KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE

Keski-Suomen hyvinvointialue

Ikääntyneiden asumispalveluiden myöntämisperusteet 1.7.2025 alkaen

Sisällysluettelo

1. Johdanto 3

2. Asumispalveluihin hakeminen 3

3. Palvelutarpeen arviointi, asiakassuunnitelma, palvelujen myöntäminen ja paikan vastaanottaminen 5

4. RAI -arviointijärjestelmä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa 6

5. Ikääntyneiden asumispalvelut 7

5.1. Myöntämisperusteet iäkkäiden tilapäiseen ja lyhytaikaiseen ympärivuorokautiseen palveluasumiseen tai laitospalveluun 7

5.1.1. Palvelutarpeen arviointijakso 7

5.1.2. Tehostettu toimintakykyä vahvistava lyhytaikaisjakso 8

5.1.3. Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso tai omaishoitoon rinnastettavissa asemassa olevien vapaat 8

5.1.4. Omaishoitoon rinnastettavissa asemassa olevan vapaan aikainen hoitojakso 9

5.1.5. Tilapäinen asuminen 9

5.2. Myöntämisperusteet iäkkäiden perhehoitoon 9

5.3. Myöntämisperusteet iäkkäiden yhteisölliseen asumiseen 11

5.4. Myöntämisperusteet iäkkäiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 13

5.5. Myöntämisperusteet iäkkäiden pitkäaikaiseen laitospalveluun 14

5.6. Valtiontukemisen asuntorakentamisen keskus (entinen ARA)-kohteen valintaperuste 15

5.7. Ikääntyneiden asiakkaiden asumisen ja hoidon tarpeen muuttuminen 15

5.8. Asuminen yksityisessä asumispalvelussa ilman hyvinvointialueen palvelupäätöstä 15

6. Liitteet 16

6.1. Liite 1 Yhteisöllisen asumisen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntämisen perusteissa hyödynnettävät RAI -mittarit ja herätteet 16

6.2. Liite 2, Taulukko 2, interRAI-HC ja interRAI-LTCF mittareita ja herätteitä 18

1. Johdanto

Tässä asiakirjassa käsitellään Keski-Suomen ikääntyneiden asumispalvelujen myöntämisperusteita. Tavoitteena on, että keskisuomalaiset ikääntyvät henkilöt, pääosin yli 65-vuotiaat saavat palvelut oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (980/2012, päiv. 11/2020, 3§) Palveluille on määritelty aluevaltuuston hyväksymät palvelukuvaukset, palvelujen myöntämisen perusteet, jotka ohjaavat palvelujen myöntämistä. Myönnettyjen palvelujen perusteella määritellään asiakkaalle asiakasmaksut. Myöntämisen perusteita arvioidaan säännöllisesti osana vuosittaista talousarviota ja käyttösuunnitelmaa sekä päivitetään tarvittaessa.

Asumispalveluilla tarkoitetaan perhehoitoa, tilaispäisasumista, yhteisöllistä asumista, ympärivuorokautista palveluasumista sekä pitkäaikaista laitospalvelua. Asumispalvelua järjestetään omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelillä. Perhehoitoa järjestetään toimeksiantosopimuksin.

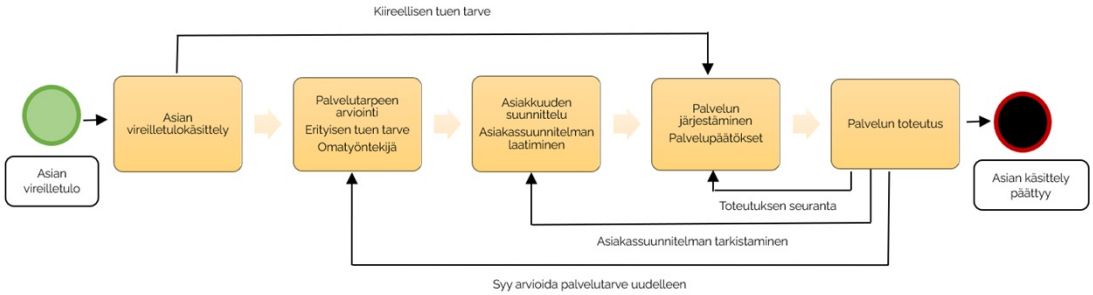
Hyvinvointialueen toiminta perustuu Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021), Lakiin hyvinvointialueesta (611/2021), Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja -asetukseen (607/83), terveydenhuoltolakiin (1326/2010), Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012, päiv. 11/2020) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön antamaan Laatusuositukseen aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027.

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

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

2. Asumispalveluihin hakeminen

Asumispalveluihin hakeminen käynnistyy asiakkaan, läheisen, hoitoon osallistuvan tahon tai viranomaisen yhteydenotolla Keski-Suomen hyvinvointialueen asiakasohjaukseen. Hakemisprosessi etenee seuraavalla sivulla kuvatulla tavalla.



1. Asian vireilletulo asumispalveluihin; Hakemus tulee vireille, kun asiakas itse tai muuta kautta tulee tieto, että asiakas on asumispalveluiden tarpeessa tai herää huoli hänen kotona selviytymisestään. Asia voi tulla vireille ilmoituksella, yhteydenotolla tai hakemuksella.

2. Palvelutarpeen arviointi; on sosiaalihuollon palveluprosessi, jossa asiakasohjaaja / sosiaalityöntekijä arvioi asiakkaan tuen tarvetta asumispalveluihin, myöntämisperusteiden täyttymistä sekä sitä, millä sosiaalipalveluilla tuen tarpeisiin pystytään vastaamaan. Erityisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden palvelutarpeen arvioi aina sosiaalityöntekijä.

3. Asiakassuunnitelman laatiminen; on sosiaalihuollon palveluprosessi, jossa asiakasohjaaja / sosiaalityöntekijä laatii yhdessä asiakkaan kanssa palvelutarpeen arvioon perustuvan asiakassuunnitelman asiakkaalle tarjottavista sosiaalipalveluista, muusta asiakkaan saamasta tuesta sekä hänen omista toimenpiteistään sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Yksiköissä laaditaan asiakkaalle toteuttamissuunnitelma asiakassuunnitelmaan pohjautuen.

4. Palvelupäätös asumispalveluihin; päätös tehdään asiakassuunnitelman mukaisesti viranhaltijan toimesta ja asiakas saa kirjallisen päätöksen vireille tulleeseen hakemukseen. Päätökseen on mahdollisuus hakea tarvittaessa oikaisua.

5. Päätöksen toimeenpano; päätöksenmukainen palvelu toimeenpannaan viimeistään kolmen (3) kuukauden sisällä asian vireilletulosta.

6. Omatyöntekijä seuraa asiakkaan palveluiden toteutumista asiakassuunnitelman mukaisesti ja tarvittaessa arvioi palvelun tarvetta uudelleen. Erityisen tuen tarpeen asiakkailla omatyöntekijänä toimii sosiaalityöntekijä.

7. Asian käsittelyn päättäminen; asiakkuus asumispalveluissa päättyy.

3. Palvelutarpeen arviointi, asiakassuunnitelma, palvelujen myöntäminen ja paikan vastaanottaminen

Keski-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjaus vastaa asiakkaan neuvonnasta ja ohjauksesta, palvelutarpeen selvittämisestä, asiakassuunnitelman laadinnasta ja palvelujen myöntämisestä. Kaikki asiakkaat tulevat palvelujen piiriin asiakasohjauksen kautta.

Asiakkaan tilanteesta tehdään toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja hänet hyvin tuntevan hoitotahon sekä omaisten kanssa. Arvioinnissa hyödynnetään RAI-toimintakykymittaristoa. Palveluiden myöntäminen perustuu aina asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin. Palvelutarpeen arviointia varten asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn arvioinnin sekä kuntoutumisen mahdollisuudet tulee olla selvitetty, jotta arviointi voidaan luotettavasti tehdä.

Mikäli asiakas täyttää palvelujen myöntämisen perusteet, asiakkaalle järjestetään hänen tarpeitaan vastaavat palvelut. Jos asiakas ei täytä palvelun myöntämisen perusteita, ohjataan ja neuvotaan asiakasta tarpeen mukaisiin tukitoimiin, jotka vastaavat iäkkään henkilön tarpeisiin. Tukitoimien tavoitteena on tukea asiakasta yksilöllisesti hänen tarpeitaan vastaavasti ja siirtää raskaamman palvelun tarvetta asiakkaan elämässä.

Perusedellytyksenä asumispalveluiden myöntämiselle on, että asiakas ei enää selviydy kotona kotiin annettavien tukitoimien ja palveluiden turvin. Kotona asuvan asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa arvioidaan asiakkaan toimintakyvyn vahvistamisen mahdollisuuksia sekä kotiin annettavien palveluiden riittävyyttä. Ikääntyneen toimintakyvyn laaja-alainen arviointi mahdollistaa asiakkaan ohjauksen sekä palveluiden suunnittelun ja toteuttamisen niin, että ne tukevat ikääntyneen omien voimavarojen hyödyntämistä. Asiakkaan omia voimavaroja ja niiden käyttämisessä tapahtuvia muutoksia on tärkeä seurata, jolloin toimintakyvyn heikkenemiseen voidaan tarttua oikea-aikaisesti. Toimintakyvyn tukeminen ja vahvistaminen mahdollistaa omatoimisuutta ikääntyneelle itselle merkityksellisissä arjen toiminnoissa sekä omanlaista hyvää elämää.

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään myös asiakkaan oma toive asumispalveluiden järjestämiseen ja asumispalvelupaikan valintaan, joka huomioidaan päätöksenteossa. Mikäli asiakas ei kykene ottamaan kantaa omaan tilanteeseensa, selvitetään asiakkaan tahtoa läheisten kanssa. Jos asiakkaalla ei ole läheisiä, eikä hän itse pysty ottamaan luotettavasti kantaa omaan tilanteensa, voidaan pyytää lääkärin ja sosiaalityöntekijän arvioita asiakkaan päätöksentekokyvystä. Asiakkaan itsemääräämisoikeus on vahva ja asiakkaan oma tahto on ensisijainen silloin, kun asiakas pystyy itse määrittelemään omaa tilannettaan.

Asiakkaalle laaditaan asiakassuunnitelma, joka perustuu palvelutarpeen arviointiin ja siinä esille nouseviin palvelutarpeisiin. Asiakassuunnitelman laatii asiakkaalle nimetty omatyöntekijä asiakasohjauksesta. Asiakassuunnitelmaan kootaan asiakkaalle myönnetyt palvelut ja tukitoimet, asiakkaan omat toimenpiteet hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä asiakkaan mahdollinen tukiverkosto ja sen antama apu ja tuki asiakkaalle. Asiakassuunnitelmaa päivitetään asiakkaan tarpeiden muuttuessa. Palveluntuottaja laatii asiakkaalle asiakassuunnitelmaan perustuvan hoito- ja palvelusuunnitelman (toteuttamissuunnitelma), jossa määritellään tarkemmin palvelun sisällöt.

Keski-Suomen hyvinvointialueen asumispalvelut myönnetään yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin perustuen ikääntyneiden asumispalveluiden myöntämisperusteiden mukaisesti. Keski-Suomen hyvinvointialueella kokoontuu SAS-työryhmä (asumispalveluiden palvelutarpeen arviotyöryhmä), jossa käsitellään tulleita asumispalveluhakemuksia ja keskustellaan niistä moniammatillisesti. SAS-työryhmä tukee viranhaltijoita päätöksenteossa. Asiakasohjaaja/ sosiaalityöntekijä tekee asiakkaalle palvelupäätöksen hakemukseen (viranhaltijapäätös) liittyen, joka voi olla kielteinen, osittain myönteinen tai myönteinen. Päätökseen voi hakea tarvittaessa oikaisua.

Kun asumispalvelupaikka järjestyy, ilmoitus paikan vastaanottamisesta tulee tapahtua viipymättä, viimeistään seuraavana arkipäivänä. Vuokrasopimus laaditaan astumaan voimaan paikan vastaanottamisesta seuraavana arkipäivänä. Tämän jälkeen asiakas tai hänen läheisensä sopivat asumispalveluyksikköön muuton ajankohdan. Asiakkaan tulee siirtyä asumispalveluyksikköön heti, viimeistään 2 vuorokauden sisällä paikan vastaanottamisesta. Jos sairaalassa tai lyhytaikaisessa hoitopaikassa oleva asiakas ei hyväksy hänelle esitettyä asumispalvelupaikkaa, tulee asiakkaan kuitenkin siirtyä kyseiselle paikalle perusteettoman sairaalahoidon tai lyhytaikaishoidon välttämiseksi. Paikalle siirrytään välittömästi. Tämän jälkeen asiakas voi hakea vaihtoa haluamaansa kohteeseen ja vaihto järjestetään paikkatilanteen sen salliessa.

Muuton yhteydessä asiakkaan kanssa tehdään vuokrasopimus ja asiakkaan tulee hankkia muuttopäivästä alkaen palveluasumisen asuntoon kohdistuva kotivakuutus vastuuvakuutusosineen. Asumiseen edellytetään hakemaan KELAsta eläkkeensaajan asumistukea sekä ylintä eläkkeensaajan hoitotukea.

4. RAI -arviointijärjestelmä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa

Hyvinvointialueen käytössä on asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin RAI- arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument). Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää RAI-arviointivälineistöä säännöllisissä palveluissa asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen tarpeenmukaisessa kohdentamisessa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, Finlex).

Järjestelmää hyödynnetään mm. päätöksenteon tukena suunniteltaessa ja myönnettäessä asiakkaille yksilöllisiä ja tarpeenmukaisia palveluja. Toimintakyvyn arvioinnin (RAI) tuottama tieto ohjaa osaltaan asiakkaiden palvelujen järjestämiseen siten, että asiakkaalle myönnetään mahdollisimman oikea- aikaisia ja -sisältöisiä palveluja kotiin tai he ohjautuvat hoidon vaativuuden mukaan tarkoituksenmukaiseen asumisen palveluun.

Toimintakyvyn arviointien (RAI) avulla selvitetään asiakkaiden yksilöllisiä voimavaroja, riskitekijöitä ja tuen tarpeita. Arviointien tekeminen perustuu keskusteluun, haastatteluun ja havainnointiin. Arviointikeskustelun ja arvioinnin tuottaman tiedon avulla voidaan arvioida yhdessä asiakkaan kanssa millaisesta yksilöllisestä tuesta, palveluista ja hoidosta asiakas hyötyy. Omaiset ja läheiset voivat osallistua arviointiprosessiin tarpeen ja mahdollisuuksiensa mukaan.

RAI-arviointien tuottamat tulokset (mittarit ja herätteet) kuvaavat asiakkaan sen hetkistä tilannetta ja muutoksia fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä terveydentilan osalta, liite 1. Tarkemmat tiedot RAI-mittareista ja herätteistä on kuvattu taulukossa 2.

5. Ikääntyneiden asumispalvelut

Ikääntyneiden asumispalveluihin kuuluvat tilapäinen asuminen, yhteisöllinen asuminen, lyhyt- ja pitkäaikainen ympärivuorokautinen palveluasuminen ja laitospalvelu.

5.1. Myöntämisperusteet iäkkäiden tilapäiseen ja lyhytaikaiseen ympärivuorokautiseen palveluasumiseen tai laitospalveluun

Tilapäistä asumista järjestetään henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee asumisensa järjestämisessä lyhytaikaista ja kiireellistä apua. Säännöllistä lyhytaikaista hoitoa järjestetään ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä tai laitospalvelussa asiakkaille, joilla on ympärivuorokautisen hoidon ja seurannan tarve, mm. omaishoidon tuen vapaapäivien ajalle. Asiakkaan toimintakyvyn salliessa ja perhehoitopaikan ollessa 50 km säteellä, palvelu toteutetaan ensisijaisesti perhehoidossa.

5.1.1. Palvelutarpeen arviointijakso

Tavoitteellisella palvelutarpeen arviointijaksolla tuetaan mm. asiakkaiden sairaalahoidon jälkeistä tai kotihoidossa olevien asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä niissä tilanteissa, kun arviointia ja tilanteen selvittelyä ei voida turvallisesti toteuttaa kotona. Palvelutarpeen arviointijakson pituus vaihtelee yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaan.

Palvelutarpeen arviointijakson myöntäminen

- Sairaalajakson päätteeksi on tarve asiakkaan toimintakyvyn ja hoidon arvioinnille, jota ei voi toteuttaa asiakkaan kotona.
- Kotona asuvalle asiakkaalle, jonka toimintakyky on oleellisesti heikentynyt ja hänellä on riski joutua raskaampiin palveluihin ja joka hyötyy moniammatillisesta kuntoutuksesta sekä arvioinnista. Kotihoidon, omaishoidon ja yhteisöllisen asumisen asiakkaalle voidaan myöntää arviointijakso yksittäisenä jaksona.

5.1.2. Tehostettu toimintakykyä vahvistava lyhytaikaisjakso

Tehostettu toimintakykyä vahvistava lyhytaikaisjakso on yleensä 2-8 viikkoa kestävä jakso. Jaksolla asiakas osallistuu intensiiviseen toimintakykyä vahvistavaan toimintaan. Jakson tavoitteena on tukea turvallista kotona asumista sekä vahvistaa kotona tarvittavia arjen taitoja ja toimintakykyä. Jakson aikana arvioidaan ja tarvittaessa järjestetään kotona asumista tukevia tukitoimia ja palveluita. RAI-toimintakykyarviota hyödynnetään asiakkaiden ohjautumisessa, jakson tavoitteiden asettamisessa ja jatkohoidon suunnittelussa.

Myöntäminen

- Asiakas, jolla on halu asua kotona ja hänellä on tunnistettu potentiaalia toimintakyvyn vahvistamiseen, ja hän on halukas jatkamaan kotikuntoutusta esim. etäyhteyden avulla
- Asiakkaalla on riittävät kognitiiviset taidot annettuun ohjaukseen
- Jaksolle voidaan ohjautua joko sairaalasta tai kotoa asiakasohjauksen kautta tai jakso voi olla jatkoa arviointijaksolle
- Määritellyt RAI-arviointimittarit ohjaavat jakson myöntämistä

5.1.3. Omaishoidon vapaan aikainen hoitojakso tai omaishoitoon rinnastettavissa asemassa olevien vapaat

Omaishoidon vapaapäiviä voidaan järjestää perhehoidossa, ympärivuorokautisen palveluasumisen ja lyhytaikaishoidon yksiköissä tai laitospalvelussa. Asiakkaan toimintakyvyn salliessa ja perhehoitopaikan ollessa 50 km säteellä, palvelu toteutetaan ensisijaisesti perhehoidossa.

Omaishoidon vapaan aikaisen hoitojakson myöntäminen:

- Omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseksi 2-3 vrk/kk. Vapaat myönnetään omaishoidon asiakasohjauksesta.

- Harkinnanvaraisesti omaishoidon asiakasohjaajan tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella 1–4 päivää kuukaudessa omaishoidon tuen myöntämisperusteiden mukaisesti. Jakso tukee raskaassa hoitotilanteessa olevaa omaishoitajaa. Jakso on järjestytty omaisen tai läheisen jaksamisen tueksi, silloin kun asiakas on samassa taloudessa asuvan omaisen pääasiallisessa hoidossa.

5.1.4. Omaishoitoon rinnastettavissa asemassa olevan vapaan aikainen hoitojakso

Omaishoitoon rinnastettavassa asemassa olevan vapaan aikainen hoitojakso voidaan järjestää perhehoidossa, ympärivuorokautisen palveluasumisen tai lyhytaikaishoidon yksiköissä tai laitospalvelussa. Asiakkaan toimintakyvyn salliessa ja perhehoitopaikan ollessa 50 km säteellä, palvelu toteutetaan ensisijaisesti perhehoidossa.

- Henkilöt, jotka ovat omaishoitoon rinnastettavassa asemassa, mutta heillä ei ole virallista omaishoitajuutta (toimeksiantosopimus puuttuu). Heille voidaan myöntää vapaita kotiin vietävien palveluiden asiakasohjauksesta 2-3 vrk/kk ja harkinnalla lisäpäiviä 1–4 päivää/kk.

5.1.5. Tilapäinen asuminen ~~ja hoiva~~

Tilapäistä asumista ja hoivaa voidaan järjestää ympärivuorokautisen palveluasumisen tai lyhytaikaishoidon yksiköissä tai laitospalvelussa.

Tilapäisen asumisen myöntäminen:

- Kriisitilanteissa, jolloin asiakas ei voi olla kotona ja tarvitsee ympärivuorokautisesti tilapäistä asumista asumispalveluissa. Kriisitilanne voi olla esimerkiksi omaishoitajan sairastuminen, kaltoinkohtelu tai väkivaltatilanne, asiakkaan terveydentilaan liittyvät muutokset, jotka aiheuttavat välittömän palvelutarpeen muun muassa yksinasuva, harhaileva muistisairas tai asuntoon liittyvät erityissyyt, kuten tulipalo, vesivahinko. Äkillisissä tilanteissa hoitojakso voidaan aloittaa ilman palvelutarpeen tarkempaa selvittelyä ja palvelutarpeen arviointi tehdään hoitojakson aikana

5.2. Myöntämisperusteet iäkkäiden perhehoitoon

Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Sen tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen ja tarpeenmukaiseen hoitoon sekä läheisiin ihmissuhteisiin perheenjäsenenä. Perhehoito on hyvinvointialueen järjestämää palvelua, josta säädetään perhehoitolaissa (Perhehoitolaki 263/2015). Perhehoitajille laaditaan asiakaskohtaiset toimeksiantosopimukset.

Perhehoidolla edistetään perhehoidossa olevan henkilön hyvinvointia, toimintakykyä, perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. Perhehoitoon sijoittamisen lähtökohtana ovat asiakkaan elämäntilanne, aikaisemmat elämänkokemukset sekä hoivan ja huolenpidon tarve.

Perhehoitoa voidaan antaa henkilölle, jonka hoitoa, tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäen. Pitkäaikaista hoitopaikkaa tarvittaessa selvitetään ensisijaisesti perhehoidon paikkojen saatavuus ja hoitomuodon soveltuvuus asiakkaalle. Lyhytaikaisen hoidon jaksot ja omaishoidon lakisääteiset vapaat toteutetaan ensisijaisesti perhehoidon turvin. Lyhytaikaista hoitoa voidaan järjestää muun muassa kotihoidossa olevan asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi ja vahvistamiseksi.

Hyvinvointialueella on käytössä asiakkaiden toimintakyvyn, hoidon ja palveluiden tarpeen arviointiin RAI- järjestelmä. Tarkoituksena on hyödyntää järjestelmää mm. päätöksenteon tukena myönnettäessä asiakkaille yksilöllisiä ja tarpeenmukaisia palveluja. RAI-arvioinnin tuottama tieto ohjaa osaltaan asiakkaiden palveluiden oikea-aikaiseen ja –sisältöiseen järjestämiseen.

Perhehoidon myöntäminen

Perhehoidon myöntäminen perustuu palvelutarpeen arviointiin ja apuna käytetään RAI-arviointivälineistöä. Perhehoito on ensisijainen vaihtoehto omaishoidon vapaiden ja pitkäaikaisen hoivan järjestämisessä, silloin kun ympärivuorokautisen palveluasumisen kriteerit eivät täyty. Perhehoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että asiakas ja hänen läheisensä toimivat yhteistyössä perhehoitajan kanssa ja että perhehoitoa tarvitseva henkilö sijoitetaan juuri hänelle sopivaan perheeseen. Arviointi tapahtuu yhteistyössä perhehoitajan, perhehoidon koordinaattorin ja hoidettavan asiakkaan omatyöntekijän kesken. Perhesijoitusta suunniteltaessa selvitetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja muiden tukitoimien tarve ja saatavuus. Asiakkaan omatyöntekijän tehtävänä on valvoa, että hoidettava saa tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet siltä hyvinvointialueelta, jonka tehtävänä järjestää asiakkaan palvelut (Perhehoitolaki 263/2015 22).

Pitkäaikaista perhehoitoa myönnetään asiakkaalle, joka

- ei pärjää kotona, ja jonka palvelutarpeisiin voidaan perhehoidolla tarkoituksenmukaisella tavalla vastata
- kokee turvattomuutta, ahdistuneisuutta, yksinäisyyttä kotiin annettavista palveluista huolimatta
- tarvitsee toisen henkilön ohjausta, tukea tai läsnäoloa arjessa enemmän kuin kotiin annettavilla palveluilla voidaan tai on tarkoituksenmukaista häntä tukea

Lyhytaikaista perhehoitoa myönnetään

- Omaishoitajan lakisääteisen vapaapäivien sekä mahdollisten lisävapaiden ajaksi
- Äkilliset muutokset elämäntilanteissa. Palvelun myöntää asiakasohjaaja
- Omaishoitajan tai läheisen jaksamisen tueksi
- Asiakkaan toimintakykyä tukevana jaksona esim. sairaalahoidon jälkeen
- Tukemaan kotona asumista. Kotihoidon palveluissa olevalle asiakkaalle kotiin vietävien palveluiden asiakasohjaajan yksilöllisen arvioinnin perusteella, jos säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon arvioidaan tukevan asiakkaan toimintakykyä ja kotona asumista. Säännöllistä lyhytaikaista perhehoitoa voidaan myöntää 2–5 vrk/kk. Kotihoidon asiakkaan lyhytaikaisen perhehoidon myöntää kotiin vietävien palveluiden omatyöntekijä yhteistyössä perhehoidon koordinaattorien kanssa.
- Asiakkaalle voidaan järjestää perhehoitoa hänen omassa kodissaan, kun se vastaa parhaiten asiakkaan tarpeita sekä ylläpitää tai edistää hänen toimintakykynsä säilymistä.

Perhehoitoon ei sovellu henkilö, joka

- tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista tai sairaalatasoista hoitoa
- käyttäytymisellään vaarantaa muiden tai itsensä turvallisuutta eikä käyttäytymistä saada hallintaan niin, että perhehoitajan tai muiden perhekodissa asuvien henkilöiden turvallisuus voidaan taata.
- ei kykene liikkumaan itsenäisesti tai tarvitsee liikkumiseen ja siirtymiseen sellaisia apuvälineitä, joiden käyttäminen ei ole mahdollista perhehoitokodissa
- tarvitsee jatkuvasti päivittäisissä toiminnoissaan kahden henkilön apua

5.3. Myöntämisperusteet iäkkäiden yhteisölliseen asumiseen

Yhteisöllisellä asumisella tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää asumista esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä, jossa asiakkaalla on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa (SKET). Yhteisöllistä asumista järjestetään ikääntyneelle, pääsääntöisesti yli 65-vuotiaalle asiakkaalle, joka tarvitsee sitä alentuneen toimintakyvyn tai kohonneen hoidon ja huolenpidon tarpeen vuoksi johtuen korkeasta iästä, sairaudesta, vammasta tai muusta vastaavasta syystä. Yhteisöllinen asuminen voi tulla kyseeseen myös silloin, kun turvallinen asuminen ei ole järjestettävissä tavanomaisessa asumisessa tai asiakkaalla voi olla huomattava ja jatkuva turvattomuuden tai yksinäisyyden tunne, mikä heikentää kotona pärjäämistä. Asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaavat sosiaalipalvelut arvioidaan ja myönnetään erikseen.

Yhteisöllisen asumisen asiakkaalla tulee olla tarve säännöllisille palveluille. Sosiaalipalvelut myönnetään asiakkaalle kotihoidon käynti- ja aikaperusteisena palveluna ja tukipalveluina sekä yksikössä on tarjolla SKET-toimintaa.

Alla olevien kohtien 1. ja 2. sekä määriteltyjen RAI-arvioinnin tuloksien täyttyminen ovat perusedellytys yhteisöllisen asumisen myöntämiselle. Asiakkaan yksilöllistä kokonaistilannetta arvioitaessa huomioidaan kohdat 3, 4 tai 5. Päätöksen tekee asiakasohjaaja tai sosiaalityöntekijä. Yhteisöllisen asumisen myöntämisen perusteita ovat:

1) Asiakkaalla täyttyvät kotihoidon myöntämisen perusteet

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

2) Asiakkaan toimintakyky (fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen, sosiaalinen) ja terveydentila yhteisölliseen asumismuotoon

- Asiakas on toimintakyvyltään ohjattava, tuettava ja pääsääntöisesti yhden autettava
- Asiakas kykenee henkilökunnan ohjauksen tuella selviytymään arkielämän toimista ja osallistumaan sosiaaliseen elämään.
- Asiakkaalla voi olla sovittu yöhoidon käyntitarve (max 1–2 krt/yö)
- Asiakkaalla voi olla muistin heikentymistä ja hän hyötyy ja kykenee halutessaan osallistumaan yhteisöllisessä asumisessa järjestettävään sosiaaliseen ja yhteisölliseen toimintaan eikä asiakkaan turvallisuus vaarannu mm. alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Asiakkaan on kyettävä hälyttämään apua tarvittaessa.

3) Asiakkaan nykyiset asumisolosuhteet

Asuin- ja kotiympäristön turvallisuus ja esteettömyys arvioidaan suhteessa asiakkaan toimintakykyyn sekä tuen ja avun tarpeeseen. Kotiympäristö tai kodin sijainti ei kuitenkaan yksittäisenä tekijänä oikeuta yhteisölliseen asumiseen.

4) Yksinäisyys ja turvattomuus

Asiakas kokee yksinäisyyttä, turvattomuutta, pelkoja tai sosiaalisen kanssakäymisen vähäisyyttä, joka vaikeuttaa merkittävästi häntä asumasta omassa yksityiskodissaan. Turvattomuus tai yksinäisyyden kokemus voivat esiintyä lisääntyneinä käynteinä terveydenhuollossa tai toistuvina turvahälytyksinä.

5) Asiakkaan ravitsemustila

Asiakkaalla todetaan alentunut kyky huolehtia ravitsemuksen toteuttamisesta.

Yhteisöllisen asumisen myöntämisen perusteissa hyödynnetään RAI mittareiden ja herätteiden arvoja. Tulovaiheen palvelutarpeen arvioinnin tuottamista mittareista ja herätteistä hyödynnetään mm. seuraavia tietoja:

- Asiakkaan palvelutarve, arjen perus- ja välinetoiminnoissa tarvittava ohjauksen, tuen ja avun tarve sekä voimavarat (IADL- ja ADL-toiminnot), kognitiiviset taidot ja kommunikointikyky, mieliala (havainnoitu ja asiakkaan itsearvioima), mahdolliset haastavan käyttäytymisen oireet, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja osallisuuteen liittyvä tilanne ja toiveet, päihteiden käyttö, terveydentilan vakaus ja oireet, ravitsemuksen tilanne.

Myöntämisen perusteissa hyödynnettävien RAI mittareiden ja herätteiden ohjeellisia arvoja on kuvattu liitetiedostossa 1 ja mittareiden ja herätteiden tarkemmat kuvaukset löytyvät taulukosta 2.

5.4. Myöntämisperusteet iäkkäiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen

Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen ovat oikeutettuja ikääntyneet, pääsääntöisesti yli 75-vuotiaat asiakkaat, joiden kotona asuminen ei ole turvallista kotihoidon/tukipalveluiden, perhehoidon tai yhteisöllisen asumisen palveluilla. Ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkailla on fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn tai terveydentilan huomattavaa heikentymistä. Asiakkailla on säännöllistä hoivan ja/tai valvonnan tarvetta myös yöaikaan.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntäminen:

- Toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnettävä yksittäinen RAI-mittariarvo ei määritä palvelun myöntämistä vaan ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntäminen perustuu aina asiakkaan yksilölliseen kokonaistilanteen arviointiin.
- Asiakkaan selviytyminen omassa kodissaan, perhehoidossa tai yhteisöllisessä asumisessa ei ole mahdollista runsaiden palveluidenkaan turvin.
- Asiakkaalla on ikääntymisen johdosta huomattavasti heikentynyt fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky tai terveydentila ja jatkuva ympärivuorokautinen palvelujen tai valvonnan tarve yksilöllisen toimintakyvyn kokonaisarvion perusteella. Toimintakyvyn heikentyminen on asiakkaalla pysyvää, eikä ~~kuntoutuminen~~ kotona pärjääminen ole enää

mahdollista. Asiakkaalla voi olla myös muistisairaudesta johtuen vaikeita käytösoireita.
- Asiakkaan oma tahto kuullaan ympärivuorokautista palveluasumista haettaessa. Tilanteessa, jossa asiakas ei itse kykene ymmärtämään päätöstensä seurauksia ja nykyiseen asumismuotoon jääminen vaarantaa asiakkaan turvallisen hoidon toteuttamisen, tulee asiakkaan tahtoa selvittää hänen laillisen edustajansa, omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Tilanne voidaan arvioida myös moniammatillisesti yhteistyössä lääkärin ja omatyöntekijänä toimivan sosiaalityöntekijän, laillisen edunvalvojan ja tarvittaessa läheisen kanssa.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntämisen perusteissa hyödynnetään RAI mittareiden ja herätteiden arvoja. Arvioinnin tuottamista mittareista ja herätteistä hyödynnetään mm. seuraavia tietoja:

- Asiakkaan palvelutarve, arjen perus- ja välinetoiminnoissa tarvittava ohjauksen, tuen ja avun tarve sekä voimavarat (IADL- ja ADL-toiminnot), kognitiiviset taidot ja kommunikointikyky, mieliala (havainnoitu ja asiakkaan itsearvioima), mahdolliset haastavan käyttäytymisen oireet, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja osallisuuteen liittyvä tilanne ja toiveet, päihteiden käyttö, terveydentilan vakaus ja oireet, ravitsemuksen tilanne.
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta tehdään tarvittaessa mielenterveyden oireiden ja niiden vaikeuden tunnistamiseksi täydennysosio RAI-arvioinnilla. Liitteessä kuvattu erilliset mittarin ja niiden raja-arvot.

Myöntämisen perusteissa hyödynnettävien RAI mittareiden ja herätteiden ohjeellisia arvoja on kuvattu myöntämisperusteiden lopussa, liitesivulla 1 ja mittareiden ja herätteiden tarkemmat kuvaukset löytyvät liitesivulta 2.

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

5.5. Myöntämisperusteet iäkkäiden pitkäaikaiseen laitospalveluun

Vanhuspalvelulain 14 §:ssä pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitospalveluna vain, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Sosiaalihuoltolain 22 §:n mukaan pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.

Sosiaalihuoltolakiin perustuva laitospalvelu lopetetaan v. 2027 loppuun mennessä.

5.6. Valtiontukemisen asuntorakentamisen keskus (entinen ARA)-kohteen valintaperuste

Monen palvelutalon rakentamiseen on saatu valtion avustusta, korkotukea ja/tai lainaa Näissä kohteissa asukasvalintaperusteina on asiakkaan palveluasumisen tarve, varallisuus ja tulot. Nämä selvitetään ennen ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelupäätöksen tekoa ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palvelupäätöksen yhteydessä. Jos asiakas valitsee palvelusetelin, ilmoittaa palveluntuottaja varallisuus rajan asiakkaalle ja huolehtii, että valintaperuste täyttyy.

Mikäli varallisuutta ja tuloja ei saada selvitettyä, asiakas ei voi sijoittua kohteeseen. Kohteiden asukasvalinnoissa asetetaan ja etusijalle palveluasumisen tarpeessa olevat vähävaraisimmat ja pienituloisimmat hakijat (Laki vuokra- asuntolainojen ja asumisoikeuslainojen korkotuesta (604/2001) 11 a - d§ ja aravarajoituslaki (1190/1993) 4 a-d§).

5.7. Ikääntyneiden asiakkaiden asumisen ja hoidon tarpeen muuttuminen

Mikäli asiakkaan hoidon ja hoivan tarve muuttuu oleellisesti, arvioidaan asumispalvelun ja hoidon tarve uudelleen. Uuden palvelutarpeen arvioinnin perusteella tehdään uusi palvelupäätös muuttuneeseen tilanteeseen. Asiakkaan toimintakykyä ja tuen tarvetta arvioidaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja läheistensä sekä hoitoon osallistuvien kanssa. Asiakkaalle myönnetään uuden palvelutarpeenarvioinnin perusteella hänen palvelutarpeensa mukaiset palvelut.

5.8. Asuminen yksityisessä asumispalvelussa ilman hyvinvointialueen palvelupäätöstä

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

6. Liitteet

6.1. Liite 1 Yhteisöllisen asumisen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntämisen perusteissa hyödynnettävät RAI -mittarit ja herätteet

Yhteisöllisen asumisen myöntämisen perusteissa hyödynnettävien RAI mittareiden ja herätteiden ohjeelliset arvot. Tummalla painotetut RAI-arvioinnit tehdään kaikille asumispalveluita hakeville asiakkaille asumispalvelun hakemisprosessin aikana. Loput RAI-arviointimittarit tehdään yksilöllisen tarpeen mukaan. Mittareiden ja herätteiden tarkemmat kuvaukset löytyvät taulukosta 2.

- **Palvelutarve on vähintään kohtalaista MAPLe: 3-5**
  - **sisältää myös kotiympäristön tilanteen arviointia**
- **Kognitiiviset taidot ovat heikentyneet, asiakkaat, joiden CPS on 3 arvioidaan soveltuvuus yhteisölliseen asumiseen yksilökohtaisesti. Kognitiivisten taitojen osalta asiakkaan tulee päivittäisissä tilanteissa esim. Ymmärtää annettuja ohjeita ja vuorokausirytmi ei aiheuta haasteita, CPS: 1-3**
- **Arkisuoriutuminen perustoimintojen (ADL) osalta on enintään yhden henkilön fyysisen avun tarve ADL-H: 1-4**
  - **syömisen osalta ei ole täysin autettava**
  - **ei ole täysin autettava kaikissa päivittäisissä toiminnoissa**
- **Arkisuoriutuminen välinetoimintojen** osalta, jolloin asiakas tarvitsee suurimman mahdollisen avun tai on täysin autettava vähintään kahdessa IADL-toiminnossa **IADLCH**: **5-6**

Lisäksi yksilöllisesti huomioidaan mm. seuraavien mittareiden ja herätteiden tuloksia:

- Päihteiden käyttö, mikäli AUDIT-C mittarin arvo on suurempi kuin 4 (naiset) tai 5 (miehet), tehdään tilanteen osalta yksilöllistä arviointia
- Mielialan tilannetta kuvaavien mittareiden hyödyntäminen; mittarit DRS_12 ja DRSSR_9
- Sosiaalista kanssakäymistä ja osallisuutta sekä yksinäisyyttä kuvaavan mittarin ja herätteen hyödyntäminen; mittari SOCWD_12 ja heräte SOCFUNC_1
- Terveydentilan vakautta ja siihen liittyvien palveluiden tarvetta kuvaavien mittareiden hyödyntäminen; CHESS_5, FALLS_3 ja DIVERT_6
- DIVERT sisältää sydän- ja hengityselimistön sairauksiin liittyvien oireiden herätteen CARDIO_1
- Kommunikaation ja kuulo- ja näkökyvyn mittarit COMM_8 ja DbSI_5
- Fyysisen toiminnan edistäminen heräte PACTIV_1
- Arjen välinetoiminnot ja arjen perustoiminnot herätteet IADL_1 ja ADL_2
- Läheisavun tilanne heräte BRITSU_
- Mittari poistumisturvallisuuden arviointiin EVAC_9
- Kipu-mittari PAIN-R_4
- Painoindeksi BMI, säännöllisissä palveluissa asiakkaalle tehty MNA arviointi (ali- ja virheravitsemusseula)

- Painehaavan riskimittari PURS_8
- Ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riskitekijät heräte RISK_1
- Sekavuus heräte DELIR_1
- Lähisuhdeväkivalta heräte ABUSE_2
- Tupakointi ja alkoholin käyttö heräte ADD_1

Ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntämisen perusteissa hyödynnettävien RAI mittareiden ja herätteiden ohjeelliset arvot. Mittareiden ja herätteiden tarkemmat kuvaukset löytyvät taulukosta 2.

- **Palvelutarve on suurta MAPLe 5, poikkeustilanteissa 4**
    - **sisältää myös kotiympäristön tilanteen arviointia**
- **Kognitiiviset taidot ovat keskivaikeasti tai vaikeasti heikentyneet CPS: 3-6**
- **Arkisuoriutuminen perustoimintojen (ADL) osalta on useammassa toiminnoissa 1-2 henkilön fyysisen avun tarvetta ADL-H: 3-6**
    - **esimerkiksi syömisessä täysin autettava**
- **Arkisuoriutuminen välinetoimintojen** osalta, jolloin asiakas tarvitsee täyden avun kaikissa IADL-toiminnoissa **IADLCH**: **6**

Lisäksi yksilöllisesti huomioidaan mm. seuraavien mittareiden ja herätteiden tuloksia:

- Päihteiden käytön osalta asiakkaat, joilla AUDIT-C mittarin arvo on suurempi kuin 4 (naiset) tai 5 (miehet)
- Mielialan tilannetta kuvaavien mittareiden hyödyntäminen; mittarit DRS_12 ja DRSSR_9
- Sosiaalista kanssakäymistä ja osallisuutta sekä yksinäisyyttä kuvaavan mittarin ja herätteen hyödyntäminen; mittari SOCWD_12 ja heräte SOCFUNC_1
- Terveydentilan vakautta ja siihen liittyvien palveluiden tarvetta kuvaavien mittareiden hyödyntäminen; CHESS_5, FALLS_3 ja DIVERT_6
- DIVERT sisältää sydän- ja hengityselimistön sairauksiin liittyvien oireiden herätteen CARDIO_1
- Kommunikaation ja kuulo- ja näkökyvyn mittarit COMM_8 ja DbSI_5
- Fyysisen toiminnan edistäminen heräte PACTIV_1
- Arjen välinetoiminnot ja arjen perustoiminnot herätteet IADL_1 ja ADL_2
- Läheisavun tilanne heräte BRITSU_
- Mittari poistumisturvallisuuden arviointiin EVAC_9
- Kipu-mittari PAIN-R_4
- Painoindeksi BMI, säännöllisissä palveluissa asiakkaalle tehty MNA arviointi (ali- ja virheravitsemusseula)
- Painehaavan riskimittari PURS_8
- Ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riskitekijät heräte RISK_1
- Sekavuus heräte DELIR_1
- Lähisuhdeväkivalta heräte ABUSE_2
- Tupakointi ja alkoholin käyttö heräte ADD_1

6.2. Liite 2, Taulukko 2, interRAI-HC ja interRAI-LTCF mittareita ja herätteitä

HC = Home Care (kotihoidon RAI)
LTCF = Long Term Care Facilities (ympärivuorokautisen palveluasumisen RAI)

MITTARIT	HC	LTCF	Seliteteksti
Palvelutarveluokka, MAPLe 1-5 Yhteisölliseen asumiseen 3-5 Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 5, poikkeustilanteissa vähintään 4	x		Hyödynnetään tunnistettaessa, millaisista erilaisista asioista asiakkaan palvelutarve muodostuu. Palvelutarvetta kuvaava mittari huomioi toimintakykyä ja asiakkaan tilannetta laaja-alaisesti. Mittarin arvo muodostuu mm. seuraavista tiedoista: kognitiiviset taidot (päivittäisissä tilanteissa päätöksentekokyky, lähimuisti, ilmaisukyky), arkisuoriutuminen (ADL-toiminnot, kuten liikkuminen, hygieniasta huolehtiminen), kaatuilu, välineelliset arkitoiminnot (IADL-toiminnot, kuten lääkityksestä huolehtiminen, aterioiden valmistaminen), haastavan käyttäytymisen oireet, kotiympäristön tilanne, kaatuilu, ravitsemuksen tilanne, aktiivisuuden määrä sekä muutokset kognitiossa tai arkisuoriutumisessa. Mittarin arvot: vähäinen (1), lievä (2), kohtalainen (3), suuri (4), erittäin suuri (5).
Arkisuoriutuminen perustoiminnot, hierarkkinen, ADL-H 0-6 Yhteisölliseen asumiseen 1-4 Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 3-6	x	x	Hyödynnetään tunnistettaessa, missä päivittäisissä perustoiminnoissa henkilöllä on voimavaroja, ja missä hänellä on tuen tai avun tarvetta. Tietoja voidaan hyödyntää mm. kuntouttavan toiminnan suunnittelussa sekä palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittarin arvo muodostuu mm. seuraavista tiedoista: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, wc:n käyttö ja syöminen. Mittarin arvot: itsenäinen (0), ohjauksen/seurannan tarvetta (1), tarvitsee rajoitetusti apua (2), tarvitsee runsaasti apua (3-4), autettava (5), täysin autettava kaikissa mittarin muodostamissa ADL-toiminnoissa (6).
Arkisuoriutuminen välinetoiminnot IADLCH 0-6 Yhteisölliseen asumiseen 5-6 Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 6	x		Hyödynnetään tunnistettaessa, missä päivittäisissä välinetoiminnoissa henkilöllä on voimavaroja, ja missä hänellä on tuen tai avun tarvetta. Tietoja voidaan hyödyntää palveluiden ja tuen järjestämisessä. Mittarin arvo muodostuu seuraavista tiedoista: aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen ja ostoksilla käynti. Mittarin arvot: itsenäinen (0), tarvitsee apua vähintään yhdessä toiminnossa (1), tarvitsee apua vähintään kahdessa

			toiminnossa (2), tarvitsee apua vähintään neljässä toiminnossa (3), tarvitsee suurimman mahdollisen avun tai on täysin autettava vähintään kahdessa toiminnossa (4), tarvitsee suurimman mahdollisen avun tai on täysin autettava vähintään kolmessa toiminnossa (5), tarvitsee suurimman mahdollisen avun tai on täysin autettava kaikissa toiminnossa (6).
Kognitiomittari, CPS 0-6 Yhteisölliseen asumiseen 2-3 Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 3-6	x	x	Hyödynnetään tunnistettaessa henkilön kognitiivisten taitojen tilannetta ja vaikutusta esimerkiksi tuen ja avun tarpeeseen. Mittarin arvo muodostuu mm. seuraavista tiedoista: päivittäisissä tilanteissa päätöksentekokyky, lähimuisti, ilmaisukyky. Mittarin arvot: ei kognitiivista häiriötä (0), rajatilainen kognitiivinen häiriö (1), kognition lievä heikkeneminen (2), kognition keskivaikea heikkeneminen (3), kognition keskivaikea-vaikea heikkeneminen (4), kognition vaikea heikkeneminen (5), kognition erittäin vaikea heikkeneminen (6).
Haastava käyttäytyminen, ABS 0-12 Yhteisölliseen asumiseen 5-12 Ympärivuorokautiseen palveluasumiseen 5-12	x	x	Hyödynnetään tunnistettaessa, onko henkilöllä mahdollista haastavaan käyttäytymiseen liittyvää oireilua. Mittarin arvo muodostuu mm. seuraavista tiedoista: hoitotoimissa avustamisen vastustelu, aggressiivisuus, muita häiritsevä sosiaalisesti sopimaton tai häiritsevä käyttäytyminen, karkea kielenkäyttö. Mittarin arvot: ei merkkejä käytösoireita/aggressiivisesta käyttäytymisestä (0), lieviä-kohtalaisia merkkejä käytösoireita/aggressiivisesta käyttäytymisestä (1-4), merkkejä/riskitekijöitä vakavammista käytösoireista/aggressiivisesta käyttäytymisestä (5-12).

LÄHTEET:
RAI-järjestelmän mittareita - THL
RAIsoft interRAI HC ja LTCF Mittarikäsikirja