terveydentilasta, lääkityksistä, omaisen jaksamisesta, asuinympäristöstä, palvelun tarpeesta ja palvelujen käytöstä. RAI Screener arviointivälinettä on hyödynnetty esimerkiksi lakisääteisten ja muun sosiaalipalveluiden tarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa ja tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeen arvioinnissa. Edellä mainitut arviointityypit ovat sisällöllisesti samanlaisia ja tarkoitettu pääosin avohoidossa tapahtuvaan palvelutarpeen arviointiin.



RAI Screener -välineen arviointityypit, muuttujat, mittarit ja ryhmittelijät.

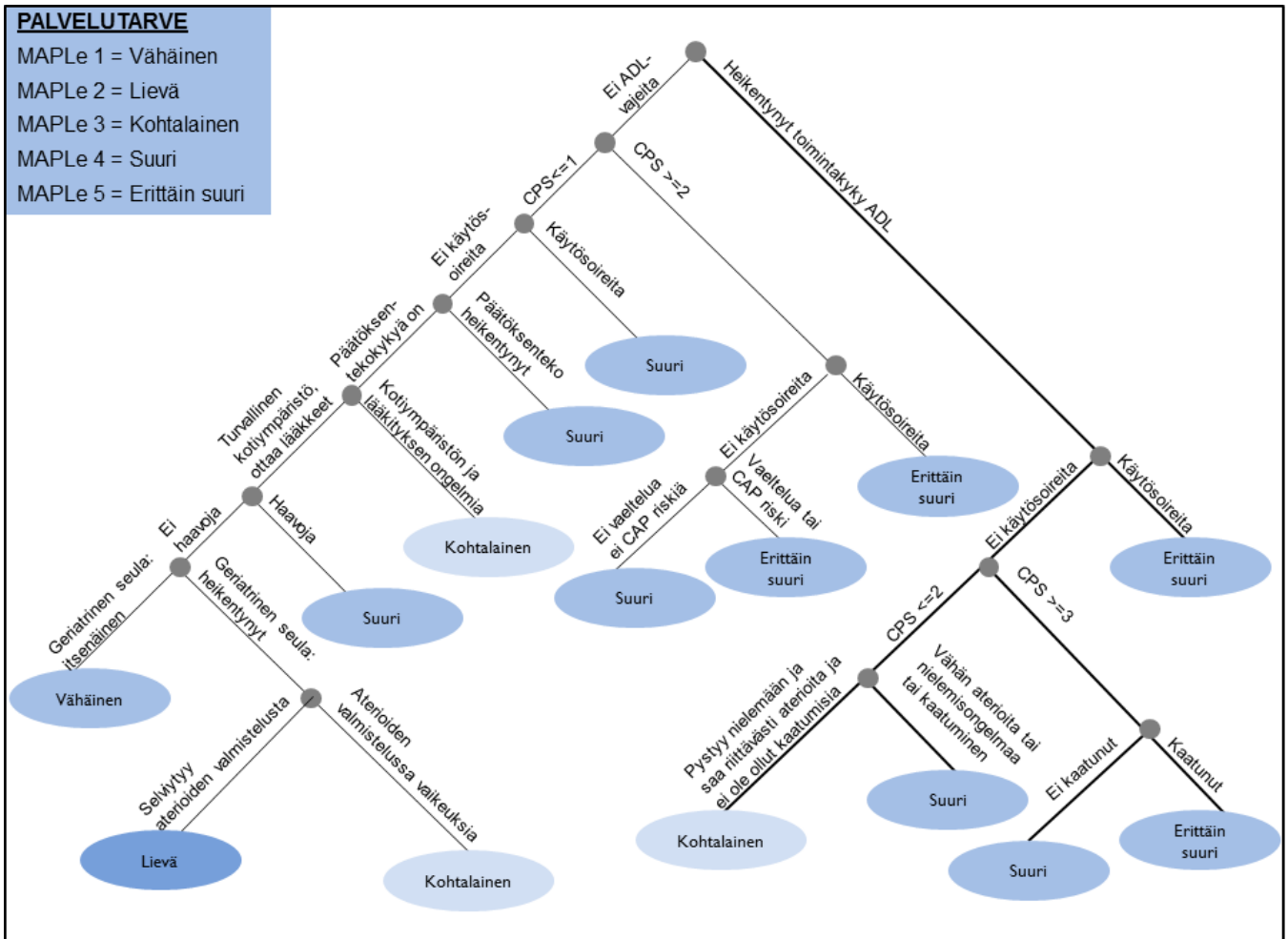


## RAI Maple palveluntarveluokka

<b>Palvelutarve- luokka MAPLe 5</b>	<b>Palvelutarveryhmä MAPLe 15</b>	<b>MAPLe-ryhmien tarvesegmentointi</b>
1 Vähäinen palvelutarve	1 Omatoiminen arjessa	Omatoiminen
2 Lievä palvelutarve	2 Lievä palvelutarve tai ateroista selviytyvä, ei täysin omatoiminen	Lievä avun tarve
3 Kohtalainen palvelutarve	31 Arkitoiminnan ongelmia	Rajattu avun tarve
	32 Arkitoiminnan, ympäristön ja lääkityksen ongelmia	Rajattu avun tarve
	33 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja lievät kognition ongelmat	Avun tarve
4 Suuri palvelutarve	41 Päivittäisen päätöksenteon ongelmat, ei käytöshäiriötä	Rajattu avun tarve
	42 Kliininen ongelma, paine- tai säärihaava	Rajattu avun tarve
	43 Kognition keskivaikea alenema, liikkuva	Rajattu kognitiovaje
	44 Ravitsemusongelmia, kaatuminen	Romahdusvaara
	45 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema	Avun tarve, kognitiovaje
	46 Käytöshäiriöt, toimintakykyinen	Rajattu avun tarve
5 Erittäin suuri palvelutarve	51 Kognition alenema ja käytöshäiriöt	Romahdusvaara
	52 Vaeltelu, riski laitoshoittoon	Romahdusvaara
	53 Kaatumisriski	Jatkuva valvonta
	54 Alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt	Jatkuva valvonta



Palvelutarve MAPLe-5, 15 mittarin rakenne



Liite 4

**TOIMINTAKYKY – PALVELUN PERUSTA**

RAI-järjestelmän yksilömittareita lyhenteen mukaan aakkosjärjestyksessä

Aihe	Mittarin nimi, lyhenne	Pitkä nimi	Asteikko	ICF-käsite	Rakenne
Aggressiivinen käyttäytyminen	ABS	Aggressive Behavior Scale	0-12; 0=Ei ole oireita, 12= erittäin vaikeita oireita	d7202, Käyttäytymisen säätely vuorovaikutussuhteessa	Summa, 4 kysymystä
Arki-suoriutuminen, perustoiminnot	ADL-H	Activities of Daily Living Hierarchy	0-6; 0=Itsenäinen, 6=Täysin autettava	d5, Itsestä huolehtiminen	Katso rakenne kuvasta 1 Hierarkkisen ADL-mittarin rakenne.
Arki-suoriutuminen, perustoiminnot	ADL-laaja	Activities of Daily Living long-form scale	0-28; 0=Itsenäinen, 28= Täysin autettava	d5, Itsestä huolehtiminen	Summa, 7 kysymystä
Ravitsemus	BMI	Painoindeksi	Lukuarvo	b530, Painonhallintatoiminnot	Paino (kg) jaettuna pituuden (m) neliöllä
Hauraus:Terveyden vakaus	CHESS	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs	0-5; 0=Vakaa terveydentila, 5=Hyvin epävakaa terveydentila		Summamuuttuja, 9 kysymystä
Kognitio	CPS	Cognitive Performance Scale	0-6; 0= Ei kognitiivista häiriötä, 6=Kognition erittäin vaikea heikkeneminen	b117 Älykkyystoiminnot	Katso rakenne kuvasta 2 Kognitiivisten toimintojen mittari.
Masennus	DRS	Depression Rating Scale	0-14; 0=Ei masennusepäilyä, 14=masennusepäily, runsaasti oireita	b152 Tunne-elämän toiminnot	Summa, 7 kysymystä
Arki-suoriutuminen, välinetoiminnot	IADL-C	Instrumental Activities of Daily Living Capacity	0-6; 0=ei vaikeuksia, 6=paljon vaikeuksia	d5, Itsestä huolehtiminen	Katso rakenne kuvasta 3 Lyhyt välinetoiminnoista suoriutumisen mittari.
Kipu	MDS-Pain	MDS Pain Scale	0-3; 0=ei kipuja, 3=Kipuja päivittäin/ajoittain vaikea/sietämätön kipu	b289, Kipu	Summa, 3 kysymystä
Palvelutarpeiden luonne	MAPLe-5	Method for Assigning Priority Levels	1-5, mitä suurempi arvo sitä suurempi avuntarve		Katso rakenne kuvasta 4 Palvelutarve MAPLe-5, 15 mittarin rakenne.
Palvelutarpeiden luonne	MAPLe-15	Method for Assigning Priority Levels	15 luokkaa, kullakin oma avuntarveluonteensa		Katso rakenne kuvasta 4 Palvelutarve MAPLe-5, 15 mittarin rakenne.
Sosiaalinen osallistuminen	SES	Social Engagement Scale	0-6; 0=Ei aloitekykyä/sosiaalista osallistumista, 6=Paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista	d910, Yhteisöllinen elämä	Summa, 6 kysymystä

**IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS**

Tavoite: Ikääntyneiden hyvän ravitsemuksen ja toimintakyvyn edistäminen kotona ja palveluasumis-yksiköissä selviytymisen tukemiseksi.

Kotihoidon ja palveluasumisyksikön tehtävät:

- Seuraa ravitsemustilaa MNA-menetelmällä osana kokonaisarviointia
- Seuraa ruokailun toteutumista ja painonkehitystä
- Tukee hyvän ja riittävän ravitsemuksen toteutumista käytännössä
- Viestittää ravitsemuksen merkityksestä ja antaa ravitsemusohjausta asiakkaalle ja läheisille
- Järjestää tarvittaessa moniammatillista tukea Toiminta MNA-kartoituksen pisteiden perusteella:

Hyvä ravitsemustila <b>24–30 pistettä</b>	Vajaaravitsemuksen riski <b>17–23,5 pistettä</b>	Vajaaravitsemus <b>0–17 pistettä</b>
<b>TOIMENPITEET</b>	<b>TOIMENPITEET</b>	<b>TOIMENPITEET</b>
Kirjaa paino, pituus ja RAI/MNA tulos	Kirjaa paino, pituus ja RAI/MNA tulos.  Selvitä vajaaravitsemuksen riskitekijöitä.  Sovi painotavoite asiakkaan kanssa. Tee suunnitelma, miten vajaaravitsemusta ehkäistään käytännössä. Ohjaa ja kannusta monipuoliseen syömiseen sekä tarvittaessa runsasenergiaisiin ruokiin ja juomiin, rasvalisiin ja täydennysravintovalmisteiden käyttöön.  Tarkista proteiinin saanti. Sovi tarvittava moniammatillinen tuki. Seuraa asiakkaan ruokailua ja ravitsemustilaa.  Kirjaa tavoitteet, sovi seurannasta.	Kirjaa paino, pituus ja RAI/MNA tulos.  Selvitä painoon ja vajaaravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä.  Tee kokonaisvaltainen geriatrinen arvio (CGA) yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa (sairaudet, lääkitys, laboratorioarvot, ruokavalion sopivuus).  Ohjaa ja kannusta tiheään syömiseen, runsasenergiaisiin ruokiin ja juomiin, rasvalisiin sekä täydennysravintovalmisteiden käyttöön. Tarkista proteiinin saanti. Tee yksilöllinen suunnitelma, miten vajaaravitsemusta hoidetaan  Kirjaa ravitsemuksen tehostamiskeinot ja painotavoite hoitosuunnitelmaan, sovi seurannasta.
<b>PALAUTE ASIAKKAALLE</b>	<b>PALAUTE ASIAKKAALLE</b>	<b>PALAUTE ASIAKKAALLE</b>
hyvästä tuloksesta ja kannusta syömään monipuolisesti. Ohjaa asiakasta mittaamaan paino 1 x kuukaudessa ja kirjaamaan tulos Ikääntyneen ruokailun perusohjeeseen.  Muistuta, ettei ole tarvetta laihduttaa. Painonpudotus vain selkeästä lääketieteellisestä syystä.	Kerro vajaaravitsemusriskistä. Kerro keinoista, miten vajaaravitsemusriskiä voidaan pienentää.  Ohjaa asiakasta mittaamaan paino 1 x viikossa ja kirjaamaan tulos Ikääntyneen ruokailun perusohjeeseen. Tee painotavoite asiakkaan kanssa.	Kartoita tilanteeseen johtaneita syitä.  Suunnittele ja kerro keinoja, joilla ravitsemusta parannetaan, esim. aloitetaan ateriapalvelujen tai kauppapalvelujen järjestäminen

<b>JATKOSEURANTA</b>	<b>JATKOSEURANTA</b>	<b>JATKOSEURANTA</b>
<p>Painoseuranta 1 x kk RAI/MNA 6 kk välein. Havainnoi asiakkaan ruokailua. Kirjaa tulokset.</p> <p>Osallista läheisiä mahdollisuuksien mukaan.</p>	<p>Painoseuranta 2 x kk RAI/MNA 6 kk välein Havainnoi asiakkaan ruokailua. Kirjaa tulokset.</p> <p>Osallista läheisiä mahdollisuuksien mukaan.</p>	<p>Painoseuranta 1 x viikossa tai yksilöllisen suunnitelman mukaan.</p> <p>RAI/MNA 3 kk välein. Seuraa asiakkaan ruokailua. Kirjaa tulokset.</p> <p>Osallista läheisiä mahdollisuuksien mukaan.</p>

Liite 7

## **RAVITSEMUSKARTOITUS JA SEURANTA**

Yhteyshenkilö

Ravitsemustilan arviointitulos

Päiväys	<input type="checkbox"/> Hyvä ravitsemustila <input type="checkbox"/> Vajaa ravitsemuksen riski on kasvanut <input type="checkbox"/> Vajaa ravitsemus
---------	---

Sovitut asiat

--

Painon seuranta

Päiväys	Paino	Huomioita

## TOIMINTAKYKYMITTARISTO

### Toimintakykymittaristo

### Toimintakyvyn ulottuvuus

#### RAI

Arkisuoriutuminen, fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen, sosiaalinen, vointi, voimavarat ja elämäntilanne

#### MMSE

Kognitiivinen

#### GDS-15

Psyykkinen

#### MNA

Ravitsemustilan seuranta ja arviointi

**RAI** (Resident Assessment Instrument) - RAI- järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-välineitä käytetään vanhuspalveluissa kotihoidon (HC), ympärivuorokautisen ja laitoshoidon (LTC) hoivan asiakkaiden arvioinnissa sekä palvelutarpeen, muisti, omaishoidon, vuodeosaston kotiutuminen sekä kuntoutuksen (Screener) arviointi välineenä. Asiakkaan RAI-arvioinnissa automaattisesti muodostuvat mittarit kuvaavat asiakkaan ja asiakaskunnan tarpeita ja toimintakyvyn osa-alueita laajemmin kuin vain yksittäisestä kysymyksestä saatava tieto. Asiakkaiden arviointi yhdenmukaisesti RAI-välineellä luo pohjan tavoitteelliselle ja suunnitelmalliselle toiminnalle, jolla vastataan asiakkaiden tarpeisiin.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

**MMSE -testi** (Mini Mental Status Examination) on kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa lyhyt ja helposti suoritettava testi. Sitä voidaan käyttää kognitiivisen toimintakyvyn seurantaan ja seulonta-tarkoitukseen ensitestinä muistisairautta epäiltäessä. Testin tulos pitää suhteuttaa vastaajan ikään ja koulutukseen, sillä ne vaikuttavat tämän testin tulokseen. MMSE-testin kanssa yhdessä käytetään kello-aulun piirtämistä, mikä on näyttänyt parantavan seulonnan herkkyyttä (<http://www.gernet.fi/ohjeet/mmse.html>).

**GDS-15-myöhäisiän** depressioseula (liite 2) on karkean tason testi ikääntyneen asiakkaan depressiotason arviointiin. Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei-vaihtoehdoilla. Yli 6 pisteen tulos antaa aiheutta depression epäilyyn. GDS-15 on nopea, ensikartoitukseen tarkoitettu testi, jonka perusteella asiakas ohjataan tarvittaessa tarkempaan tutkimukseen ([www.gernet.fi](http://www.gernet.fi)).

**MNA ravitsemustilan arviointi.** Iäkkään henkilön ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan suunnitellun MNA (Mini Nutritional Assessment) -mittarin avulla on mahdollista tunnistaa ne iäkkäät ihmiset, joiden virhe- tai aliravitsemuksen ja sen vahingollisten seurauksien riski on kasvanut. Tämä auttaa ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kohdistamisessa ja aloittamisessa. MNA-testin tuloksen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä päätelmiä esimerkiksi proteiinialiravitsemuksesta ja sen riskistä. Niiden selvittämiseksi tarvitaan laboratoriotestejä. MNA-testi voidaan suorittaa säännöllisesti avohoidossa tai laitoshoidossa. MNA koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta ja se voidaan suorittaa alle 15 minuutissa. Jos tutkittava henkilö saa seulonnassa korkean pistemäärän (12 pistettä tai enemmän), ei arviointia tarvitse jatkaa. Muussa tapauksessa vastataan kaikkiin kysymyksiin.

[http://www.gernet.fi/ohjeet/mna\\_uusi.html](http://www.gernet.fi/ohjeet/mna_uusi.html) ja [http://www.gernet.fi/ohjeet/mna\\_uusi.pdf](http://www.gernet.fi/ohjeet/mna_uusi.pdf)