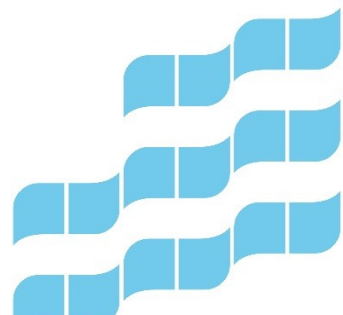


Asumispalveluiden myöntämisen perusteet Ikäihmisten palveluissa

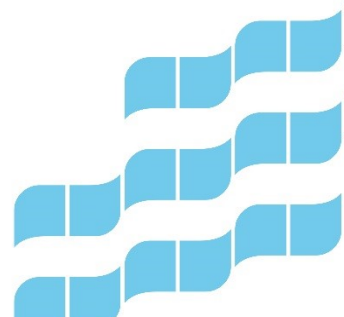
Ikäihmisten palvelujen lautakunta
14.5.2014

Päivitetty sosiaali- ja terveysterveystlautakunta
11.2.2021



Sisällyt

1. Palvelujen järjestämisen strategiset tavoitteet ikäihmisten palveluissa	3
2. Asumispalvelut	3
2.1 Palveluasuminen	3
2.2 pitkäaikainen perhehoito	3
2.3 Pitkäaikainen ympärivuorokautinen asumispalvelu	4
3. Kohderyhmä	4
4. Palvelutarpeen arvioiminen ja asumispalveluihin hakeutuminen	5
5. Palvelun myöntäminen	6
6. Palvelun myöntämisen perusteet	7
6.1 Palveluasuminen	7
6.2 Tehostettu palveluasuminen, ympärivuorokautinen hoiva	8
7. Jatkuva arviointi	9
LIITE 1	10
LIITE 2	11
LIITE 3	12
LIITE 4	14



1. Palvelujen järjestämisen strategiset tavoitteet ikäihmisten palveluissa

Tampereen kaupungin tavoitteena on mahdollistaa yhä useamman ikäihmisen turvallinen kotona asuminen järjestämällä hyvinvointia edistäviä ja kuntouttavia palveluja sekä tarvittaessa järjestämällä hoitoa koteihin ympäri vuorokauden. Hakeutuminen asumispalveluihin tulee ajankohtaiseksi silloin kun iäkkään henkilön toimintakyky on laskenut niin paljon, että kotona asuminen ei onnistu kotiin annettavien palveluiden ja apujen turvin.

On tärkeää, että ikäihmisten määrän kasvaessa ja palvelutarpeiden lisääntyessä pystytään turvaamaan pitkäaikaista asumispalvelua erityisesti niille, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja palvelua. Yhteiset perusteet asumispalveluiden myöntämiselle varmistavat osaltaan, että kuntalaisia kohdellaan tasapuolisesti. Myöntämisen perusteiden tarkoituksena on turvata kuntalaisten yhdenvertaisuus ja palvelujen oikeudenmukainen kohdentuminen sekä tukea työntekijää päätöksenteossa ja päätöksen perustelemissa.

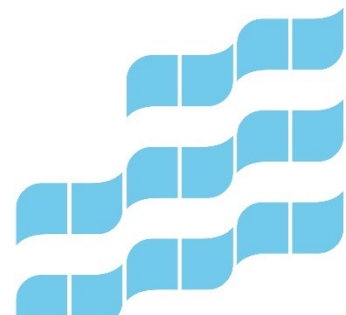
2. Asumispalvelut

2.1 Palveluasuminen

Asukkaalla on käytössään esteetön, turvallinen ja yhteisöllinen asumisympäristö ja elämisen yhteisö. Asukas saa henkilökohtaisen palvelu- ja hoitosuunnitelmansa mukaisesti tarvittaessa joka päivä (klo 7–22) ohjausta, neuvontaa, tukea ja apua päivittäisissä toiminnoissaan. Hänelle turvataan osallistumisen mahdollisuus toimintakykynsä mukaan jokapäiväisiin askareisiin, kodinhoitoon, yhteisölliseen toimintaan ja harrastuksiin. Asukkaan lääketieteellisestä hoidosta vastaa Tampereen kaupungin järjestämä lääkäripalvelu.

2.2 pitkäaikainen perhehoito

Pitkäaikainen perhehoito on ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Kunta tai kuntayhtymä tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa (Perhehoitolaki 263/2015). Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus kodinomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalisia suhteitaan. Perhehoidossa olevalle henkilöllä on muihin perhekodin jäseniin tasavertainen asema. Perhehoito tarjoaa kiinteän lähiyhteisön, pysyvät ihmissuhteet, jokapäiväisiä kodin askareita, yksilöllistä hoitoa ja turvallisuutta. Pitkäaikainen perhehoito on jatkuvaa perhehoitoa, jolloin perhehoidettava muuttaa perhehoitajan luokse



pysyvästi. Pitkäaikaiseen perhehoitoon siirryttäessä voidaan aluksi tehdä tilapäinen toimeksiantosopimus ns. tutustumisjakson ajaksi.

Perhehoidon järjestämisestä ja perhehoitoon sijoittamisesta huolehtivat Pirkanmaan perhehoidon yksikön työntekijät yhteistyössä kuntien perhehoidosta vastaavien työntekijöiden kanssa. Perhehoitoon sijoittamisessa otetaan huomioon asiakkaan omat toivomukset, hänen läheistensä mielipide sekä perhehoitajan arvio omista valmiuksistaan.

2.3 Pitkäaikainen ympärivuorokautinen asumispalvelu

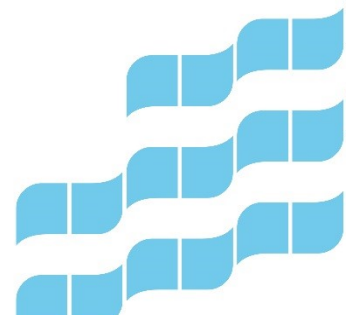
Sosiaalihuoltolain mukaisena sosiaalipalveluna (21 §) myönnettävä pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito ja huolenpito sisältävät tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotihoiton. Sosiaalihuoltolain mukaista ympärivuorokautista pitkäaikaishoitoa myönnetään asiakkaalle sosiaali- ja terveystalvelujen lautakunnan päättämien myöntämisen perusteiden mukaisesti.

Ympärivuorokautinen hoito ja huolenpito toteutetaan niin, että ikäs henkilö kokee elämänsä arvokkaaksi, merkitykselliseksi ja turvalliseksi ja hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia ja terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Tavoitteena on turvata iäkkään henkilön asumisen pysyvyys samassa ympärivuorokautista hoitoa antavassa yksikössä elämänsä loppuun asti. Tällöin ikäihmisen ei tarvitse enää muuttaa palveluiden perässä vaan palvelut muuttuvat henkilön tarpeen mukaan. Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaan sairaalahoidon tarve arvioidaan lääketieteellisin perustein.

lökkäille avio- ja avopuolisoille pyritään järjestämään mahdollisuus asua yhdessä. Toinen puolisoista voi olla ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa ja toinen kevyemmässä palvelutuotteessa esimerkiksi kotihoidossa, palveluasumisessa tai ilman palveluja yksityisasukkaana. Puolisoiden ja läheisten kanssa keskustellaan sopivasta vaihtoehdosta. Toinen puolisoista voi jäädä myös kotiin. Jos toinen puolisoista on kevyemmän hoidon tarpeessa, yhdessä asuminen ei onnistu vanhainkotihoitossa ja niissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joissa on vain tehostettua palveluasumista.

3. Kohderyhmä

Asumispalveluita voidaan myöntää pääsääntöisesti iäkkäälle tamperelaiselle, orivesiläinen tai kotikuntakuntamuuttajalle, jos hän ei toimintakyvyn rajoitusten vuoksi selviydy omassa kodissaan kotihoidon palvelujen, tukipalvelujen ja/tai läheisten tuella, tai muulla tavoin tuettuna. Jos asiakasta hoitaa omainen tai läheinen, hänen antamansa hoiva otetaan huomioon kokonaisarvioinnissa. Asumispalvelut on tarkoitettu niille asiakkaille, jotka tarvitsevat hoitoa ja huolenpitoa säännöllisesti tai ympärivuorokauden.



4. Palvelutarpeen arvioiminen ja asumispalveluihin hakeutuminen

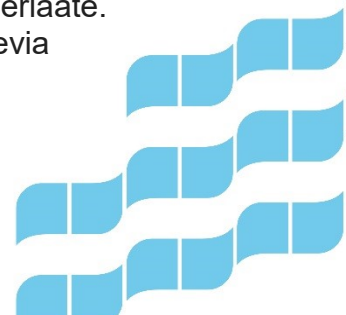
Palvelun myöntäminen perustuu aina asiakkaan palvelutarpeen selvittämiseen. Palvelutarpeen selvittämisellä tarkoitetaan iäkkään henkilön arjesta suoriutumisen ja toimintakyvyn kattavaa, moniammatillista ja monipuolista arviointia. Arvioinnin suorittavat sosiaali- ja terveystalvetut ammattilaiset yhdessä iäkkään henkilön ja/tai hänen läheisensä kanssa. Lähtökohtana on yleensä asiakkaan tai hänen läheisen ilmaisema käsitys avun tarpeesta tai ammattilaisen havaitsema avun tarve. Palvelutarpeen selvittäminen sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin, tutustumisen aikaisemmin kirjattuihin asiakastietoihin (esim. terveystiedot ja saadut palvelut) sekä iäkkään henkilön arkiympäristön ja palveluiden saatavuuden selvittämisen. Arvioinnissa käytetään apuna toimintakykymittareita, keskustellaan asiakkaan ja omaisten kanssa sekä havainnoidaan kokonaistilannetta.

Asumispalveluihin hakeudutaan sen hetkisen toimintakyvyn ja tilanteen mukaan. Palvelutarpeen selvittäminen tehdään hakijan kotona tai tietyillä palvelutarpeen selvittämiseen perehtyneillä sairaalaosastoilla. Kotona asuvan hakijan palvelutarpeen selvittely ja toimintakykyarviot tehdään pääsääntöisesti kotona. Tämän jälkeen palvelun tarvetta arvioidaan vielä moniammatillisessa tiimissä, johon osallistuvat hoitotyön, sosiaalityön sekä lääketieteen ammattilaiset. (Liite1) Jos hakija on sairaalahoidossa, palvelutarpeen arviointi tapahtuu sairaalassa. Sairaalassa kokoontuu myös oma moniammatillinen tiimi arvioimaan palvelun tarvetta. (Liite 2)

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja myöntämisperusteiden täyttymisen arvioinnissa käytetään perustana RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmää, joka on asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmä perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin ja se soveltuu yksilön palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaan sekä hoidon tulosten seurantaan. RAI-järjestelmä käsittää satoja eri kysymyksiä, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettavaksi todettuja mittareita. (Liite 3)

Kotona asuvalle hakijalle tehdään kotihoitoon kehitetty iRAI-HC (interRAI Home Care) ja sairaalassa olevalle hakijalle tehdään laitoshoidon RAI-LTC (Long Term Care, muuttuu 2021 vuoden loppuun mennessä RAI-LTCF:ksi). RAI-arvojen hyödyntämisen lisäksi voidaan käyttää apuna muita toimintakykyä mittaavia mittareita, kuten MMSE- ja CERAD- testi, joilla selvitetään asiakkaan kognitiivista tilaa. (Liite 3)

On tärkeää selvittää asiakkaan oma tahto, kun asumispalveluihin hakeutuminen tulee ajankohtaiseksi. Asiakkaan tahdon selvittäminen voi olla haasteellista niissä tapauksissa, joissa läheisen kanta eroaa asiakkaan kannasta tai kun tarkastellaan itsemääräämisoikeuden rajaa esimerkiksi niissä tapauksissa, joissa asiakkaan kognitiivinen toimintakyky on merkittävästi alentunut. Kotihoidossa olevan moniammatillisen tiimin tehtävä on arvioida, onko itsemääräämisoikeus vahvempi kuin turvaamisperiaate. Lääkäri ottaa viime kädessä kantaa asiakkaan kykyyn tehdä itseään koskevia



päätöksiä.

Hakijalla tulee olla tehtynä ajantasainen RAI-arviointi, jonka tuloksia hyödynnetään palvelutarpeen arviointia tehtäessä. Jos hakija on kotikuntamuuttaja, tulee hänellä olla tehtynä muita toimintakykyarvioita, jos RAI-arvoja ei ole saatavilla. Edellytyksenä on, että asiakkaan terveydentila ja toimintakyky on selvitetty ja näihin liittyvät tarvittavat tutkimukset ja hoidot on tehty. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaudet ja niiden hoito tulee olla optimaalisella tasolla tai arvioituna. Jos hakija käyttää yksityislääkärin palveluja tai on kotikuntamuuttaja, tulee asiakkaasta silloin olla ajantasainen lääkärin lausunto hänen terveydentilastaan.

Kun palvelutarpeen arvio on tehty ja päädytty siihen, että tehdään hakemus asumispalveluun, hakemus käsitellään asumisen asiakasohjauksessa, ikäihmisten SAS (selvitä, arvioi, sijoita) työryhmässä.

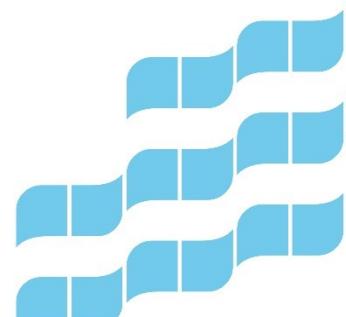
5. Palvelun myöntäminen

Asumispalveluiden myöntämisen perusteet ovat ohjeellisia ja asiakasvalinnoissa otetaan aina huomioon myös asiakkaan yksilöllinen kokonaistilanne. Myös asiakkaan subjektiivinen kokemus otetaan aina huomioon arvioitaessa kokonaistilannetta. Palvelun myöntämiseen vaikuttavat keskeisesti asiakkaan toimintakyky sekä asiakkaan oma tahto.

Asiakkaan toimintakyvyn lisäksi palvelun myöntämiseen vaikuttavat sosiaalinen verkosto, omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet, asunto-olosuhteet sekä mahdolliset omarahoitteiset palvelut. Kaupungin järjestämän asumispalvelun myöntämisen edellytyksenä on, että asiakkaan ja/tai omaisten kanssa on käyty läpi asiakkaan sosiaalisen verkoston mahdollisuudet osallistua asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Asiakkaan ja/tai omaisten kanssa käydään läpi mahdollisuus omarahoitteisiin palveluihin ja omarahoitteisten palvelujen hyödyntämisen vaikutukset muun muassa asiakkaan palvelusta maksamiin kustannuksiin.

Päätöksen asumispalvelun myöntämisestä tekee ikäihmisten SAS-asiakasohjauksen sosiaalityöntekijä hakemuksen perusteella (liite 1 ja 2). Palvelusta tehdään valituskelpoinen kirjallinen päätös. Asiakas voi halutessaan tehdä päätöksestä oikaisuvaatimuksen sosiaali- ja terveystalvelukunnan yksilöasioiden jaostoon.

Asumispalveluista perittävät maksut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuihin lakeihin ja asetuksiin sekä Tampereen sosiaali- ja terveystalvelukunnan päättämiin asiakasmaksuihin.



6. Palvelun myöntämisen perusteet

6.1 Palveluasuminen

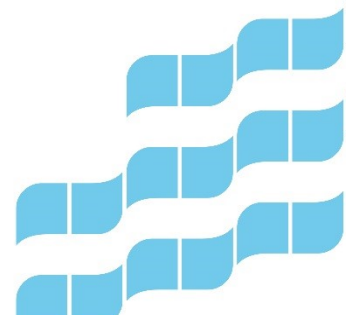
Palveluasumisella tarkoitetaan palvelua henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa (SHL 21 § 3 mom). Palveluasuminen eroaa tehostetusta palveluasumisesta siten, että se ei pääsääntöisesti sisällä ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Palveluasumisesta on mahdollisuus 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.

Ei-ympärivuorokautisen, tavallisen palveluasumisen myöntämisen edellytyksenä on, että

- Asiakkaalle on tehty sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattilaisten toimesta moniammatillinen palvelutarpeen arviointi yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Lääkäri on arvioinut asiakkaan terveydentilan
- Asiakkaan toimintakyky on alentunut ja hän tarvitsee säännöllistä apua tai ohjausta arjen toiminnoissa (esim. pukemisessa, wc-käynneissä, hygienian hoidossa, lääkehuollossa, ruokailussa) tai asiakkaalla on arkeen haitallisesti vaikuttavaa turvattomuuden tunnetta tai psyykkisiä oireita
- Jos asiakkaan kognitiivinen toimintakyky on alentunut, tulee hänen selviytyä ilman jatkuvaa valvontaa
- Asiakas selviytyy yön turvajärjestelyin tai sovittujen seurantakäyntien avulla
- Asunnon muutostyön tarpeet ja mahdollisuudet on selvitetty
- Asiakas ei selviydy nykyisessä asumismuodossa kotiin vietävien palvelujen, teknologisten ratkaisujen ja apuvälineiden turvin
- Asiakas kykenee liikkumaan pääsääntöisesti omatoimisesti tai korkeintaan yhden ihmisen avun turvin
- Asiakkaalla ei ole säännöllisesti ympärivuorokautisen palvelun arvetta

Asiakkaan palveluasumisen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja käytössä olevat RAI-toimintakykymittarin arvot ovat ohjeellisia. RAI-toimintakykymittareista Maplen lisäksi vähintään kahden tulee täyttyä.

Maple	4 (palvelutarveluokka MapLe 1-5)
MapLe	alle 4 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuuden vaarantava sosiaalinen tai psyykinen turvattomuus, harhaisuus tai harhaluuloisuus tai muu sairaus, vaativa hoivan- ja hoidontarve, johon vastaaminen on palveluasumisessa tarkoituksen mukaisempaa kuin terveyskeskuksessa.
ADLH	1 (Arkisuoriutuminen, perustoiminnot ADLH 0-6)
IADLCH	5 (Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot IADLCH 0-6)
CPS	2 (Kognitiomittari CPS 0-6)



Lisäksi voidaan huomioida:

DRS 3 (Masennuksen oiremittari DRS 0-14)

DRSSR 4 (Itsearvioitu mieliala DRSSR 0-9)

Mielialaa kuvaavat mittarit (DRS ja DRSSR) huomioidaan, jos asiakkaan ongelma on asuinolosuhteilla tai turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa. DRS arvo on edellyttää kotihoidon iRAI HC kokonaisarvioinnin tekemistä.

ABS 5 (Haastava käyttäytyminen ABS 0-12)

Haastavan käyttäytymisen oireet voivat häiritä muita asukkaita, joten se on otettava huomioon asumispalvelupaikkaa valittaessa.

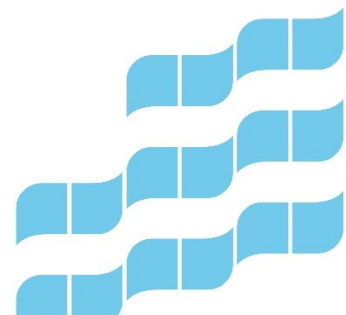
6.2 Tehostettu palveluasuminen, ympärivuorokautinen hoiva

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan tehostetun palveluasumisen yksikössä tarjottavaa asumista ja palveluja. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista (SHL 21 § 3 mom).

Tehostettua palveluasumista on mahdollisuus saada sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Jos henkilön toimintakyky on alentunut niin ettei kevyemmissä asumisen muodoissa ole mahdollista runsaidenkaan tukitoimien osalta enää asua, hänellä on oikeus saada tehostettua palveluasumista. Palvelujen järjestäjä / viranomais tekee päätöksen palvelun myöntämiseksi.

Tehostetun palveluasumisen myöntämisen edellytyksenä on, että

- Asiakkaalle on tehty sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisesti tekemä palvelutarpeen arviointi yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Lääkäri on arvioinut tilanteen eikä toimintakyvyn paraneminen/kuntoutuminen ole todennäköistä
- Asiakas tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa/hoivaa, huolenpitoa ja/tai valvontaa säännöllisesti myös yöaikaan
- Asiakas ei kykene fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakykynsä heikentymisen tai muiden syiden perusteella selviytymään nykyisessä tai tehostettua palveluasumista kevyemmässä asumismuodossa kotiin vietävien monipuolisten palvelujen, teknologisten ratkaisujen ja apuvälineiden turvin
- Omaisten, yritysten ja vapaaehtoistyön palvelumahdollisuudet on kartoitettu
- Kuntoutuksen keinot on kartoitettu
- Asiakkaalla on muistisairauteen liittyvä suuri riski eksyä eikä sitä voida estää hoitoon osallistuvien tai teknologisten laitteiden avulla



Asiakkaan tehostetun palveluasumisen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja käytössä olevat RAI-toimintakykymittarin arvot ovat ohjeellisia. RAI-toimintakykymittareista Maplen lisäksi vähintään kahden tulee täyttyä.

Maple	5 (palvelutarveluokka MapLe 1-5)
ADLH	2 (Arkisuoriutuminen, perustoiminnot ADLH 0-6)
IADLCH	6 (Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot IADLCH 0-6)
CPS	3 (Kognitiomittari 0-6)

Lisäksi voidaan huomioida:

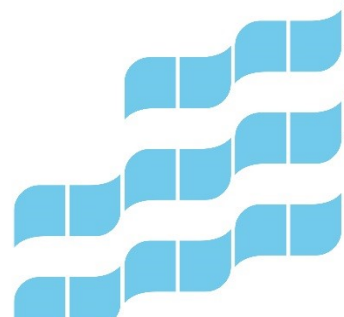
Korkea DRS arvo, joka on asuinolosuhteilla / turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa.

Korkea ABS arvo, joka saattaa vaikuttaa asumispalvelupaikan valintaan.

Muita toimintakykymittareita huomioidaan tarvittaessa, kuten MMSE, CERAD, GDS, MNA

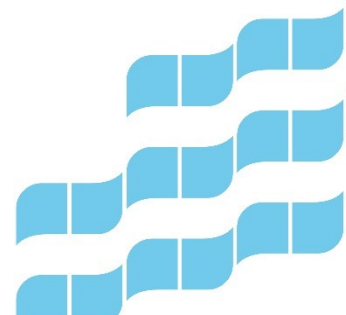
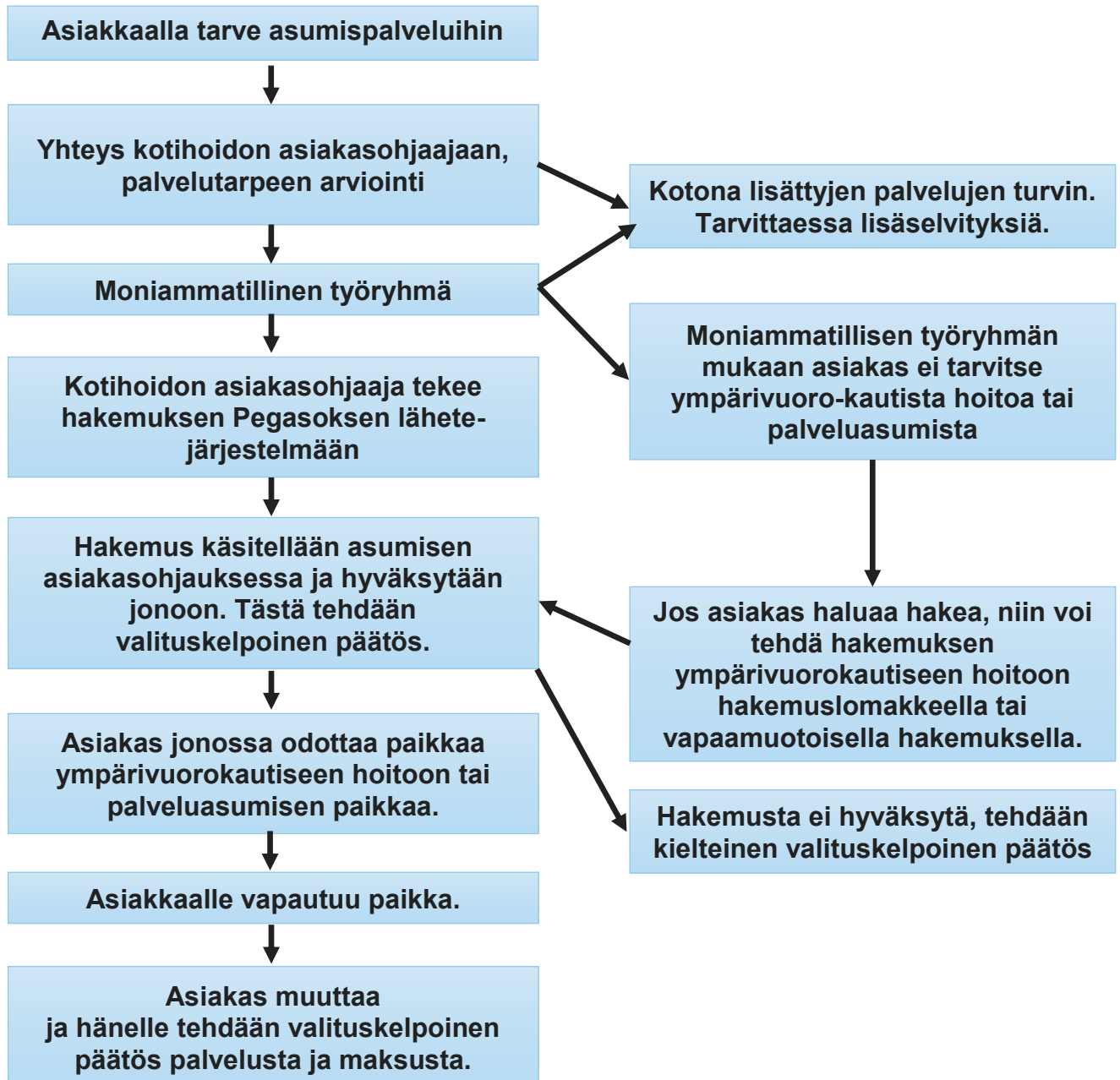
7. Jatkuva arviointi

Asiakkaan palvelutarvetta ja toimintakykyä seurataan ja arvioidaan myös asumispalveluissa, jotta asiakas saa toimintakykynsä mukaiset tarvitsemansa palvelut. Asiakkaan kanssa tehdään RAI- ja väliarviointi vähintään puolen vuoden välein tai useammin asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Arvioinnin perusteella asiakkaan palveluita voidaan lisätä tai vähentää asiakkaan tarpeen mukaan.



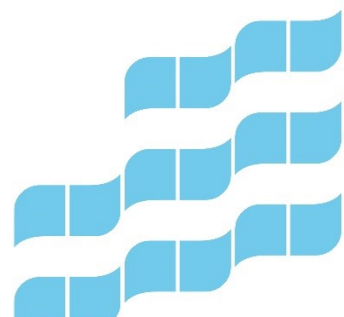
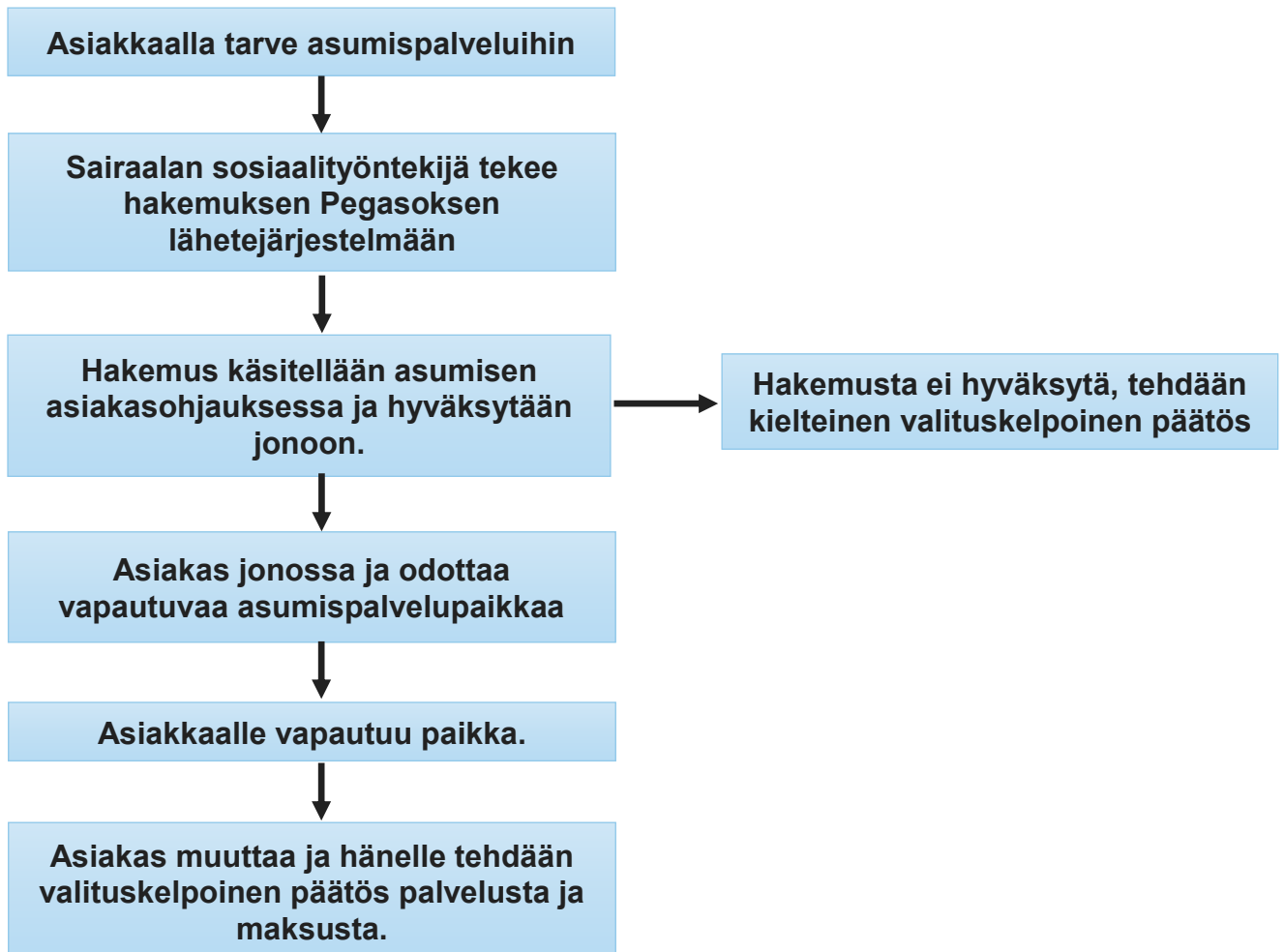
LIITE 1

HAKEUTUMINEN KOTOA ASUMISPALVELUIHIN



LIITE 2

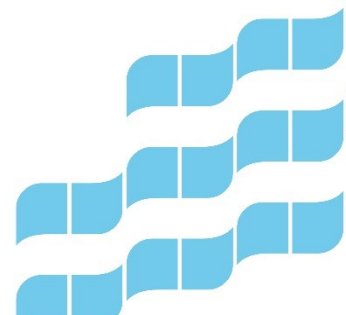
HAKEUTUMINEN SAIRAALASTA ASUMISPALVELUIHIN



LIITE 3

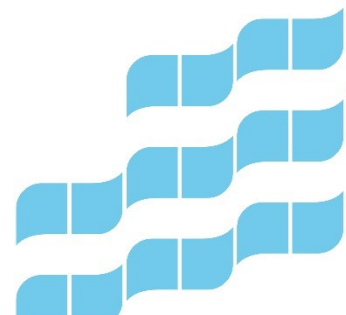
RAI:n keskeiset mittarit

Mittari	Kuvaus
ADLH (0-6)	Antaa tietoa siitä, kuinka itsenäisesti asiakas suoriutuu päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista, kuten kotona liikkumisesta, ruokailusta, WC:n käytöstä ja henkilökohtaisesta hygieniasta. Lisäksi antaa tietoa käyttämästään henkilöstövoimavarasta suoriutuakseen näistä toiminnoista.
IADLCH (0-6)	Arvioi sitä, kuinka asiakas suoriutuu asioiden hoitamiseen liittyvistä toiminnoista kuten aterioiden valmistamisesta, lääkityksestä, kotitaloustöistä, raha-asioiden hoidosta ja ostoksilla käynnistä (vain kotihoidon RAI:ssa)
CPS (0-6)	Antaa tietoa asiakkaan kognitiivisista kyvyistä eli sen avulla voidaan arvioida muun muassa lähimuistia, ymmärretyksi tulemista, päätöksentekokykyä sekä kykyä syödä itse.
DRS (0-14)	Mittaa masennusoireita. Esim. kykenemätön huolehtimaan itsestään, välinpitämätön suhtautuminen omiin asioihinsa (ei nouse sängystä ylös, ei syö). Voi olla masennusta tai muu psyykinen sairaus, joka ei ole hoidosta huolimatta parantunut.
Maple (0-5)	Palvelutarveluokka, joka pitää sisällään useita eri osioita ja keskeisimmät RAI:n mittarit. Antaa monipuolisen kuvan asiakkaan toimintakyvystä ja palveluntarpeesta. Saadaan mm. tietoa käyttäytymiseen liittyvistä oireista, kotiympäristön olosuhteista, asiakkaan lääkitykseen, ateriointiin, vaelteluun ja kaatuiluun liittyvistä asioista. (Vain kotihoidon RAI:ssa)
DRSSR (0-9)	Itsearvioitu mieliala –mittari huomioi henkilön oman arvion mielialastaan. Mittarin avulla voi tulla esiin sellaisia mielialaan liittyviä oireita ja tuntemuksia, joita ei olisi muutoin tullut esiin.
CHESS (0-5)	Mittaa terveydentilan vakautta. Mittari arvioi oksentelua, hengenahdistusta, turvotusta, tahatonta painonlaskua, riittämätöntä juomista, normaalia vähäisempää ruuan tai juoman määrää, päätöksentekokyvyn huononemista, päivittäisten toimintojen suorituskvyn huononemista ja elinennustetta 6 kk tai vähemmän.
PAIN (0-4)	Arvioi asiakkaan kivun voimakkuutta ja tiheyttä, esim. päivittäistä kipua, jota ei saada riittävästi hallintaan. Kipu vaikeuttaa asiakkaan selviytymistä arjessa.
MNA	Arvioi asiakkaan ravitsemustilaa.



Muita mittareita ja arvioitavia asioita

Mittari/ mitattava asia	Kuvaus
MMSE (0-30)	Lyhyt älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu testi, jolla mitataan mm. orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä ja laskutaitoa.
CERAD- tehtäväsarja	Arvioidaan sanojen mieleen painamista, sanojen muistissa säilymistä, visuaalisen materiaalin muistissa säilymistä, kielellisiä toimintoja, hahmottamista, toiminnan suunnitelmallisuutta ja joustavuutta.
Käytösoireet	Toistuvaa turvallisuutta vaarantavaa vaeltelua/eksyilyä, kielteistä suhtautumista hoitoon (esim. vastusteleo lääkkeidenottoa, syömistä ja päivittäisiin toimiin liittyvää apua), joka vaarantaa terveyttä ja turvallisuutta. Sosiaalisesti sopimatonta käyttäytymistä, omaa tai toisen henkeä/turvallisuutta uhkaava käytöstä.
Sosiaalinen toimintakyky/aktiivisuus	Vetäytykö täysin aktiviteeteistaan, omaisten/läheisten tukiverkosto riittämätön, kokeeko olonsa yksinäiseksi ja turvattomaksi, joka vaikeuttaa merkittävästi asiakkaan kotona selviytymistä.
Lääketieteellinen ja sairaanhoidollinen erityisosaaminen	Vaatiiko paljon moniammatillista henkilötyöpanosta sekä sairaanhoidollista erityisvälineistöä ja/tai tilaa sekä tarve on toistuva.



LIITE 4

Pirkanmaan yhteiset asumispalveluiden myöntämisen perusteet 12/2020

Palveluasuminen

Palveluasumisella tarkoitetaan palvelua henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa (SHL 21 § 3 mom). Palveluasuminen eroaa tehostetusta palveluasumisesta siten, että se ei pääsääntöisesti sisällä ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa.

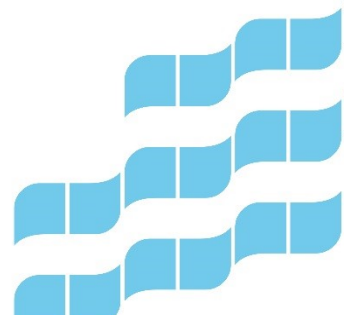
Palveluasumista on mahdollisuus saada sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Jos henkilön toimintakyky on alentunut niin, ettei kotona asuminen ole mahdollista runsaidenkaan tukitoimien osalta, hänellä on oikeus saada palveluasumista.

Ei-ympärivuorokautisen, **tavallisen palveluasumisen myöntämisen edellytyksenä** on, että

- Asiakkaalle on tehty sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattilaisten toimesta moniammatillinen palvelutarpeen arviointi yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Lääkäri on arvioinut asiakkaan terveydentilan
- Asiakkaan toimintakyky on alentunut ja hän tarvitsee säännöllistä apua tai ohjausta arjen toiminnoissa (esim. pukemisessa, wc-käynneissä, hygienian hoidossa, lääkehuollossa, ruokailussa) tai asiakkaalla on arkeen haitallisesti vaikuttavaa turvattomuuden tunnetta tai psyykkisiä oireita
- Jos asiakkaan kognitiivinen toimintakyky on alentunut, tulee hänen selviytyä ilman jatkuvaa valvontaa
- Asiakas selviytyy yön turvajärjestelyin tai sovittujen seurantakäyntien avulla
- Asunnon muutostyön tarpeet ja mahdollisuudet on selvitetty
- Asiakas ei selviydy nykyisessä asumismuodossa kotiin vietävien palvelujen, teknologisten ratkaisujen ja apuvälineiden turvin
- Asiakas kykenee liikkumaan pääsääntöisesti omatoimisesti tai korkeintaan yhden ihmisen avun turvin
- Asiakkaalla ei ole säännöllisesti ympärivuorokautisen palvelun arvetta

Asiakkaan palveluasumisen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja käytössä olevat RAI-toimintakykymittarin arvot ovat ohjeellisia. RAI-toimintakykymittareista Maplen lisäksi vähintään kahden tulee täyttyä.

Maple 4 (palvelutarveluokka MapLe 1-5)



MapLe alle 4 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuuden vaarantava sosiaalinen tai psyykinen turvattomuus, harhaisuus tai harhaluuloisuus tai muu sairaus, vaativa hoivan- ja hoidontarve, johon vastaaminen on palveluasumisessa tarkoituksen mukaisempaa kuin terveyskeskuksessa.

ADLH	1 (Arkisuoriutuminen, perustoiminnot ADLH 0-6)
IADLCH	5 (Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot IADLCH 0-6)
CPS	2 (Kognitiomittari CPS 0-6)

Lisäksi voidaan huomioida:

DRS	3 (Masennuksen oiremittari DRS 0-14)
DRSSR	4 (Itsearvioitu mieliala DRSSR 0-9) Mielialaa kuvaavat mittarit (DRS ja DRSSR) huomioidaan, jos asiakkaan ongelma on asuinolosuhteilla tai turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa. DRS arvo on edellyttävä kotihoidon iRAI HC kokonaisarvioinnin tekemistä.
ABS	5 (Haastava käyttäytyminen ABS 0-12) Haastavan käyttäytymisen oireet voivat häiritä muita asukkaita, joten se on otettava huomioon asumispalvelupaikkaa valittaessa.

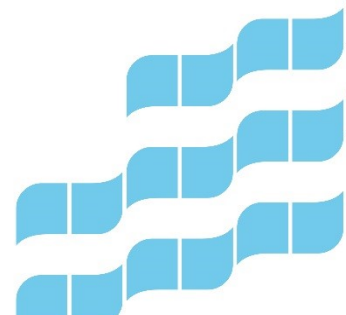
Tehostettu palveluasuminen, ympärivuorokautinen hoiva

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan tehostetun palveluasumisen yksikössä tarjottavaa asu-mista ja palveluja. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista (SHL 21 § 3 mom).

Tehostettua palveluasumista on mahdollisuus saada sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Jos henkilön toimintakyky on alentunut niin ettei kevyemmissä asu-misen muodoissa ole mahdollista runsaidenkaan tukitoimien osalta enää asua, hänellä on oikeus saada tehostettua palveluasumista. Palvelujen järjestäjä / viranomainen tekee päätöksen palvelun myöntämiseksi.

Tehostetun palveluasumisen myöntämisen edellytyksenä on, että

- Asiakkaalle on tehty sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisesti tekemä palvelutarpeen arviointi yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Lääkäri on arvioinut tilanteen eikä toimintakyvyn paraneminen/kuntoutuminen ole todennäköistä
- Asiakas tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa/hoivaa, huolenpitoa ja/tai valvontaa säännöllisesti myös yöaikaan
- Asiakas ei kykene fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakykynsä heikentymisen tai muiden syiden perusteella selviytymään nykyisessä tai tehostettua



palveluasumista kevyemmässä asumismuodossa kotiin vietävien monipuolisten palvelujen, teknologisten ratkaisujen ja apuvälineiden turvin

- Omaisten, yritysten ja vapaaehtoistyön palvelumahdollisuudet on kartoitettu
- Kuntoutuksen keinot on kartoitettu
- Asiakkaalla on muistisairauteen liittyvä suuri riski eksyä eikä sitä voida estää hoitoon osallistuvien tai teknologisten laitteiden avulla

Asiakkaan tehostetun palveluasumisen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja käytössä olevat RAI-toimintakykymittarin arvot ovat ohjeellisia. RAI-toimintakykymittareista Maplen lisäksi vähintään kahden tulee täyttyä.

Maple	5 (palvelutarveluokka MapLe 1-5)
ADLH	2 (Arkisuoriutuminen, perustoiminnot ADLH 0-6)
IADLCH	6 (Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot IADLCH 0-6)
CPS	3 (Kognitiomittari 0-6)

Lisäksi voidaan huomioida:

Korkea DRS arvo, joka on asuinolosuhteilla / turvattomuuden ja yksinäisyyden poistamisella korjattavissa.

Korkea ABS arvo, joka saattaa vaikuttaa asumispalvelupaikan valintaan.

Muita toimintakykymittareita huomioidaan tarvittaessa, kuten MMSE, CERAD, GDS, MNA

