

PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON MYÖNTÄMISPERUSTEET IKÄIHMISTEN PALVELUISSA

ASIAKASOHJAUS

Asiakasohjaus toteutetaan Ikäkeskuksessa, jonka kautta kaikki uudet asiakkaat ohjautuvat tarpeen mukaan palveluiden piiriin. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on helpottaa tukien ja palvelujen hakemista ja koordinointia ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun tarpeen mukaan. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, STM 2017:6)

PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

”Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavasti arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät.” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 28.12.2012/980, § 15)

Palvelutarpeen arviointipyyntö kotoa asiakkaalta itseltään tai läheiseltä

Palvelutarpeen arviointi tehdään ikääntyvälle kuntalaiselle, jonka toimintakyvyssä havaitaan heikkenemistä tai hän itse kokee haasteita kotona selviytymisessä. Palvelutarve arvioidaan pyydettyä iästä riippumatta. Lakisääteisesti arvioidaan kaikki 75 vuotta täyttäneet kuntalaiset, joista tulee pyyntö palvelutarpeen arviointiin.

Arvioinnin avulla tunnistetaan riskitekijät ja tuetaan asiakkaan omaehtoista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä itsehoitoa. Arviointitilanteessa tavoitteena on tunnistaa asiakkaan voimavarat, toimintakyky ja yksilölliset tarpeet sekä luoda kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan tilanteesta sekä kuntoutumisen mahdollisuuksista.

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on parantaa ikääntyneiden mahdollisuuksia asua omassa kodissaan ja turvata asiakkaan toimintakykyä vastaavat palvelut.

Arviointi toteutetaan yksilöllisesti. Arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja taloudelliset tekijät sekä asuinympäristöön liittyvät tekijät. Lisäksi omaishoitajuutta arvioitaessa otetaan huomioon omaishoitajan voimavarat suhteessa hoidettavan hoidon tarpeeseen. Arvioinnin tukena käytetään asiakkaan tarpeiden mukaan erilaisia toimintakyvyn mittareita. Toimintakyky arvioidaan aina vähintään RAI Screener-toimintakykymittaria hyväksi käyttäen.

Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakas saa tarvittavaa ohjausta ja neuvontaa kotona asumisen ja hyvinvoinnin tukemiseksi. Tarvittaessa asiakkaalla käynnistyvät toimintakyvyn

mukaiset kuntouttavat palvelut ja tukipalvelut tai hän ohjautuu arviointijaksolle säännöllisen tuen tarpeen arvioon.

Palvelutarpeen arviointipyyntö sairaalasta

Mikäli kuntalaisella on sairaalasta kotiutumisen yhteydessä tarve kotiin annettaviin palveluihin, pyyntö palvelutarpeen arvioinnista tulee sairaalasta. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan kotona tapahtuvalla arviointijaksolla, mikäli kuntalainen ei ole ollut jo ennestään säännöllisen kotihoidon asiakas. Arviointijakson aloittamisesta voidaan sopia hoitoneuvottelussa Janakkalan sairaalassa. Tavoitteena on potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta takaisin omaan kotiin. Mikäli kuntalaisen avuntarve arviointihetkellä näyttää vain tilapäiseltä, palvelu aloitetaan ilman arviointijaksoa.

Asiakkaan kotona tapahtuva palvelutarpeen arviointijakso kestää pääsääntöisesti kaksi viikkoa. Palvelun sisältö ja käyntien määrä arvioidaan yksilöllisesti ja asiakaskohtaisesti kirjaten suunnitelma potilastietojärjestelmään. Käyntien määrää seurataan ja muutetaan tarvittaessa jakson aikana.

Palvelu sisältää suunnitelman mukaisen voimien seurannan, päivittäisistä toimista huolehtimisen tuettuna, lääkehuollon toteuttamisen ja vaikutusten seurannan, hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuudesta huolehtimisen, ohjauksen / neuvonnan sekä ravitsemuksesta huolehtimisen. Sairaanhoidolliset tehtävät toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti sairauden vaiheen edellyttämällä tavalla. Käynneillä toimintakykyä arvioidaan haastattelun ja erilisten mittareiden avulla sekä tuetaan kuntoutumista edistävällä työotteella. Palveluun sisältyy tarvittaessa fysioterapeutin arviointi.

Palvelun päätteeksi tehdään moniammatillisen (esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti) arvioinnin perusteella kattava suunnitelma tarpeellisten palveluiden ja kuntoutustoimien käynnistämiseksi.

SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON MYÖNTÄMISPERUSTEET

Kotona tapahtuneen palvelutarpeen arviointijakson päätteeksi voidaan palveluja jatkaa tarvittaessa kuntalaisen tarpeesta riippuen joko tilapäisenä tai säännöllisenä kotihoitona. Jos asiakas on omaishoidon tuen piirissä ja tarvitsee omaishoidon tueksi säännöllistä kotihoitoa, palvelut voidaan myöntää ilman arviointijaksoa.

Säännöllisen kotihoidon palveluja voidaan myöntää pääsääntöisesti kuntalaisille, jotka eivät toimintakyvyn laskun vuoksi selviydy itsenäisesti, omaisten tai läheisten tuella tai muulla tavoin tuettuna omassa kodissaan ja heidän hoitonsa vaatii erityistä ammattitaitoa. Asiakkaan kotihoidon palvelun tarvetta arvioidaan moniammatillisesti (lääkäri/sairaanhoitaja/fysioterapeutti), mikäli asiakas tarvitsee sekä terveydenhuoltolain että sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja. Sosiaalihuoltolain / vanhuspalvelulain mukaisten palvelutarpeen arvioinnista ja myöntämisestä päättää kotihoidon ohjaaja arviointijakson jälkeen. Asiakas voi saada myös kotihoidon palvelut erityislainsäädännön esim. vammaispalvelulain (1987/380) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 8(1977/519) perusteella.

Lähtökohta kotihoidon palvelujen saamiseen on, että asiakas ei pysty käyttämään läheisverkostonsakaan turvin avohuollon sosiaali- ja terveyspalveluja, vaan tarvitsee kotona asumisen ja sairauksien hoidon turvaksi kotona tapahtuvan hoidon.

Säännöllinen kotihoito voidaan myöntää, kun

- ❖ henkilö ei selvästi alentuneen toimintakykynsä vuoksi selviydy jokapäiväisistä toimista itsenäisesti, omaisten tai muun palvelujärjestelmän turvin
- ❖ henkilön palvelun ja hoidon tarve on toistuvaa ja hän tarvitsee palveluja kotiin pääsääntöisesti päivittäin tai useita kertoja viikossa
- ❖ henkilö tarvitsee hoidon ja huolenpidon toteutukseen sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillista osaamista.
- ❖ henkilö selviytyy kotona omaisen päivittäisen avun turvin ja omainen tarvitsee henkilön hoidon tueksi kotihoidon palveluja, joiden ei tarvitse välttämättä tarvitse olla viikoittaisia.

Säännöllisen kotihoidon palveluja ei myönnetä, kun

- henkilön palvelun tarve on pääsääntöisesti kerran viikossa tai harvemmin. Tällöin pyritään siihen, että henkilö vastaa pääsääntöisesti itse palvelujen hankkimisesta.
- henkilön avuntarve on pelkästään asiointi- ja pesuapua tai lääkkeenjako. Tällöin henkilö vastaa pääsääntöisesti itse palvelun hankkimisesta.

RAI Screener arvot kotihoidon aloittamisen kriteereinä

- MAPLe 3 (kolme tai enemmän, kohtalaisen palvelun tarve)
- MAPLe 1-2 vain poikkeustapauksissa, kuten asiakkaan turvallisuuden vaarantava psyykinen sairaus, vaativa sairaanhoidollinen asiakas, jonka hoitaminen kotona on tarkoituksen mukaisempaa kuin terveyskeskuksessa, erityisen pitkät välimatkat ja kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä.

Lisäksi käytetään seuraavia ohjearvoja

- ADLH vähintään 2 (päivittäiset toiminnot ADLH, 1-6)
- IADL vähintään 14 (välinetoiminnot IADL, 0-21)

KOTIHOIDON PALVELUJEN MYÖNTÄMINEN

Kun henkilön palvelutarve on arvioitu ja todettu henkilön tarvitsevan säännöllistä kotihoitoa, tehdään palvelun aloittamisesta päätös. Säännöllinen kotihoito voidaan tuottaa 1 – 5 sekä 6 - 12 tuntivälilyksessä kuukaudessa joko kunnan omana palveluna tai palvelusetelillä. Kotihoidon asiakkaaksi tuleva henkilö päättää arviointijakson päättyessä, kumman palvelutavan hän valitsee.

- Mikäli henkilö valitsee kunnan oman palvelun, tekee kotihoidon ohjaaja päätöksen palvelun aloittamisesta.

- Mikäli henkilö valitsee palvelusetelin, tekee päätöksen palvelusetelipalvelusta palvelusuunnittelija.

Mikäli henkilön palvelutarve on yli 12 tuntia, tuottaa kunnan oma kotihoito tämän palvelun.

Päätöksessä määritellään palvelujen sisältö ja asiakkaan tarvitsema palveluaika kuukaudessa, mitkä perustuvat asiakassuunnitelmaan (hoito- ja palvelusuunnitelma). Asiaksmaksu palvelusta määräytyy asiakkaan tarvitsemien tuntien mukaan. Perusturvalautakunta määrittää asiakasmaksut. Palvelupäätös on muutoksenhakukelpoinen.

KOTIHOIDON PALVELUJEN LOPETTAMINEN

Kotihoidon asiakkaan palvelutarvetta arvioidaan säännöllisesti kotikäyntien yhteydessä. Säännöllisen kotihoidon palveluja voidaan vähentää tai lisätä asiakkaan toimintakyvyn ja kokonaistilanteen muuttuessa. Kuukausittain seurataan asiakkaan toteutunutta palveluaikaa. Rai – toimintakykyarviointi tehdään puolen vuoden välein tai asiakkaan toimintakyvyn selkeästi muuttuessa. Toimintakykyarvioinnin yhteydessä päivitetään asiakkaan asiakassuunnitelma (hoito- ja palvelusuunnitelma).

Kotihoidon palvelut voidaan lopettaa, jos

- henkilö on kuntoutunut ja hänen toimintakykynsä on parantunut siten, että hän ei enää tarvitse kotiin annettavia palveluja toistuvasti useita kertoja viikossa
- henkilö on kieltäytynyt toistuvasti vastaanottamasta palveluja eikä hänen kanssaan päästä sopimukseen palvelujen tuottamisesta
- henkilö ei suostu yhteistyöhön hoidon toteuttamiseksi asiakassuunnitelman (hoito- ja palvelusuunnitelman) mukaisesti
- henkilö käyttäytyy aggressiivisesti tai hänellä on häiritsevää alkoholin käyttöä eikä uhkaavaa, epäasiallista käyttäytymistä saada hallintaan
- kotiympäristö todetaan hoitavalle henkilökunnalle vaaralliseksi tai työolosuhteet muuten kohtuuttomiksi
- kotihoidon työntekijöiden koskemattomuutta ei voida turvata

KOTIHOIDON PALVELUJEN LOPPUMINEN

Mikäli asiakkaan palvelutarve kasvaa niin, että asiakkaan kotona selviytyminen on uhattuna, kotihoito aloittaa tehostetun kotihoidon arviointijakson, jossa asiakkaan toimintakyky, palvelutarve ja kuntoutumismahdollisuudet kartoitetaan. Tehostetun arviointijakson kesto on kotihoidossa pääsääntöisesti neljä viikkoa. Mikäli asiakkaan tilanne arvioidaan sellaiseksi, että hänen kotona olemisensa ei ole enää mahdollista, häntä ohjataan hakemaan ympärivuorokautiseen hoitoon/hoivaan.

UUDEN ASIAKKAAN PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON MYÖNTÄMINEN

