



**KEMIJÄRVI**

LAPLAND

# Kotihoidon myöntämisen perusteet ikäihmisten palveluissa

Kemijärven kaupunki

Hyvinvointipalvelut  
Hoiva- ja hoitotyön palvelut  
Hyvinvointilautakunta

26.9.2017 § 23

16.12.2021 §

## Sisällys

1 PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN TAVOITTEET JA PERIAATTEET .....	2
2 KOTONA ASUMISTA TUKEVAT TUKIPALVELUT .....	3
3 KOTIHOITO .....	5
3.1 Palveluihin hakeutuminen .....	6
3.2 Palveluntarpeiden arviointi .....	6
3.3 Palveluiden myöntäminen .....	7
3.4 Palveluiden järjestäminen .....	8
3.5 Kotihoidon sisältö .....	8
3.6 Kotihoidon asiakkuuden päättyminen .....	9

## LÄHTEET

## 1. PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN TAVOITTEET JA PERIAATTEET

Kotihoidon toiminta perustuu sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja –asetukseen (607/1983), kansanterveyslakiin (kansanterveyslaki 66/1972), terveydenhuoltolakiin (1326/2010), lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012), lakiin sosiaalihuollon asiakkaan ja terveydenhuollon potilaan asemasta ja oikeuksista (812/2000 ja 1326/2010). Myös Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton vuonna 2013 antama laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Julkaisuja 2013:11) ohjaa kotihoitoa.

Sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaisesti kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Palvelut kohdennetaan niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen näistä tehtävistä. Tiedot siitä minkälaisia sosiaalipalveluja on mahdollista saada, miten niitä voi hakea ja mitkä ovat palvelujen saamisen perusteet, on julkaistava helposti saavutettavilla ja ymmärrettävällä tavalla (SHL 4 luku 33 §).

Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Muita tukipalveluja järjestetään tarpeen mukaan. Kotihoidon tukipalveluja ja kotihoitoa voivat tuottaa myös yksityiset palveluntuottajat. Kotipalvelun saamisen perusteina on lakiin kirjattu sairaus, synnytys, vamma tai muu vastaavanlainen toimintakykyä alentava syy tai erityinen perhe- tai elämäntilanne. Painopisteenä on entistä selkeämmin asiakkaan oman toimintakyvyn ylläpitäminen ja asiakkaan tukeminen jokapäiväisen elämän toiminnoista selviämässä. Tarpeen mukaan asiakkaalle järjestetään niitä palveluja, joista hänen ei ole mahdollista selviytyä itse (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 7.12.2016, 40). Näitä tässä esiteltäviä kotihoidon myöntämisen perusteita ei sovelleta lapsiperheiden kotipalveluun tai perhetyöhön.

Terveydenhuoltolain 25 §:n mukaisesti kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoito. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä terveyden- tai sairaanhoitoa.

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoitojen tehtävien muodostamaa kokonaisuutta (SHL 3 luku 20 §).

Kotihoidon henkilöstöön kuuluu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia. Työskentely on moniammatillista yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa ja kaikkia sitoo vaitiolovelvollisuus.

Valtakunnallinen tavoite on, että kotihoitopalvelut kohdentuvat erityisesti yli 75-vuotiaille ja ennakoivat palvelut yli 65-vuotiaille. Kotihoidon palvelujen piiriin oikeuttavana tai rajaavana tekijänä ei kuitenkaan pidetä ikää. Kotona asumista tukevat palvelut toteutetaan tukemalla asiakkaiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Ennakoivalla työllä ja varhaisella puuttumisella pyritään ehkäisemään erityisesti pitkäaikaishoidon tarvetta. Tavoitteena on, että asiakkaat voivat asua turvallisesti omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään.

Vanhuspalvelulain 12 § edellyttää, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja.

Asiakkaan hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevien palveluiden tarve ja tahto selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä asiakkaan kanssa ja tarvittaessa yhdessä hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa edunvalvojan valtuutuksen mukaisesti.

Sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö sekä avustava henkilöstö, joka osallistuu asiakastyöhön, ovat velvollisia kirjaamaan sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot määrämuotoisina asiakirjoina ja tallettamaan ne. Velvollisuus kirjata asiakastiedot alkaa, kun palvelunantaja on saanut tiedon henkilön palvelutarpeesta tai ryhtynyt toteuttamaan sosiaalipalvelua. Tieto asiakkuuden päättymisestä on kirjattava asiakasasiakirjaan. (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 2 luku 4 §.)

Kun sosiaalipalvelua toteuttaa sosiaalihuollon toimintayksikössä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö yhdessä, asiakkaasta laaditaan yhteinen toteuttamiskertomus. Lisäksi asiakkaalle voidaan laatia yhteinen asiakassuunnitelma ja muita tarpeellisia yhteisiä asiakasasiakirjoja. Tässä momentissa tarkoitettut yhteiset asiakasasiakirjat talletetaan sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Henkilöllä, joka osallistuu edellä tarkoitettun yhteisen palvelun toteuttamiseen, on oltava pääsy tehtävässään tarvitsemiinsa asiakasasiakirjoihin. Yhteisestä asiakassuunnitelmasta voidaan tarvittaessa tallettaa kopio potilasrekisteriin. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat tiedot merkitään potilasasiakirjoihin ja talletetaan potilasrekisteriin. (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 2 luku 7 §.)

Palvelutarpeen selvittämisen perusteella arvioidaan, onko henkilöllä tuen tarvetta. Jos henkilö tarvitsee tukea, arvioidaan, onko tuen tarve luonteeltaan tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista. Palvelutarpeen arviointi sisältää:

- 1) yhteenvedon asiakkaan tilanteesta sekä sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeesta;
- 2) sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä;
- 3) asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen palvelutarpeestaan, ellei palvelutarpeen arvioimiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä;
- 4) asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion 42 §:n mukaisen omatyöntekijän tarpeesta. (SHL 4 luku 37 §.)

Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle ja hänen kanssaan yhdessä laadittavalla asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla, ellei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Tämä suunnitelma voi olla palvelu-, hoito- ja/tai kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan näkemykset, mielipiteet ja toiveet.

Näillä kotihoidon palveluiden myöntämisen perusteilla selkeytetään palvelujen kohdentumista ensisijaisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville, joiden toimintakyky on heikentynyt vamman, muistisairauden tai jonkun muun pitkäaikaissairauden vuoksi.

## **2. KOTONA ASUMISTA TUKEVAT TUKIPALVELUT**

Tukipalveluiden tarve arvioidaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen lisäksi omaisten ja muiden läheisten mahdollisuus osallistua asiakkaan auttamiseen ja kuntoutumiseen.

Kunta voi tuottaa tukipalvelut itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelun tarvitsija voi ostaa tukipalveluja myös suoraan yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tällöin tukipalvelujen ostajana esimerkiksi omainen tai henkilö itse voi käyttää hyväkseen mahdollista verotuksen kotitalousvähennystä.

Tukipalvelut myönnetään toistaiseksi tai määräajaksi ja niiden tarvetta arvioidaan säännöllisesti päivittämällä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Palvelun myöntämisestä tai epäämisestä tehdään aina kirjallinen palvelupäätös ja palvelua myönnettäessä myös maksupäätös. Kaikista tukipalveluista peritään maksu vahvistetun maksutaksan mukaisesti.

Säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille tukipalvelut järjestetään asiakas- tai muun suunnitelman mukaisesti.

### **Ateriapalvelu**

Ateriapalvelua voidaan myöntää kotihoidon tukipalveluna, jos asiakkaan toimintakyky tai terveydentila on heikentynyt tilapäisesti (esim. asiakkaan sairaalasta kotiutuminen) tai pysyvästi, on todettu ali- ja/tai virheravitsemusriski tai asiakas ei kykene valmistamaan aterioitaan eikä hänellä ole mahdollisuutta ruokailla kodin ulkopuolisissa ruokailupaikoissa.

Toimintakyvyn muuttuessa ateriatilausten määrää voidaan vähentää ja/tai lisätä tai ateriapalvelu voidaan päättää. Asiakkaat voivat ostaa ateriapalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta heidän määrittelemänsä hinnan mukaan.

### **Vaatehuolto**

Sosiaalihuoltolain 19 § määrittelee vaatehuollon kotipalveluun sisältyväksi tukipalveluksi. Vaatehuollolla tarkoitetaan tässä ohjeistuksessa pyykinpesua, ripustamista ja vaatteiden viikkaamista. Vaatehuollon tarve arvioidaan palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. Vaatehuoltoon liittyvissä tehtävissä on lähtökohtana asiakkaan tukeminen ja omien voimavarojen käyttö, ei puolesta tekeminen. Vaatehuoltoa voidaan järjestää tukipalveluna, jos asiakas ei itse selviydy vaatehuollon tehtävistä. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevilla asiakkailla kotona järjestettävä vaatehuolto sisältyy hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja kotihoidosta perittävään kuukausimaksuun. Tukipalveluna järjestettävästä vaatehuoltopalvelusta peritään erillinen maksu.

### **Siivouspalvelut**

Siivouspalveluja voi hankkia järjestöjen ja yksityisten yrittäjien kautta.

### **Sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut**

Kuntouttavaa päivätoimintaa ja muita sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja voi olla mahdollista saada kotona asumisen tueksi. Kotihoidon työntekijät edesauttavat asiakkaan yhteydenpitoa omaisiin ja ystäviin sekä ohjaavat ja kannustavat asiakasta osallistumaan päivätoimintaan ja erilaisiin tapahtumiin sekä avustavat niiden järjestelyissä.

Tavoitteena on tukea asiakkaan sosiaalisia kontakteja, mielekästä arkea ja kokonaisvaltaista toimintakykyä. Päivätoiminnan tavoite on lisäksi ehkäistä ikäihmisten yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Palvelua voi olla mahdollista saada myös omaishoitajan jaksamisen tueksi. Sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja ja

niiden sisältöjä voivat olla tuottamassa julkisen palvelun lisäksi yksityiset palveluntuottajat, järjestöt, seurakunnat sekä vapaaehtoiset toimijat.

**Edellä mainittujen lisäksi muita tukipalveluja tai kotona asumista tukevia palveluja voivat olla:**

**Turva- ja hyvinvointiteknologiapalvelut:**

Palvelua voidaan myöntää asiakkaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden tueksi. Palvelu voivat vaihdella alueittain. Turvalaitteita voivat olla mm. turvapuhelin ja ovihälytyn. Asiakkaat voivat myös hankkia itse laitteita omaan käyttöönsä suoraan yksityisiltä yrityksiltä.

**Kauppa- ja asiointipalvelu:**

Palvelua voidaan myöntää alueellisen saatavuuden mukaan, jos asiakkaan toimintakyky tai terveydentila on heikentynyt tilapäisesti tai pysyvästi. Perusteena voi olla myös ns. toipilasaika, jolloin asiakas on kotiutunut sairaalasta.

**Kuljetuspalvelut:**

Sosiaalihuoltolain (SHL) mukainen kuljetuspalvelu on harkintaan, määrärahaan sekä hakijan tuloihin ja varallisuuteen perustuva tukipalvelu.

Kuljetuspalvelua voidaan myöntää vähävaraisille, pääsääntöisesti yli 65-vuotiaille kotona tai palvelutalossa asuville kemijärveläisille, jotka eivät ole vammaispalvelulain mukaisesti vaikeavammaisia.

Matkoja voidaan myöntää enintään 8 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa Kemijärven alueella. Matkat on tarkoitettu asiointi ja virkistyskäyttöön, eikä niitä ole tarkoitus käyttää sairaala-, terveyskeskus-, poliklinikka- tai kuntoutusmatkoihin, joiden korvaus maksetaan muun lainsäädännön (Kela, vakuutusyhtiöt) perusteella. Hakijan on myös oltava sairauden, toimintakyvyn ja/tai asuinsijaintinsa perusteella kykenemätön käyttämään yleisiä kulkuneuvoja tai palveluliikennettä, jotka ovat SHL- kuljetuspalveluun nähden ensisijaisia kuljetuspalvelumuotoja.

**Kylvetyspalvelu (saunotus):**

Palvelua järjestetään asiakkaalle hänen kotinsa ulkopuolella viranhaltijan osoittamassa paikassa, mikäli hänellä ei ole asianmukaisia pesutiloja kotona.

### **3. KOTIHOITO**

Kotihoidolla tuetaan asiakasta niissä kokonaisvaltaisen palvelu- ja hoidontarpeen arvioinnin perusteella määritellyissä tehtävissä ja toiminnoissa, joista hän ei suoriudu itsenäisesti tai yhdessä oman verkostonsa kanssa. Kotihoidon palvelujen toteuttamisessa keskeistä on tukea aktiivisesti asiakkaan osallistumista päivittäisten toimintojen hoitamiseen hänen omien voimavarojensa mukaan. Olennaista on palvelujen oikea-aikaisuus, turvallisuus ja kuntoutumisen edistäminen sekä omaisten ja läheisten osallisuuden vahvistaminen.

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 sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua tai terveydenhuoltolain mukaista kotisairaanhoidoa tai molempia yhdessä. Säännöllisen kotihoidon asiakkuus käynnistyy noin kuukauden mittaisella arviointijaksolla, jonka aikana arvioidaan kotona selviytymistä ja palveluntarvetta. 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. kotiutumista seuraava tehostettu kuntoutuminen tai saattohoito. Tehostettuun kotihoitoon voi liittyä myös kotiutussairaalan käyntejä.

### **3.1 Palveluihin hakeutuminen**

Kotihoitopalveluja (tukipalvelut, kotipalvelu) tarvitseva henkilö voi tehdä kunnalle sosiaalipalveluja koskevan, suullisen tai kirjallisen hakemuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Aloite palvelun järjestämisestä voi tulla myös omaiselta tai läheiseltä. Kotisairaanhoidona toteutettavan lääketieteellisen hoidon tai kotipalvelun tarpeen osalta aloite kotihoidon järjestämisestä voi tulla myös terveydenhuollon ammattihenkilöltä.

### **3.2 Palveluntarpeiden arviointi**

Vanhuspalvelulain 15 §:n mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa iäkkään henkilön tarpeiden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 3 §:ssä tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastaavasti yhteistyössä muiden tämän lain 10 §:ssä tarkoitettujen asiantuntijoiden kanssa. (22.4.2016/294)

Palveluntarpeiden arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun iäkäs henkilö on hakeutunut sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitettuun palveluntarpeen arviointiin. Lisäksi palveluntarpeiden selvittäminen on aloitettava, kun iäkkään henkilön palveluntarpeesta on tehty vanhuspalvelulain 25 §:ssä tarkoitettu ilmoitus. Asiakkaaseen otetaan yhteys palveluntarpeen arvioimiseksi seitsemän työpäivän kuluessa yhteydenotosta ja kiireellisissä tapauksissa viipymättä.

Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä arvioidaan asiakkaan toimintakyky monipuolisesti luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Monipuolinen arviointi tarkoittaa, että arvioinnissa huomioidaan asiakkaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös hänen kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä. Toimintakykyä arviotaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö itse pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea

ja apua. Arvioinnissa huomioidaan kotiin ja ympäristöön liittyvät tekijät sekä omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet.

Arvioinnissa käytetään haastattelun ja havainnoinnin lisäksi asiakkaan tarpeiden ja mittareiden soveltuvuuden mukaan erilaisia toimintakykyä osoittavia arviointivälineitä. **Arvioinnissa käytetään RAI-arviointimittaria, jolla pyritään mahdollisimman kattavaan ja monipuoliseen palvelutarpeiden selvittämiseen.** Tarvittaessa Rai-mittarin lisäksi voidaan tukeutua käyttötarkoitukseen soveltuviksi arvioituihin mittareihin, kuten RAVA (toimintakyky ja avuntarve), MMSE (kognitiivinen toimintakyky), AUDIT (alkoholinkäyttö), GDS-15 (masennusoireiden tunnistaminen) ja SPPB (fyysinen toimintakyky). Päätös palvelun myöntämisestä tai epäämisestä perustuu kuitenkin aina asiakkaan kokonaistilanteeseen ja erilaisten mittareiden perusteella saadut arvot ovat ohjeellisia.

Eryistä tukea tarvitsevan asiakkaan omatyöntekijällä tai hänen kanssaan työtä tekevällä on oltava sosiaalityöntekijän kelpoisuus. Heidän palveluistaan päättävällä on oltava sosiaalityöntekijän kelpoisuus. Eryistä tukea tarvitsevalla henkilöllä sosiaalihuoltolaissa (42§) tarkoitetaan henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja ja avun saaminen on vaarassa estyä sen vuoksi, ettei asiakas kykene riittävässä määrin vastaanottamaan tai antamaan avun saamiseksi tarvittavaa tietoa.

### 3.3 Palveluiden myöntäminen

Kotihoidon palveluiden myöntäminen perustuu kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen selvittämiseen, jossa apuna käytetään luotettavia arviointivälineitä. Säännöllisen kotihoidon piiriin otetaan asiakas, joka ei selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palveluiden tuella. Palvelujen piiriin ottamiseksi hoivan, huolenpidon ja/tai sairaanhoidon tarpeen tulee olla toistuvaa. Ellei näin lähtökohtaisesti ole, selvitetään moniammatillisesti henkilön muut tuen lähteet ja mahdollisuudet. Asiakas voidaan ohjata hankkimaan palvelu omakustanteisena esim. yksityiseltä palveluntuottajalta tai kolmannelta sektorilta.

**RAI -toimintakyvyn arviointimittaristoa käytetään palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä kuvaamaan asiakkaan palvelutarvetta. RAIhin sisältyvä MAPLe- mittari (Method for Assigning Priority Levels) kuvastaa asiakkaan kognitiivista toimintakykyä, päivittäisistä ja välineellisistä toiminnoista suoriutumista, päätöksentekokykyä ja käytösoireita, ravinnonsaantia, lääkitystä ja ihon kuntoa, kotiympäristöä ja kaatumisriskiä sekä mahdollista laitoshoitoon joutumisen uhkaa. MAPLe-5 -asteikko kuvaa asiakkaan palvelutarpeen määrää; 1 (vähäinen palvelutarve) - 2 (lievä palvelutarve) - 3 (kohtalainen palvelutarve) - 4 (suuri palvelutarve) - 5 (erittäin suuri palvelutarve). MAPLe 1-luokkaan kuuluvat asiakkaat hankkivat palvelunsa pääsääntöisesti omakustanteisesti yksityisiltä palveluntuottajilta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi pääsemisessä viitteellinen MAPLe-arvo on pääsääntöisesti kaksi tai enemmän. MAPLe -mittarin ohella voidaan käyttää myös RAI:n terveydentilan vakautta kuvaavaa CHES -mittaria.**

Ravatar -sovelluksen RAVA-mittari on tarkoitettu ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaamiseen. Mittari kuvaa avuntarvetta kuudessa luokassa; 1 (satunnainen), 2 (tuettu), 3-4 (valvottu), 5 (tehostettu) ja 6 (täysin autettava). RAVA-mittarin ohella suositellaan käytettävän muita täydentäviä mittareita (MMSE, GDS). Viitteellinen RAVA-arvo kotihoidon palveluiden myöntämiselle on 1.7. Sitä alemmillä RAVA-arvoilla asiakkaat ohjataan pääsääntöisesti hankkimaan palvelunsa yksityisesti hankittavina.



Kunnan on tehtävä kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä tai eväämisestä. Palvelu- ja maksupäätökset ovat palvelukohtaisia. Palvelun lisäämisestä tai eri palvelun hakemisesta tehdään uudet päätökset. Päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheutonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta (Vanhuspalvelulaki 18 §).

Kotisairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Säännöllisen kotihoidon asiakkuus alkaa pääsääntöisesti määräaikaisella kuntouttavalla arviointijaksolla, jonka kesto on enintään 4 viikkoa. Jakson aikana asiakkaan palveluntarvetta arvioidaan ja hänen toimintakykyään ja mahdollisuuksiaan itsenäiseen kotona asumiseen vahvistetaan. Arviointijakso toteutetaan moniammatillisesti yhdessä kuntoutustyöntekijöiden kanssa. Asiakkaalle laaditaan yksilöllinen asiakassuunnitelma, joka sisältää kuntoutumista tukevat kotihoidon palvelut. Asiakkaan palvelu voi päättyä myös ennen arviointijakson täyttymistä, mikäli hän kuntoutuu ja/tai palvelun tarve lakkaa tai hänen palveluntarpeeseensa vastataan muulla tavoin.

Kotihoidon palveluja ei voida myöntää tai järjestää asiakkaille, jotka eivät halua palveluita tai joiden jatkuva aggressiivinen käytös uhkaa työntekijöiden turvallisuutta. Itsemääräämisoikeus on johtava periaate sosiaali- ja terveydenhuollossa (PotL 5 ja 6 § ja AsiakasL 8 §). Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan mahdollisimman pitkälle. Henkilön oikeus päättää hoidostaan säilyy niin pitkälle, kuin hän ymmärtää itseään koskevan toimenpiteen merkityksen. Palvelua ei voida tarjota asiakkaille, jotka eivät sitoudu yhteistyöhön vaikka ymmärtävät sen merkityksen hoitonsa ja hyvinvointinsa kannalta.

### **3.4. Palveluiden järjestäminen**

Kotihoito perustuu asiakassuunnitelmaan, jonka perusteella laaditaan palvelun toteuttamiseksi palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelma. Asiakassuunnitelman tarkoituksena on koota, rajata ja tuoda ilmi asiakkaan yksilölliset hoivan ja hoidon tarpeet ja kuntoutumista tukevan toiminnan. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan omat voimavarat sekä omaisten ja läheisten tai muiden osallistuminen arjessa tukemiseen. Kuntoutumisen edistämiseen sitoutuvat asiakas ja asiakkaan kanssa työskentelevät henkilöt.

Kiireellisissä tapauksissa kotihoidon palvelut järjestetään viipymättä. Palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelma tarkistetaan tarvittaessa, kuitenkin vähintään kaksi kertaa vuodessa. Palvelusuunnitelma on kuitenkin tarkistettava ilman aiheutonta viivytystä aina silloin, kun läkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelun tarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.

### **3.5 Kotihoidon sisältö**

Kotihoidon palvelu sisältää asiakaskohtaisesti sovittuja tehtäviä liittyen puhtauteen ja pukeutumiseen, ravitsemukseen, lääkehoitoon ja tarvittaessa erikoishoitoihin, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja aktiivisuuden tukemiseen sekä toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen, kokonaistilanteen seurantaan, turvallisuuteen ja esteettömyyteen sekä kodinhoitoon, harkinnanvaraisesti asiointiin ja saattaja-apuun.

Iltaisin ja viikonloppuisin toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiset palvelut.

Yöaikaan hoidetaan asiakkaita, joiden kotona selviytyminen sitä välttämättä edellyttää. Yöhoidon tarpeellisuutta ja määrää arvioidaan säännöllisesti. Kotihoidon yöhoitoa voidaan antaa tilapäisesti esim.

sairaalasta kotiutumisen yhteydessä tai kotona asumisen onnistumisen turvaamiseksi. Yöaikainen hoito voi olla osa säännöllistä hoitoa tai turvapalvelun avulla toteutettavaa (hälytysluonteista) palvelua.

Kuntoutumisen tukeminen kuuluu olennaisena osana kotihoitoon. Asiakkaan osallisuutta, omaa toimintaa ja arjen mielekkyyttä vahvistetaan tavoitteellisesti asiakassuunnitelman mukaisesti. Kotihoidon tehtävänä on mahdollistaa asiakkaan oma toiminta ja avustaa asiakasta vain siinä, mihin tämä ei itsenäisesti pysty. Työskentely perustuu kotihoidon toteuttamaan asiakkaan toimintakyvyn jatkuvaan arviointiin.

Kotihoidon tuottamaa palvelua täydentävät erilaiset teknologiset laitteet tai teknologiavälitteiset palvelut.

### **3.6 Kotihoidon asiakkuuden päätyminen**

Kun asiakas ei enää tarvitse kotihoitoa, palvelu ja asiakkuus päätetään. Mikäli asiakkaan tarvitsemaa hoitoa tai hoivaa ei voida enää turvata kotihoidon palveluilla tai niiden lisäämisellä, eikä kotona asuminen palveluista, tukitoimista ja turvatekniikasta huolimatta ole turvallista, tulee selvitetäväksi palvelun järjestäminen muulla tavalla. Kyseessä ovat tilanteet, joissa asiakkaan avun tarve on jatkuvaa (ei tilapäistä), kuntoutusta on kokeiltu ja lääkäri on tarkistanut tilanteen eikä toimintakyvyn kohentumista ole näköpiirissä. Lisäksi asuntoa koskevien muutostöiden tuoma hyöty on arvioitu riittämättömäksi. Asiakkaalla on fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn huomattavaa heikkenemistä, eivätkä omais- tai läheisresurssit mahdollista avun huomattavaa lisäämistä.

### **LÄHTEET**

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM julkaisu 2013:11)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (VanhusL) 980/2012

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (AsiakasL) 812/2000

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL) 785/1992

Sosiaalihuoltolaki (SHL) 1301/2014

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983

Kansanterveyslaki 66/1972

Terveydenhuoltolaki 1326/2010