



Perusturva

## IKÄIHMISTEN SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAISTEN ASUMISPALVELUIDEN MYÖNTÄMISEN PERUSTEET



16.12.2020

Kuusamon perusturvalautakunta § 76, Liite 4

## Sisällys

<b>1</b>	<b>ASUMISPALVELUITA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ JA SUOSITUKSET</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ASUMISPALVELUIDEN YLEISET PERIAATTEET</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1.</b>	<b>Palveluasuminen ja ryhmäkotiasuminen (ei-yövalvonnallinen asuminen)</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2.</b>	<b>Tehostettu palveluasuminen (yövalvonnallinen asuminen)</b> .....	<b>6</b>
<b>3.3.</b>	<b>Perhehoito</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>PALVELUASUMISEEN HAKEMINEN, PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PÄÄTÖKSENTEKO</b> .....	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>ASIAKKAAN TULEMINEN ASUMISPALVELUIHIN</b> .....	<b>10</b>

# 1 ASUMISPALVELUITA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ JA SUOSITUKSET

Sosiaalihuoltolain (SHL 1301/2014 § 11, 14 ja 21) mukaan kunnan on huolehdittava asumispalvelujen järjestämisestä. Asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Sosiaalihuoltolain mukaisina asumispalveluina voidaan myöntää palveluasumista ja tehostettua palveluasumista ja myös laitoshoittoa. Ennen laitoshoittoon sijoittamista tulee aina selvittää muut vaihtoehdot sekä huolehtia siitä, että potilaan lääketieteellinen tila on asianmukaisesti selvitetty ja potilas on saanut riittävän kuntoutuksen (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012).

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta (28.12.2012/980) sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti kotiin annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut ovat toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.

Edellytyksenä ympärivuorokautiseen tehostettuun palveluasumiseen ohjautumiselle on, että asiakkaalla on ollut käytössään kaikki kotona asumista tukevat palvelut sekä teknologiset apu- ja turvavälineet ja niiden vaikutus asiakkaan toimintakykyyn on arvioitu.

”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020- 2023” (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:29) korostaa erityisesti ikääntyneiden kotona asumisen edistämistä ja asuinympäristön ikäystävällisyyttä. Keskeistä on asumisen tarpeiden muutosten ennakoiminen riittävän ajoissa ja näihin tarpeisiin varautuminen esimerkiksi asunnon muutostöillä tai muuttamalla ajoissa sopivaan asuntoon. Turvallinen asuminen omassa kodissa on monen iäkkään toive.

Kotona asumisen mahdollistaminen edellyttää ikäystävällistä palvelujen rakennetta siten, että asumista ja palveluja kehitetään samanaikaisesti. Tavoitteena on lisätä koko ikääntyneen väestön tietoisuutta asumisen ennakkoinnin merkityksestä sekä tehdä valintoja asumisen suhteen tulevia tarpeita ennakoiden. Myös omaisten ja läheisten tukeminen kotona asumisen mahdollistamisessa on uudessa laatusuosituksessa tärkeää. Erityistä huomioita, tulee myös kiinnittää eri palveluiden rajapintoihin ja asiakkaan muutostilanteisiin sekä ajan tasalla olevat hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Asumisen ja palvelujen ratkaisuja suunniteltaessa noudatetaan normaaliuden periaatetta niin, että iäkkäiden asunnot ovat mahdollisimman usein tavanomaisessa asuntokannassa. Asumisen ja palvelujen toimivaksi yhteensovittamiseksi kehitetään myös uudenlaisia esteettämiä, turvallisuutta sekä itsemääräämistä tukevia yhteisöllisiä ratkaisuja, jotka huomioivat toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset. Nämä ratkaisut rakennetaan

paikallisiin olosuhteisiin sopiviksi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023).

Tavoitteena on tukea ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuutta elää ja asua kodikkaassa ympäristössä, jossa tarvittava hoito ja huolenpito on turvattu ja iäkäs voi kokea elämänsä arvokkaaksi, merkitykselliseksi ja turvalliseksi myös elämän vaiheen hoidossa.

4

## **2 ASUMISPALVELUIDEN YLEISET PERIAATTEET**

Asumispalvelu muodostuu asiakkaalle tarjottavasta kodinomaisesta, viihtyisästä ja asiakkaan henkilökohtaisia tarpeita vastaavasta asumisesta, siihen keskeisesti liittyvistä tukipalveluista ja kuntoutuksesta, kuntoutumista edistävästä hoidosta ja hoivasta. Palvelukokonaisuus edistää asiakkaan turvallista ja arvokasta elämää, tukee omatoimista elämää ja mahdollistaa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin sekä ja kuntoutumisen. Asiakasta aktivoidaan ja kannustetaan omatoimiseen ja itsenäiseen suoriutumiseen omien voimavarojen mukaan. Palvelun keskeisinä periaatteina ovat asiakaslähtöisyys, asiakkaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus. Asiakas ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Asiakas osallistuu häntä koskevan palvelun suunnitteluun ja tulee kuulluksi häntä itseään koskevassa päätöksenteossa. Työskentelyssä asiakkaan kanssa korostuvat kuntouttavan toiminnan periaatteet ja kuntoutumista edistävät toimintatavat.

Asiakkaalla on mahdollisuus asua toimintayksikössä elämänsä loppuun saakka ja saada muuttuvia tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja hoivaa. Asukkaalla on mahdollisuus asua puolison kanssa yhdessä tai läheisesti yksilöllisesti suunniteltuna mikäli molempien palvelutarve oikeuttaa samanlaiseen asumismuotoon ja sellainen on molemmille yhtäaikaisesti mahdollistaa samasta yksiköstä tai yksikköön on mahdollista muuttaa puolison mukana itse maksavana asiakkaana. Palvelutarpeen arvioinnissa arvioidaan käytössä olevien palvelujen kokonaisuuden luomat edellytykset selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Muiden palvelujen tehostamisen mahdollisuudet selvitetään yhteistyössä asiakkaan ja /tai hänen edustajansa sekä asiakkaan tilanteeseen perehtyneiden ammattihenkilöiden kanssa.

## **3. ASUMISPALVELUT**

### **3.1. Palveluasuminen ja ryhmäkotiasuminen (ei-yövalvonnallinen asuminen)**

Palveluasumista ja ryhmäkotiasumista järjestetään vaihtoehtona henkilöille, joilla on tehostetun kotihoidon tarve tai lisääntynyt asumisen tuen tarve. Hän voi tarvita useita hoivakäyntejä vuorokaudessa, mutta ei tarvitse jatkuvaa ympärivuorokautista hoivaa. Palveluasumisen myöntämisen perusteena voi olla myös voimakas turvattomuuden tunne ja henkilön katsotaan hyötyvän palveluasumisesta. Palveluasuminen on asumismuoto turvallisessa ja

yhteisöllisessä asumisympäristössä ikääntyneille, jotka tarvitsevat hoitohenkilökunnan päivittäistä tukea ja apua asumiseensa.

Asuminen voidaan järjestää tavanomaisissa huoneistoissa, erityisissä palvelutaloissa, ryhmäkodeissa, asumisryhmissä tai muissa ratkaisuissa. Yksikössä voi olla oma henkilökunta tai henkilöstö voi olla kotihoidon tai asumispalveluiden henkilöstöä. Henkilöstö on tavoitettavissa aamusta iltaan klo 7-21. Palveluasuminen ei sisällä ympärivuorokautista palvelua. Yöaikainen hoito ja turvallisuus perustuvat tarvittaessa turvahälytysjärjestelmään ja/tai yöhoitajan käynteihin

Palveluasumisessa tarjotaan asiakkaan tarpeiden mukaista kuntouttavaa hoivaa, huolenpitoa aamusta iltaan. Palveluun sisältyy asiakkaan tarpeen mukainen ohjaus- ja neuvonta, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, hoiva- ja huolenpito sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Lisäksi asiakas ostaa erikseen tarvitsemansa tukipalvelut, kuten ateria-, vaatehuolto-, ja siivous- ja turvapalvelut sekä muut haluamansa lisäpalvelut. Palvelu ei sisällä lääkkeitä, henkilökohtaisia hygieniatarvikkeita ja hoitotarvikkeita eikä vaatteita tms. henkilökohtaisia tarvikkeita.

Jokaiselle asukkaalle laaditaan hänen toimintakykynsä ja palvelutarpeen mukainen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, jossa myös määritellään yöaikaisen hoitajakäynnin tarve.

Ryhmäkotiasumisessa tarjotaan asiakkaan tarpeiden mukaista kuntouttavaa hoivaa, huolenpitoa ja tukipalveluja aamusta iltaan. Palveluun sisältyy asiakkaan tarpeen mukainen ohjaus- ja neuvonta, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, hoiva- ja huolenpito, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Palvelu ei sisällä lääkkeitä, henkilökohtaisia hygieniatarvikkeita ja hoitotarvikkeita eikä vaatteita tms. henkilökohtaisia tarvikkeita.

Palveluasumisessa ja ryhmäkotiasumisessa asukkaat tekevät vuokrasopimuksen kiinteistön omistajan kanssa ja heillä on mahdollisuus hakea Kelasta tulosidonnaista asumistukea vuokratukustannuksiin. Palvelukotiasumisessa asukkaalla on mahdollisuus hyödyntää kotitalousvähennystä ostamiinsa tukipalveluihin ainakin osittain.

## **Palvelukotiasumisen ja ryhmäkotiasumisen myöntämisen perusteet**

**Palvelutarpeen arvioinnin apuna** käytetään muisti- ja toimintakykymittareita. Asiakkaan avuntarvetta ja toimintakykyä mittaavan RAI:n

- MAPLe-luokitus on 3-5 (vähintään kohtalainen palveluntarve)
- ADL vähintään 1-3, jolloin vaikeuksia on yleensä useammassa osa-alueessa päivittäisissä toiminnoissa (peseytyminen, kotona liikkuminen, wc-käynnit, siirtymisissä esim. pyörätuolista vuoteeseen, syöminen)
- Kognitiivinen toimintakyky, CPS 2 (ymmärretyksi tuleminen ja/tai päätöksentekokyky on heikentynyt) tai enemmän ja
- IADL-kriteeriä hyödynnetään niin, että asiakas tarvitsee apua, mutta osaa hälyttää apua esim. turvarannekkeella yöaikaan tai

Mittareiden arvot ovat ohjeellisia ja arvioinnissa huomioidaan yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanne. Asiakkaita voi olla kaikissa MAPLE- ja muissa

kriteeriluokituksissa niin kotona kotiin annettavien palveluiden ja/tai omaishoidon turvin ilman että on tarve palveluasumiselle tai ryhmäkotiasumiselle.

### **3.2. Tehostettu palveluasuminen (yövalvonnallinen asuminen)**

Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka eivät enää selviydy kotonaan tai palveluasumisessa turvallisesti kotiin annettavien runsaiden palveluiden ja tukitoimien turvin ja joilla hoidon ja huolenpidon tarve on runsasta ja ympärivuorokautista. Edellytyksenä tehostettuun palveluasumiseen on, että asiakkaalla on ollut käytössään maksimissaan kotiin annettavat palvelut, ja että kaikki keinot kuntoutumisen eteen on pohdittu ja käytetty. Myös omaishoidettavien kohdalla tulee olla käytössä maksimaaliset kotiin annettavat palvelut ennen tehostetun palveluasumisen myöntämistä.

Asiakkaalla ei ole lääketieteellisesti perusteltua syytä sairaalatasoiseen hoitoon. Tehostetun palveluasumisen tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan asuminen ja eläminen elämänsä loppuun asti kodissaan ylläpitämällä asiakkaiden päivittäistä toimintakykyä kuntouttavan työotteen ja monipuolisen kuntouttavan toiminnan avulla. Asiakkaalle tarjotaan hänen tarvitsemansa kuntoutus, hoiva, hoito ja huolenpito.

Tehostettu palveluasuminen sisältää asiakkaan ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon, ateriat, siivouspalvelut, vaatehuollon ja osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut sekä muut palvelut kuten avustamisen asunnossa ja sen ulkopuolella. Jokaiselle asukkaalle laaditaan hänen toimintakykynsä ja palvelutarpeensa mukainen hoito- palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Palvelu ei sisällä lääkkeitä, henkilökohtaisia hygieniatarvikkeita ja hoitotarvikkeita sekä vaatteita tms. henkilökohtaisia tarvikkeita. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat tekevät vuokrasopimuksen kiinteistön omistajan kanssa ja heillä on mahdollisuus hakea Kelasta tulosidonnaista asumistukea vuokratukustannuksiin.

#### **Tehostetun palveluasumisen myöntämisperusteet**

Asiakkaat, joilla kotona asumista tukevista palveluista ja tukitoimista huolimatta, kotona asuminen ei ole turvallista joko itsenäisesti asuen tai omaisen kanssa. Heillä on fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn huomattavaa heikentymistä. Asiakkaat, jotka tarvitsevat monien sairauksien vuoksi ympärivuorokautista hoivaa ja valvontaa. Hoivan ja valvonnan tarvetta on säännöllisesti myös yöaikaan. Sairaast ja terveydentilaltaan epävakait asiakkaat, joilla on toistuvia sairaalajaksoja ja monien sairauksien vuoksi sairaanhoidollisten toimenpiteiden säännöllinen ja jatkuva tarve.

Palvelutarpeen arvioinnin apuna käytetään jäljessä seuraavia mittareita. Oheiset mittareiden arvot ovat ohjeellisia ja arvioinnissa huomioidaan yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanne. Arvioinnissa käytetään toimintakykymittareita, joista keskeisimpänä RAI- toimintakyvyn arviointimittari. RAI:hin sisältyvä MAPLe-5 - asteikko kuvaa asiakkaan palvelutarpeen määrää: 1 (vähäinen palvelutarve), 2 (lievä palvelutarve), 3

(kohtalainen palvelutarve), 4 (suuri palvelutarve) ja 5 (erittäin suuri palvelutarve). Arviointia tehdään kokonaisvaltaisesti testeillä, haastatteluilla ja havainnoin yhteistyössä asiakkaan ja/tai hänen edustajansa kanssa.

Tehostetun palveluasumisen viitteellinen MAPLe-arvo on pääsääntöisesti vähintään 4. MAPLe mittarin ohella huomioidaan ja tukena käytetään seuraavaa ns. tarkistuslistaa. Arvioinnissa voidaan käyttää myös RAI:n terveydentilan vakautta kuvaavaa CHESSmittaria.

On huomioitavaa, että asiakkaita voi olla kaikissa MAPLe - ja muissa kriteeriluokituksissa niin kotona kotiin annettavien palveluiden ja/tai omaishoidon turvin ilman että on tarve tehostetulle palveluasumiselle. Jo tehostetussa palveluasumisessa olevan asiakkaan asumisen tarve voidaan arvioida uudelleen ja tehdä uusi päätös palvelumuodosta, mikäli asiakkaan toimintakyky kohenee pitkäaikaisesti tai pysyvästi ja palvelumuodon muutos on asiakkaan edun mukainen.

### **Vähintään MAPLe 4 (suuri palvelutarve) ja lisäksi:**

**Päivittäiset toiminnot, toimintakyky (ADLh 4 tai enemmän);** henkilöllä on vaikeuksia lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa (pukeutuminen, peseytyminen, kotona liikkuminen, wc-käynnit, siirtyminen esim. vuoteesta pyörätuoliin, syöminen)

**Välinetoinnot (IADL 6);** henkilöllä on vaikeuksia lähes kaikissa asioiden hoitamiseen ym. IADL toimintoihin liittyvissä toiminnoissa.

**Kognitiivinen toimintakyky (CPS 3 tai enemmän);** henkilö tekee itsensä kannalta epäsuotuisia/turvattomia päätöksiä, jotka vaarantavat hänen terveyttään tai turvallisuuttaan. Muisti on heikentynyt, myös ymmärretyksi tuleminen ja kyky ymmärtää muita voi olla heikentynyt.

**Mieliala ja masennus (DRS 3 tai enemmän);** henkilö on kykenemätön huolehtimaan itsestään, välinpitämätön suhtautuminen omiin asioihin (ei nouse vuoteesta, ei syö). Psykkinen sairaus, joka ei ole hoidoista huolimatta parantunut, tai itsetuhoisia ajatuksia.

**Käyttöoireet;** mm. henkilön karkailu, vaeltelu, eksyily, pitkäaikainen asiakkaan omaa, läheisen henkeä, turvallisuutta tai terveyttä uhkaava käytös, häiritsevä sotkeminen ja tuhriminen.

**Sosiaalinen toimintakyky/aktiivisuus;** henkilö vetäytyy täysin aktiviteeteistaan, omaisten/läheisten tukiverkosto on riittämätön, kokee olonsa yksinäiseksi ja turvattomaksi ja tämä vaikeuttaa merkittävästi asiakkaan kotona selviytymistä.

**MAPLe 1-3, jos CHES= 3 tai enemmän;** henkilön terveydentila on epävakaata TAI poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (harhaisuus/harhaluuloisuus) yhdessä toistuvasti epävakaan terveydentilan kanssa.

### 3.3. Perhehoito

Perhehoito voi olla pitkäaikaista (jatkuvaa) tai lyhytaikaista perustuen yksilöllisiin asiakas-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Pitkäaikainen perhehoito on toistaiseksi voimassa olevaa perhehoitoa. Pitkäaikainen perhehoito on kodinomainen tapa järjestää asuminen, kun kotona asuminen ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista. Perhehoito sijoittuu asumismuotona kodin ja ympärivuorokautisen asumispalvelun välimaastoon tarjoten kodinomaisen, yksilöllisen hoidon ja hoivan perhehoitajan kodissa. Lisäksi perhehoito takaa hoitajan läsnäolon yöaikaan.

Perhehoito sopii ikäihmisille, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista hoitoa säännöllisesti. Perhehoitoon soveltuvat asiakkaat valitaan yksilöllisesti asiakkaan ja perhehoitajan toiveita huomioiden. Perhehoito soveltuu erityisesti niille ikäihmisille, joilla omasta asunnosta muuton syynä ovat turvattomuus, raihnaisuus, mielenterveydelliset ongelmat tai alkava/keskivaikea muistisairaus. Perhehoitoon tulevan ikäihmisen tulisi kuitenkin selvittää yöt ilman säännöllistä avun tarvetta. Fyysiseltä toimintakyvyltään ikäihmisen tulisi olla sellainen, että hänen avuntarpeensa on mahdollista vastata pääsääntöisesti yhden ihmisen avulla. Perhehoito voi tarjota hyvän vaihtoehdon esim. masentuneille ikäihmisille.

#### Perhehoitoon pääsyn perusteet

Perhehoitoon soveltuu henkilö, jos

- hän tarvitsee tukea, auttamista tai ohjaamista useamman kerran päivässä päivittäisissä toimissa, kuten syömisessä, pukemisessa tai peseytymisessä tai
- hän tarvitsee valvontaa säännöllisesti tai
- hänellä voi olla lisäksi hoidon tarvetta lisäävä liitännäissairaus, esim. epilepsia, muistisairaus
  - perhehoito on hänen tilanteensa huomioon ottaen hänelle soveltuva vaihtoehto
- perhehoito on muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa riittävää hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta.
- hän saa kotihoidon palveluja, mutta ne eivät riitä hänen arkensa sujuvuuden turvaamiseksi
- hän tarvitsee turvattomuuden tms. syyn vuoksi läsnäoloa yöaikaan, muttei varsinaisesti apua

Ohjeelliset RAI – arvot perhehoitoon pääsyn kriteereissä

- Maple 2-3 (lievä tai kohtalainen palveluntarve)
- CPS 2-3 (kognition lievä- keskivaikea)
- ADL 2-3 (ohjauksen tarvetta)
- IADL-kriteeriä hyödynnetään niin, että asiakas tarvitsee apua, mutta osaa hälyttää apua esim. turvarannekkeella yöaikaan ja tarvitsee apua asioiden hoitoon liittyvissä toiminnoissa



## 4 PALVELUASUMISEEN HAKEMINEN, PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PÄÄTÖKSENTEKO

Asumispalveluja haetaan kirjallisella hakemuksella ja hakemus osoitetaan palveluohjausyksikköön. Hakemus tulee olla asiakkaan itsensä tai hänen edustajansa allekirjoittama. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista edellyttää, että iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevien palveluiden tarve tulee selvittää kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Iäkkäällä henkilöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.

Palveluohjausyksikkö arvioi asiakkaan palvelutarpeen laaja-alaisesti ja monialaisesti. Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan ja läheisten ilmaisema käsitys avun tarpeesta. Palvelutarpeen arviointi sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin.

Palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluista päätettäessä hyödynnetään RAI - toimintakyvyn arviointimenetelmiä, muistihäiriöisen asiakkaan kohdalla voidaan käyttää myös erityisesti muistia arvioivia mittareita (MMSE, CERAD).

Hakemuksen vastaanottamisen jälkeen asiakkaaseen/omaiseen/nykyiseen palveluntuottajaan otetaan yhteys palvelutarpeen arvioimiseksi seitsemän työpäivän kuluessa ja kiireellisissä tapauksissa viipymättä, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta. Asiakkaan tilanteesta voidaan pyytää tarvittaessa lisäselvityksiä. Tilanteen ja kuntoutumismahdollisuuksien arviointiin varataan riittävästi aikaa ennen päätöksentekoa. Ennen päätöksen tekoa asiakkaalle toteutetaan suunnitellut tehostetut kotikuntoutusjaksot kotona ja/tai arviointi- ja kuntoutusjaksot

kuntoutusyksikössä kotikokeiluineen. Asiakkaan hoito-, palvelu-, ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa huomioidaan hänen kielensä ja kulttuurinsa mukaiset palvelut ja kartoitetaan muut mm. järjestäjän tukitoiminta alueella.

Jos myöntämisperusteet asumispalveluihin eivät täyty tai asumispalvelupaikkaa ei ole osoitettavissa (kotikuntalainmukaiset hakijat), hakija saa tästä kielteisen päätöksen tiedokseen. Sekä kielteiseen että myönteiseen päätökseen liitetään muutoksenhakuohjeet. Uuden hakemuksen voi tehdä, jos asiakkaan tilanne oleellisesti muuttuu. Myös vanha hakemus voidaan ottaa uudelleen käsittelyyn, mikäli asiakkaan tilanne oleellisesti pian kielteisen päätöksen jälkeen muuttuu. Myönteisen päätöksen jälkeen asiakkaan tulee varautua jonottamaan haettua asumispaikkaa.

Hakijan on ilmoitettava tarjotun paikan vastaanottamisesta mahdollisimman pian ja asiakkaan muuton tulisi tapahtua viivyttämättä kahden paikan käyttöä välttäen viimeistään viikon kuluttua paikan tarjoamisesta. Asiakkaalta edellytetään tutustumista yksiköihin ja hakemuksessa tulee nimetä kolme ensisijaista vaihtoehtoa asumisyksiköistä, joiden vastaanottamiseen asiakas sitoutuu. Tietoa asumispaikoista sekä asiakasmaksuista saa palveluohjausyksiköstä sekä Kuusamon kaupungin internetsivuilta.

Mikäli asiakas kieltäytyy vastaanottamasta ensisijaisesti hakemiansa ja siitä tarjottua paikkaa, hänen tai hänen edustajansa tulee tehdä siitä kirjallinen ilmoitus päätöksentekijälle. Kieltäytymisen jälkeen tehdään hakijalle uusi palvelutarpeen arviointi, ja asiakkaan jonotusoikeus valitsemiinsa yksiköihin raukeaa. Mikäli asiakas on edelleen asumispalveluiden tarpeessa, mutta kieltäytyy valitsemastaan ja kunnan hänelle tarjoamasta asumispaikasta, on asiakas velvollinen hankkimaan tarvitsemansa asumispalvelunsa muutoin kuin kunnan järjestämänä (esim. itsemaksavana asiakkaana suoraan yksityisiltä palveluntuottajilta).

## **5 ASIAKKAAN TULEMINEN ASUMISPALVELUIHIN**

Kun asiakkaalle on myönnetty asumispalvelut ja hän tulee palveluiden piiriin, hänelle laaditaan yksilöllinen asiakassuunnitelma; hoito-, palvelu-, ja kuntoutussuunnitelma.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistuu asumispalvelujen ammattihenkilöstön lisäksi asiakas ja/tai hänen omaisensa/läheisensä sekä tarvittaessa asiakkaan hoitoon osallistuvat muut tahot. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan toimintakyky, auttamismenetelmät, kuntoutumissuunnitelma, hoidon tavoitteet ja arviointi, sekä asiakkaan omat toiveet ja mielipiteet. Tehty asiakassuunnitelma tulee olla kirjattuna tai skannattuna liitetiedostona Efficalle khtiiv-lomakkeelle. → toimiko tämä näin??

Asiakkaalle nimetään omahoitaja, jonka kanssa voi asioida luontevasti ja hän auttaa myös yhteydenpidossa läheisiin. Hoitoa ja hoivaa toteutetaan asiakassuunnitelman; hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan säännöllisesti oikean palvelumuodon arvioimiseksi. Suunnitelma päivitetään aina palvelutarpeen muuttuessa ja tarkistetaan vähintään kuuden kuukauden (6 kk) välein. Hoitotyön yhteenveto laaditaan kerran kuukaudessa sekä aina kun asiakkaan tilanteessa tapahtuu muutos. Hoitotyön yhteenveto kirjataan aina Efficalle khtiiv-lomakkeelle.

## LIITE:

### Ikäihmisen hakemuksen prosessi asumispalveluihin

