

Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Ikäihmisten palveluohjauksen käsikirja

TulKoti-hanke 2022-2023

Käsikirjan sisältö on laadittu yhteistyössä hyvinvointialueen ikääntyneiden palvelujen ammattilaisten kanssa huomioiden toimintaa ohjaava päätöksenteko.

Hyväksytty: ikääntyneiden palveluiden johtoryhmä 10.1.2024

Hyväksyjä (IMS): Salla Lindegren, Asiakasohjausjohtaja

Sisällysluettelo

Johdanto	3
Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjaajat, asiakkaan asema ja oikeudet	3
Asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäinen toimintamalli ja prosessit	4
Atsor -työvälineenä asiakas- ja palveluohjauksessa	6
Neuvonta	6
Ohjaus	7
Palvelutarpeen arviointi	8
Toimintakyvyn arviointi	8
InterRAI-CA + HELSA-työvälineen käyttö palvelutarpeen arvioinnissa	9
Asiakassegmentit ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistaminen	9
Asiakassegmentit	10
Palvelutarpeiden kiireellisyyden tunnistaminen	11
Riskitekijöiden tunnistaminen	12
Asiakkaalle järjestettävät palvelut ja päätös myönnettyistä palveluista	13
Asiakassuunnitelma	14
Omatyöntekijä ja erityisen tuen tarve	14
Jatko-ohjaus	15
Omaishoidon tuki	15
Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet	16
Omaishoidon tuen hoitopalkkioluokat, maksaminen ja keskeytykset	17
Omaishoidon tuen prosessi	18
Omaishoidon tuen vireille tulo	18
Palvelutarpeen arviointi	19
Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi	19
RAI-arviointi omaishoidon tuen päätöksenteon tukena	20
Päätöksenteko	20
Omaishoitosopimus	22
Omaishoitajan eläketurva ja tapaturmavakuutus	23
Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä kriisitilanteisiin varautumisen suunnitelma	23
Seurantakäynnit	25
Omaishoitosopimuksen irtisanominen ja purkaminen	25
Omaishoidon tuen lakisääteiset vapaat	27
Sijaishoito toimeksiantosopimuksella	28
Omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut	28
Asiakasmaksut	29
Lähteet	29

Johdanto

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjaus sisältää neuvonnan, ohjauksen, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen koordinoinnin ja seurannan. Käsikirjassa on kuvattu asiakas- ja palveluohjauksen keskeisiä työvaiheita ja käsitteitä. Ikäihmisten palveluohjauksen käsikirja on luotu tukemaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueella työskentelevien ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksen ammattilaisten työtä ja yhtenäisen toimintamallin toteutumista hyvinvointialueella. Käsikirja sisältää asiakas- ja palveluohjauksen sekä omaishoidon keskeiset toimintamallit.

Käsikirjan pohjana on hyödynnetty Varsinais-Suomen maakunnan alueella vuosina 2016–2018 toteutetussa KomPASSi-hankkeessa luotuja materiaaleja: Asiakasneuvonnan ja ohjauksen sekä palvelutarpeen arvioinnin KomPASSi-mallin käsikirja, Omaishoidon kehittämisen käsikirja - KomPASSi. KomPASSi-hanke oli osa Sosiaali- ja terveysministeriön Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa –kärkihanketta (I&O) KomPASSi-hankkeen materiaaleja on Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2022–2023 (TulKoti) -hankkeessa vuoden 2022 lopulla päivitetty ja täydennetty tarvittavilta osin Varsinais-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Käsikirjan on tarkoitus olla ajantasainen, joten käsikirjan sisältö tarkastetaan vähintään vuosittain ja tehdään tarvittavat muutokset. Käsikirja tallennetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen IMS-toimintajärjestelmään. Ikääntyneiden palveluiden tulosryhmän palveluvastaavat ja päälliköt vastaavat omalta osaltaan tietojen ajantasaisuudesta ja päivittämisestä.

Jotta asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallien kokonaisuus hahmottuu, tulee käsikirjan lisäksi perehtyä tarkoin asiakas- ja palveluohjauksen prosessikuvauksiin. Prosessit on kuvattu IMS-toimintajärjestelmään.

Oikea-aikainen palvelutarpeen arvioinnin tekeminen lyhentää asiakkuuksien kestoa ja vähentää päällekkäistä työtä. Vaikutus perustuu siihen, että arviot tehdään nopeasti ja moniammatillisesti jo asiakkuuden alussa.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksessa tärkeitä ovat yhtenäiset asiakkaan toimintakyvyn arviointimenetelmät ja neuvonta- ja palveluohjausprosessit sekä palveluiden myöntämisen perusteet. Yhtenäisellä toimintamallilla pystytään tarjoamaan asiakkaille ja heidän läheisilleen nopeampaa, laadukkaampaa sekä tasa-arvoisempaa palvelua prosessin kaikissa vaiheissa. Yhteisten työvälineiden avulla työntekijä pystyy tarjoamaan asiakkaalle laadukasta neuvontaa ja ohjausta sekä tarvittaessa siirtämään asiakkaan ohjaustiedot toiselle asiakasohjaajalle sekä prosessissa eteenpäin palvelutarpeen arviointiin. Työvälineet tukevat moniammatillisuutta sekä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjaajat, asiakkaan asema ja oikeudet

Asiakasohjaaja

Ensikontaktivaiheessa oleva työntekijä, joka antaa puhelimitse neuvontaa ja ohjausta, aloittaa palvelutarpeen arvioinnin. Antaa myös matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta asiakkaille fyysisesti, esim. Lähipalvelupisteet. Työskentelee ikäihmisten asiakasohjauksessa.

Palveluohjaaja

Kotona tehtävän palvelutarpeen arvioinnin tekevä työntekijä, joka tekee myös viralliset päätökset myönnettävästä palvelusta. Työskentelee ikäihmisten palveluohjauksessa.

Asiakas- ja palveluohjaaja huolehtivat asiakkaan kanssa hänen tarvitsemiensa palvelujen suunnittelusta, järjestämisestä ja yhteensovittamisesta sekä huolehtivat, että asiakkaan asiat etenevät suunnitelman mukaisesti. Asiakas- ja palveluohjaajalla tulee olla käytössään moniammatillista osaamista.

Asiakkaiden tarpeet voivat olla joskus hyvinkin vaativia. Asiakas- ja palveluohjaajalla tulee olla riittävä ammattitaito, jotta hän pystyy soveltamaan voimassa olevia lakeja sekä hyvinvointialueella käytössä olevia myöntämisen perusteita asiakkaan päätöksentekoon. Asiakas- ja palveluohjaajan vastuulla on asiakkaan neuvonta ja ohjaus sekä päätöksenteko yhdessä asiakkaan ja/tai hänen omaisensa kanssa. Asiakas- ja palveluohjaajan on aina kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on yhteisenä toimintakykyarvioinnin välineenä interRAI CA+HELSA. Arvioinnin apuna voidaan käyttää myös muita erilaisia toimintakykymittareita. Arviointi perustuu asiakkaan omaan näkemykseen sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvioon.

Asiakkaalle on selvitettävä hänen yleis- ja erityislainsäädäntöönsä perustuvat oikeudet ja velvollisuudet sekä erilaiset vaihtoehdot palvelujen toteuttamiseen. Tieto eri palvelujen vaihtoehdoista on annettava siten, että asiakas ymmärtää niiden sisällön ja hänellä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelukokonaisuutensa suunnitteluun ja valintoihin.

Keskeiset lait asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista:

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Mielenterveyslaki (1116/1990)

Linkit

[🔗 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista](#)

[🔗 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista](#)

[🔗 Mielenterveyslaki](#)

Asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäinen toimintamalli ja prosessit

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksen arvoja ovat tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, luottamus, asiakaskeskeisyys sekä vastuullisuus. Lisäksi asiakas- ja palveluohjauksessa keskeistä on ratkaisukeskeinen työote.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen aluehallituksen järjestämisjaosto on hyväksynyt 6.9.2023 asiakas- ja palveluohjauksen periaatteet. Järjestämisjaosto 9/2023, Pöytäkirja 6.9.2023: [Pöytäkirja \(triplancloud.fi\)](#)

Asiakas- ja palveluohjauksen periaatteet

1. **Tunnistamme** asiakas- ja palveluohjauksessa **tuen tarpeen jo ensikontaktissa** mahdollisimman tarkasti, jotta ohjaus oikeaan hoitoon tai palveluun tapahtuu tarkoituksenmukaisesti
2. **Vastaamme** asiakkaan / potilaan hoidon ja palvelun tarpeeseen **kokonaisvaltaisesti, oikea-aikaisesti**, jatkuvuus huomioiden
3. **Kohtaamme** asiakkaat ja potilaat **ystävällisesti ja yhdenvertaisesti**
4. **Keräämme** aktiivisesti **asiakaspalautetta** asiakas- ja palveluohjauksen sekä hoidon ja palvelujen toimivuudesta
5. Suunnitellessamme hoitoa tai palvelua, **arvioimme** henkilön omia **voimavaroja** sekä **toimintakykyä** ja niiden vaikutusta hoidon tai palvelun toteuttamiseen
6. **Tarjoamme** selkeät ja helppokäyttöiset, **monikanavaiset asiointimahdollisuudet**

Kuva: Aluehallituksen järjestämisaoston 6.9.2023 hyväksymät asiakas- ja palveluohjauksen periaatteet. Esitetty järjestämisen palvelujen henkilöstöpäivänä 22.9.2023.

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjaus sisältää neuvonnan, ohjauksen, palvelutarpeen arvioinnin, palvelujen koordinoinnin ja seurannan. Asiakas- ja palveluohjauksessa tärkeää on yhden yhteydenoton periaate, jonka mukaan asiakkaan ei tarvitse itse tietää, mitä ja mistä palvelua haetaan. Tukien ja palveluiden hakemisen helpottaminen, palveluiden kohdentumisen koordinointi ja sujuvoittaminen asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti ovat asiakas- ja palveluohjauksessa keskeisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksessa asiakkaille ja heidän läheisilleen tarjotaan monipuolisesti ja monikanavaisesti neuvontaa ja ohjausta. Asiakas voi jättää asiakasneuvonta.fi-sivustolta yhteydenottopyynnön asiakasohjaajalle, keskustella chatin kautta, soittaa Varsinais-Suomen keskitettyyn ikääntyneiden asiakasohjaukseen, varata ajan tai mennä ilman ajanvarausta palvelupisteelle keskustelemaan asiakasohjaajan kanssa sekä lähettää sähköpostia. Lisäksi asiakasneuvonta.fi -sivuston yhteydenottopyyntö on ammattilaisen käytössä. Asiakasohjaajan tehtävänä on tunnistaa ne tilanteet, joissa asiakas tarvitsee palvelutarpeen arvioinnin. Tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella laaditaan tarpeen mukaan asiakassuunnitelma ja tehdään päätökset sosiaalihuollon palveluista. Lisäksi palveluohjaaja seuraa asiakassuunnitelman toteutumista.

Hyvinvointialue 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. Palvelutarpeen arviointikäynti on asiakkaalle maksuton palvelu. (Aluehallitus 8.11.2022, 330 §.)

Iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa on käytettävä RAI-arviointivälineistöä, jos henkilö ammattihenkilön alustavan arvion mukaan tarvitsee säännöllisesti annettavia sosiaalipalveluja hoitonsa ja huolenpitonsa turvaamiseksi. Lisäksi hyvinvointialueen on huolehdittava, että RAI-arviointivälineistöä käytetään myös silloin, kun iäkäs henkilö saa edellä tarkoitettuja hyvinvointialueen järjestämiä palveluja ja hänen olosuhteissaan tapahtuu olennaisia muutoksia. RAI-arviointivälineistö on luotettava toimintakyvyn arviointiväline. (Aluehallitus 8.11.2022, 330 §.)

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksessa korostuu moniammatillinen yhteistyö ja työtä tehdään monien eri sidosryhmien kanssa.









Asiakas- ja palveluohjauksen sekä omaishoidon tuen prosessien yhteisen toimintamallin toteutumisessa tärkeää on myös yhtenäiset kirjaamismallit ja ohjeet.

Lisäksi asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ja käytön sekä kirjaamisen osalta tulee huomioida voimassa olevat tietosuoja- ja tietoturvaohjeet ja suostumukset.

Ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksen prosessit on kuvattu IMS-työtilaan:

- Ikäihmisten palveluohjaus
- Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus (uuden asiakkaan yhteydenotto)
- Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus (omaisen yhteydenotto)
- Ikäihmisten palveluohjauksen palvelutarpeen arviointi
- Kotihoidon palvelusetelin myöntämisprosessi tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella
- Ikäihmisten omaishoidon tuen prosessi

Linkit





-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(uuden asiakkaan yhteydenotto\)](#)
-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(omaisen yhteydenotto\)](#)
-  [Ikäihmisten palveluohjaus](#)
-  [Ikäihmisten palveluohjauksen palvelutarpeen arviointi \(uusi asiakas\)](#)
-  [Kotihoidon palvelusetelin myöntämisprosessi tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella](#)
-  [Ikäihmisten omaishoidon tuen prosessi](#)
-  [InterRAI CA + HELSA-työvälineen käyttö palvelutarpeen arvioinnissa: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, Ikääntyneiden palvelut](#)
-  [Aluehallitus 27/2022, Pöytäkirja 8.11.2022](#)

Atsor -työvälineenä asiakas- ja palveluohjauksessa

Atsor (Asiakasohjaus- raportointi- ja seurantajärjestelmä) on asiakas- ja palveluohjauksen työväline (Toiminnanohjausjärjestelmä). Asiakaskontaktit tilastoidaan Atsoriin asiakas- ja palveluohjaajien toimesta ja järjestelmään kertyy tietoa asiakkaan palveluprosessista ja sen vaiheista mukaan lukien neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi.

Atsor tukee työntekijän keskitettyä asiakasneuvontaa ja -ohjausta, kuin myös asiakkaan neuvonnan, ohjauksen ja /tai palvelutarpeen arvioinnin tarpeen tunnistamista.

Linkit

-  [Asiakasneuvonta ja ohjaus Atsor-prosessi](#)
-  [Asumispalvelujen Atsor-prosessi versio 1](#)
-  [Palveluohjauksen \(palvelutarpeen arviointi\) Atsor-prosessi](#)
-  [Omaishoidontuen Atsor-prosessi](#)

Neuvonta

Neuvonta on varhaisen vaiheen kevyempää tukea. Neuvonnan tehtävänä on jakaa tietoa hyvinvoinnista ja tunnistaa alustavasti asiakkaan palvelutarve. Esimerkiksi ikääntyneen väestön neuvontaan kuuluu yleistä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluita, sosiaalipuolen asioista kuten sosiaaliturvaan ja ikääntymiseen yleisesti liittyvää neuvontaa.

Neuvonnan tavoitteena on, että asiakas voisi tehdä itsenäisesti valinnan, joka perustuu hänen omaiin näkemyksiinsä sekä ammattilaiselta saatuun luotettavaan ja riittävän laaja-alaiseen tietoon. Neuvonnalla autetaan ja tuetaan asiakasta tietyissä asiassa, kun taas ohjaus on lähtökohtaisesti neuvontaa laajempaa. Neuvonta kattaa sekä asiakkaan ohjaamisen oikean tuen ja palvelun piiriin, että asiakkaan palvelujen yhteensovittamista.




Matalan kynnyksen neuvonta ehkäisee tilanteiden komplisoitumista ja mahdollistaa nopean puuttumisen. Neuvonnan tulee olla saatavilla ilman ajanvarausta, ja neuvojlta edellytetään laaja-alaista osaamista.

Neuvonta tapahtuu yleensä anonyymisti ja on huomioitava, ettei tunnistetietoja kysytä tai kirjoiteta chattiin tai sähköpostiin. Mikäli asiakasohjaaja huomaa, että asiakkaan kanssa olisi hyvä jatkaa tunnistettua neuvontaa tai ohjausta, sovitaan toinen kontakti puhelimitse tai kasvotusten palvelupisteelle.

Tunnistetussa neuvossa on kyse siitä, että henkilö saa neuvontaa, mutta jotta hänen palveluntarpeensa tulee hoidettua, tulee hänen antaa asiakasohjaajalle tarvittavat tunnistetiedot (nimi, henkilötunnus) ja puhelinnumeron. Tunnistettua neuvontaa on esimerkiksi se, jos asiakkaan asia tarvitsee toisen ammattilaisen yhteydenoton, kirjataan asia asiakasohjaajien työn ohjaus- raportointi ja seurantajärjestelmään.

Ikäihmisten neuvonta ja ohjauksen prosessit on kuvattu IMS:iin.

Linkit

-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(uuden asiakkaan yhteydenotto\)](#)
-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(omaisen yhteydenotto\)](#)
-  [Asiakasneuvonta ja ohjaus Atsor-prosessi](#)





Ohjaus

Ohjausvaihe on määritelty palveluohjauksen vaiheeksi, jossa asiakkaan yhteydenotto muuttuu anonyymistä tunnistautumista vaativaksi asiointiksi. Ohjauksessa selvitetään syvällisemmin asiakkaan tilannetta, tarpeita ja voimavaroja. Tavoitteena on antaa asiakkaalle ohjausta ja yhdessä asiakkaan kanssa etsiä sopivia ratkaisuja ongelmatilanteisiin tai löytää sopivia palveluita sekä kannustaa asiakasta tarvittaessa erilaisten palveluiden piiriin. Samalla asiakasohjaaja arvioi onko asiakkaalla tarvetta toiselle kontaktille (joko puhelimitse, sähköpostitse tai kasvotusten palvelupisteellä) ja/tai tarvetta palvelutarpeen arviointiin. Näiden järjestämisen yhteydessä on aiheellista tarkistaa vielä tarvittavat asiakkaan perustiedot. Palvelutarpeen arvioinnin osalta on huomioitava, että palvelutarpeen arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta sosiaalipalveluista vastaavaan viranomaiseen palvelujen saamiseksi, mikäli henkilö on yli 75-vuotias tai henkilö saa vammaisetuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea (Sosiaalihuoltolaki 1301/201, §36).

Atsor (Asiakasohjaus- raportointi- ja seurantajärjestelmä) on asiakas- ja palveluohjauksen työväline, johon sisältyy tiedon keruu (Atsorin tietoaalueet ja interRAI CA) ja yhteydenoton keskeisten tietojen kirjaaminen. Tiedonkeruun tulee olla systemaattista ja se ohjaa käsittelemään keskeisiä asioita suhteessa ohjausvaiheen tavoitteisiin sekä asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen monipuoliseen tunnistamiseen. Tietoja kerättäessä ja asiakkaan tilannetta selvitetäessä saadaan asiakkaan tilanteesta kokonaiskuva. Ammattilaisen on tärkeää kuunnella ja tunnistaa keskeiset asiakkaan tarpeet ja toiveet.

Ikäihmisten neuvonta ja ohjauksen prosessit on kuvattu IMS:iin.

Linkit

-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(uuden asiakkaan yhteydenotto\)](#)
-  [Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus \(omaisen yhteydenotto\)](#)
-  [Ikäihmisten palveluohjaus](#)
-  [Asiakasneuvonta ja ohjaus Atsor-prosessi](#)

Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arvioinnissa on kyse siitä, että yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa /läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa arvioidaan hänen yksilöllisiä palvelujen ja tuen tarpeita. Palvelutarpeen arviointi sisältää muun muassa elinympäristön, toimintakyvyn ja tarpeiden kiireellisyyden arvioinnit sekä riskitekijöiden ja mahdollisen omaishoitotilanteen tunnistamiset ja puheeksi otot. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan kotikäyntinä. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua omalla äidinkielellään palvelutarpeen arviointiin. Tarvittaessa tulee huolehtia asiakkaalle soveltuvasta kommunikaatiokeinoista tai tulkkauspalvelujen käytöstä.








Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36§:n mukaan palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa. Jokaisen asiakkaan arviointia ei siis tehdä samalla tavoin, vaan jokainen arviointi toteutetaan yksilöllisesti tarpeen mukaan. Sosiaalihuoltolain lisäksi terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuudesta osallistua moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja yhteistyöhön, jos sosiaalihuollon edustaja sitä pyytää. Keskeistä on selvittää asiaa, jonka asiakas kertoo omana tarpeenaan. Palvelutarpeen arviointia ei ole syytä yhdenmukaistaa eikä systematisoida liiaksi, koska samanlainen palvelutarpeen arviointi ei sovellu kaikille asiakkaille. Keskeistä on yhteisen tulkinnan ja käsityksen rakentuminen asiakkaan omista tarpeista, elämäntilanteesta ja olosuhteista.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (vanhuspalvelulaki 980/2012) 15 §:n mukaan palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä arvioidaan asiakkaan toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen.

Palvelutarpeen arviointi sisältää aina toimintakyvyn neljä osa-aluetta, joita ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen hyvinvointiin. Asiakkaan arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen omiin arvoihinsa, asenteisiin sekä terveyteensä sekä niihin tekijöihin, jotka haittaavat päivittäisissä toiminnoissa ja arjen askareissa selviytymistä. Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat aistitoimintojen ja lihasvoiman heikkeneminen, tasapaino- ja liikkumisongelmat, alttius kaatumisille, tapaturmille sekä ravitsemustilan poikkeamat. Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen kuten muistin aleneminen, mielialan lasku ja muut mielenterveysongelmat ovat myös toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä.

Palvelutarpeen arvioinnin prosessiin liittyy vahvasti kuntouttavan arviointijakson prosessi.

Linkit

-  [Ikäihmisten palveluohjaus](#)
-  [Ikäihmisten palveluohjauksen palvelutarpeen arviointi \(uusi asiakas\)](#)
-  [Kotihoidon palvelusetelin myöntämisprosessi tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella](#)
-  [Ikäihmisten omaishoidon tuen prosessi](#)
-  [Palveluohjauksen \(palvelutarpeen arviointi\) Atsor-prosessi](#)
-  [Sosiaalihuoltolaki](#)
-  [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista](#)

Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnissa selvitetään, kuinka hyvin henkilö suoriutuu tavanomaisista elämän toiminnoista hänen asuin- ja toimintaympäristössään ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Tavoitteena on tunnistaa asiakkaan ohjauksen, palvelujen tai hoidon tarve (lyhyt- tai pitkäaikainen), tarpeen kiireellisyys tai tarve laajemmalle arvioinnille.

Kokonaiskuva henkilön toimintakyvystä muodostuu asiakkaan oman, hänen läheisen ja ammattilaisen arvioista. Asiakkaan tarpeiden selvittämisessä ja erilaisten palvelutarpeiden tunnistamisessa, keskeistä on asiakkaan voimavarojen, palvelutarpeiden, riskitekijöiden ja kiireellisyyden tunnistaminen. Tärkeää on tunnistaa ne asiakkaat, joilla on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskejä, sillä niihin vaikuttamalla ja

ennakoimalla on mahdollista ennaltaehkäistä ja vähentää palvelujen tarvetta. Näillä asiakkailla ilmenee selkeä tarve palvelutarpeen arvioinnille. Asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen laaja-alaisesti edellyttää, että eri osa-alueet (fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky) käydään asiakkaan kanssa läpi sekä keskustellen että havainnoiden. Arvioinnissa käytettävät toimintakyky- mittarit ovat suuntaa antavia ja toimivat päätöksenteon tukena. Mittaustulosten perusteella tehdään päätöksiä asiakkaan tarvitsemista etuuksista, palveluista ja suunnitellaan toimenpiteitä sekä arvioidaan toimenpiteiden vaikutuksia.

InterRAI-CA + HELSA-työvälineen käyttö palvelutarpeen arvioinnissa

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystarpeista (980/2012) säädetään RAI arviointivälineistön käyttämisestä (15 a§) iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa, jos hän 15 §:n 1 momentissa tarkoitetun ammattilaisen alustavan arvioinnin mukaan tarvitsee säännöllisesti annettavia sosiaalipalveluita hoitonsa ja huolenpitonsa turvaamiseksi. Lisäksi hyvinvointialueen on huolehdittava, että RAI-arviointivälineistöä käytetään myös silloin, kun iäkäs henkilö saa edellä tarkoitettuja hyvinvointialueen järjestämiä palveluja ja hänen olosuhteissaan tapahtuu olennaisia muutoksia.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on otettu käyttöön (20.3.2023 alkaen) Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) suosittelema interRAI CA + HELSA väline (myöhemmin iRAI CA + HELSA), joka on ikääntyneen palvelutarpeiden portaittaisen kartoittamisen väline.

Arviointiväline tukee henkilön kokonaisvaltaisen arvioinnin tekemistä hänen elämäntilanteensa edellyttämässä laajuudessa. Arviointivälineen avulla kartoitetaan henkilön fyysistä, kognitiivista, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia, arjessa ja asuinympäristössä suoriutumista sekä läheisauttajan tilannetta.

Arviointi tehdään yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen läheistensä tai muun verkoston kanssa. Arviointi auttaa ottamaan puheeksi, havainnoimaan, tunnistamaan ja arvioimaan henkilölle merkityksellisiä asioista hyvinvoinnin, terveydentilan, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen kannalta. Arvioinnin avulla on tarkoitus selvittää henkilön itsensä ilmaisemat tarpeet ja huolet sekä hänen asettamansa tavoitteet.

Ennakoivan avun ja tuen tarpeen tunnistaminen ohjaa henkilön oikea-aikaisesti toimintakykyä tukevan tuen ja avun piiriin ja auttaa rakentamaan henkilön yksilöllisiin tarpeisiin ja tavoitteisiin vastaavaa tuki- ja palvelukokonaisuutta. Arviointi mahdollistaa myös tilanteen muutoksen seurannan ja arvioinnin.

Linkit

 [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystarpeista \(980/2012\)](#)

 [InterRAI CA + HELSA-työvälineen käyttö palvelutarpeen arvioinnissa: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, Ikääntyneiden palvelut](#)

Asiakassegmentit ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistaminen

KomPASSi-hankkeen aikana 2016–2018 on tunnistettu ja laadittu materiaalia asiakassegmenttien ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistamisen tueksi. Näiden tarkoitus on tukea asiakas- ja palveluohjaajaa tunnistamaan esimerkiksi erityisen tuen piirissä olevat asiakkaat, päihde- ja mielenterveysasiakkaat, muistiasiakkaat sekä kriisitilanteissa olevat asiakkaat.

Asiakkaan tarpeiden selvittämisessä ja erilaisten palvelutarpeiden tunnistamisessa, keskeistä on voimavarojen, palvelutarpeiden, riskitekijöiden ja kiireellisyyden tunnistaminen. Tärkeää on tunnistaa ne ikäihmiset, joiden kotona selviytyminen on vaikeutunut. Ohjauksen on todettu olevan tuloksellista myös niille, joilla on monimutkainen ja pitkäkestoinen palvelutarve. Tavoitteena on tunnistaa ne ikäihmiset, joille neuvonta ja ohjaus ovat riittäviä, sekä ne, jotka tarvitsevat palvelutarpeen arvioinnin.

Asiakassegmentit

Asiakassegmentoinnin avulla voidaan määritellä esimerkiksi palvelutarpeiltaan samankaltaisia asiakasryhmiä ja tarkastella asiakkaiden sijoittumista prosessin eri vaiheisiin. KomPASSi-hankeessa luodut asiakas- ja palveluohjauksen asiakassegmentit on kuvattu kuvassa 1. Asiakassegmenteissä vihreällä osuudella olevat asiakkaat ovat neuvonnan ja ohjauksen asiakkaita. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti omatoimisia. Mikäli heillä tulee avuntarvetta, asiakkaat osaavat hakeutua neuvonnan ja ohjauksen piiriin. Mikäli neuvonnassa ja ohjauksessa huomataan syvällisemmän ohjauksen tarve, asiakas voidaan luokitella olevaksi keltaisella alueella tai jos havainnoidaan asiakkaalla olevan selkeä tarve palvelutarpeen arvioinnille, asiakas on punaisella alueella.

Asiakasohjaajan tulee huomioida asiakkaiden yksilöllisyys tarkastellessaan, mihin asiakassegmenttiin asiakas mahdollisesti kuuluisi. Toimintakyvyn eri osa-alueet voivat sijoittua eri asiakassegmentteihin. Asiakkaan fyysinen toimintakyky voi olla erittäin heikko eli punaisella alueella, mutta kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky voi olla normaali eli vihreällä alueella. Oikeanlaisella neuvonnalla ja ohjauksella asiakasohjaaja voi tukea asiakkaan mahdollisuutta pysyä tai palautua vihreälle alueelle.



Kuva 1: KomPASSi-hankkeessa (2016–2018) laaditut asiakassegmentit

Palvelutarpeiden kiireellisyyden tunnistaminen

Asiakas- ja palveluohjauksen vaiheissa on tärkeää, että asiakas- ja palveluohjaaja arvioivat ja tunnistavat asiakkaan tarpeiden kiireellisyyden kerättyjen tietojen perusteella. Palvelutarpeiden kiireellisyyden määrittämisen perusteella tarkoituksena on löytää ne ikäihmiset, joiden palvelutarpeet edellyttävät toisen asiakaskontaktin tai palvelutarpeen arviointia kiireellisesti

Palvelutarpeiden kiireellisyyden osalta keskeistä on tunnistaa ja tarkastella erilaisten voimavarojen lisäksi muun muassa muuttuneet tilanteet:

- onko asiakas jo palvelujen piirissä
- pystyykö hän huolehtimaan perustarpeistaan (mm. ruoka, puhtaus)
- pystyykö hän huolehtimaan lääkityksestään
- liikkuminen, pääseekö hän siirtymään vuoteeseen ja wc:hen, kaatumiset
- lähiverkosto
- mikä on asiakkaan ja omaisten mielipide, onko tilanne kiireellinen

- orientoituneisuus / desorientoituneisuus
- sosioekonomisen tilanteen mahdolliset haasteet mm. asuntoon liittyvät haasteet
- mahdolliseen kriisitilanteeseen viittaavia asioita voivat olla esim. toivottomuus, uupumus, ärtyneisyys, eristäytyminen, ahdistus, unettomuus ym.

Yllä olevien lisäksi asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvistä tiedoista esimerkiksi leskeytymisen ajankohta ja asumisolosuhteet, antavat keskeisiä tietoja kiireellisyyden arvioimiseksi. Näiden lisäksi tilanteen arvioinnin tukena voi hyödyllistä tietoa löytyä asiakas/potilastiedoista esimerkiksi tieto aikaisemmista palveluista ja sairauksista sekä tieto edellisen lääkärikontaktin ajankohdasta.

Riskitekijöiden tunnistaminen

On tärkeää tunnistaa ne asiakkaat, joilla on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskejä, sillä niihin vaikuttamalla ja ennakoimalla on mahdollista ennaltaehkäistä ja vähentää palvelujen tarvetta.

Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat muun muassa:

- aistitoimintojen heikkeneminen
- alttius kaatumisille
- luunmurtumat
- liikkumisen ongelmat
- ravitsemustilan poikkeamat
- muistin heikkeneminen
- mielenterveyshäiriöt
- runsas päihteiden käyttö
- koettu yksinäisyys
- runsas sosiaali- ja terveystalouden palvelujen käyttö
- siirtymävaiheet
- pienituloisuus
- elämänmuutokset, leskeytyminen
- perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka
- ympäristön haasteet, esteet, turvattomuus
- terveydentilan heikkeneminen
- pitkäaikaissairaudet ja monilääkitys

Riskitekijöiden tunnistamisessa eri osa-alueista kerätyn tiedon yhdistäminen ja voimavarojen huomioiminen on tärkeää. Mahdollisia asiakasryhmiä ovat muun muassa ne, joilla on ravitsemuksen ongelmia, paljon palveluja tarvitsevat (monisairaat, heikko sosiaalinen asema, moniongelmaisuus, somatisointi, yksinäisyys), mahdolliset kriisitilanteet, erityisen tuen tarpeessa olevat (yksin asuvat, joilla ei ole läheisiä, heikko taloudellinen tilanne, moniongelmaisuus, kaltoinkohtelu ym.) muistisairaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat.

iRAI CA + HELSA arviointivälineen tarkoituksena on auttaa ammattihenkilöä ottamaan puheeksi, havainnoimaan, tunnistamaan ja arvioimaan asioita, joiden tiedetään olevan merkityksellisiä henkilön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen kannalta. Tarkoituksena on tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa riskitekijöitä sekä avun ja tuen tarpeita. Riskitekijöiden tunnistaminen auttaa ohjaamaan henkilöä oikea aikaisesti ennalta ehkäisevään, toimijuutta ja osallisuutta tukevan tuen ja avun piiriin. Henkilön voimavarojen ja riskitekijöiden tunnistaminen auttaa rakentamaan sellaista tuki- ja palvelukokonaisuutta, joka parhaiten vastaa henkilön yksilöllisiin tarpeisiin ja tavoitteisiin.

Asiakkaalle järjestettävät palvelut ja päätös myönnettyistä palveluista

Palvelut voivat olla luonteeltaan tilapäisiä tai jatkuvia. Tilapäisillä palveluilla pyritään ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta. Kun tarve on pidempiaikaista tai toistuvaa, palveluja on järjestettävä siten, että tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen arjessa. Asiakkuuden alkuvaiheessa ja määräjän asettamisella pyritään siihen, että asiakkuuksien kestoa saataisiin lyhennettyä ja asiakaspalvelua parannettua ohjaamalla hänet riittävien palvelujen ja tukitoimien piiriin.

Tavoitteiden toteuttamiseksi laaditaan asiakassuunnitelma, kaikilla asiakkailla ei ole tarvetta palveluille. Asiakasta ei jätetä koskaan tilanteessa yksin, vaan hänen kanssaan, yhdessä etsitään sellaisia avun ja tuen muotoja, joista hän voi saada jatkossa apua arkeen, ilman viranhaltijapäätöstä ja/tai hän voi niitä yksityisesti hankkia.

Palveluiden myöntämisessä huomioidaan yksilökohtainen harkinta ja RAI-arviointivälineiden tuottama tieto asiakkaan toimintakyvystä ja terveydentilasta sekä palveluiden myöntämisen perusteet.

Kotihoidon palvelu myönnetään toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin perusteella henkilöille, joiden tarpeisiin on tarkoituksenmukaista vastata kotihoidon keinoin, huomioiden muun muassa kotihoidon palvelun sisältö, käytettävissä olevat apuvälineet ja teknologiset ratkaisut sekä muut palvelut.

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella tehdään tarvittavista sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista viranhaltijapäätökset. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty päätös myönnettyistä palveluista on sosiaalihuollon virkamiehen tekemä valituskelpoinen hallintopäätös, jonka tulee olla selkeä ja hyvin perusteltu. Hyvinvointialueella on käytössä yhtenäiset sosiaalihuollon palveluiden päätösfraasit, joita tulee käyttää ja täydentää asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti.

Asiakasta ohjataan tarpeen mukaisesti palveluihin ja esitetään erilaiset vaihtoehdot palvelujen järjestämiseksi sisältäen muun muassa kustannustiedot sekä myöntämisen perusteet. Tulosidonnaisten palvelujen järjestämisen ja palveluiden laskutuksen osalta keskeistä on asiakkaan informointi.





Asiakasmaksuopas (PDF) on julkaistu Varhan [www-sivuilla](#).

Asiakas- ja palveluohjaajan on tärkeää antaa riittävästi informaatiota erilaisista vaihtoehdoista ja tarvittaessa tukea asiakasta palvelun järjestämistapojen valinnassa. Asiakas, mahdollisesti omaisen tukemana, valitsee itselleen sopivimmat palvelut ja niiden järjestämistavat. Asiakas voi halutessaan järjestää tarpeen mukaiset palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla myös suoraan yksityisiltä palveluntuottajilta. Palveluja on mahdollista järjestää, asiakkaan toimintakyky ja palvelutarve huomioiden, hyvinvointialueen tuottamina, yksityisiltä palveluntuottajilta, 3.sektorin toimijoilta, kunnan hyvinvointia tukevista palveluista tms.

Tukipalvelut ovat palveluita, jotka ovat useimmiten ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen arjen tueksi. Tukipalvelut voivat lisäksi täydentää muita kotiin annettavia palveluita. Hyvinvointialueella ikäihmisten kotona asumista tukevia tukipalveluja ovat ateriapalvelu, siivouspalvelu, vaatehuoltoapalvelu, peseytymisapalvelu, asiointipalvelu, turvapalvelut ja turva-auttajakäynnit, arkikuntoutus ja kuntouttava päivätoiminta.

Linkit

Asiakasmaksut

-  Varha asiakasmaksut 1.1.23-31.12.23
-  Kundavgifter inom social- och hälsovården (sve) 1.1.23-31.12.23
-  Kotihoidon myöntämisen toimintaohje: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, ikääntyneiden palvelut
-  Tukipalvelut ja myöntämisen perusteet: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, ikääntyneiden palvelut

Asiakassuunnitelma

Sosiaalihuoltolain mukaan asiakassuunnitelma tai muu vastaava suunnitelma on laadittava täydentämään palvelutarpeen arviointia, ellei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, s. 199) mukaan suunnitelman laatiminen on ilmeisen tarpeetonta, jos 36§:n mukainen palvelutarpeen arviointi on riittävä tukimuoto asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamiseksi. Palvelutarpeen arviointi toimii asiakassuunnitelman pohjana. Palvelutarpeen arvioinnin tiedonkeruun työvälineenä on iRAI CA + HELSA ja osittaisarviointit. Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma tehdään samalla kotikäynnillä. Tarvittaessa asiakassuunnitelmaa voi täydentää kotikäynnin jälkeen. Asiakassuunnitelman sijaan voidaan tilanteen mukaan tehdä myös muu vastaava suunnitelma, kuten vammaispalvelulakiin kirjattu suunnitelma.




Asiakassuunnitelma toimii myönnettävien palvelujen pohjana ja perusteluna. Kiireellisissä tilanteissa voi olla tarpeen myöntää jokin palvelu ennen asiakassuunnitelman tekemistä. Asiakassuunnitelmaan kirjatut asiat ja asiakkaan tarvitsemat palvelut sekä tukitoimet tulee myöntää asiakkaalle. Poikkeaminen on aina erikseen perusteltava. Perusteltu syy voi olla esimerkiksi asiakkaan avun tarpeen muuttuminen asiakassuunnitelman teon jälkeen.

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeetonta. Pääsääntöisesti suunnitelman laatii omatyöntekijä. Suunnitelma on laadittava yhdessä asiakkaan kanssa, ellei siihen ole ilmeistä estettä. Suunnitelman laadinta on prosessi, jossa arvioidaan asiakkaan elämäntilanteen vaatimalla laajuudella keinoja ja/tai palveluja myönteisten muutosten aikaansaamiseksi. Asiakassuunnitelma on aina asiakaslähtöinen. Asiakkaan tarpeen selvittämiseen osallistuvat asiakkaan lisäksi omaiset, muut läheiset ja tarpeen vaatiessa lailliset edustajat.

Asiakassuunnitelman sisältöä ja laadintaa ohjaa sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja sosiaalihuoltolain soveltamisopas.

Suunnitelman tekemisen yhteydessä asiakkaalle on selvitettävä hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 5§).

Linkit

-  Sosiaalihuoltolaki
-  Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2017
-  Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

Omatyöntekijä ja erityisen tuen tarve

Omatyöntekijän nimeäminen ja tehtävät perustuvat sosiaalihuoltolakiin (1301/2014, 42§). Sosiaalihuollon asiakkaalle on nimettävä asiakkuuden ajaksi omatyöntekijä.

Omatyöntekijän tehtäviä on seurata ja arvioida asiakkaan asiakassuunnitelman toteutumista sekä koordinoita asiakkaan palvelukokonaisuutta ja varmistaa, että asiakkaalla ja hänen läheisillään (asiakkaan suostumuksella) on tarvittavat tiedot palveluiden toteuttamisesta ja että tieto kulkee eri tahojen välillä. Omatyöntekijä myös neuvoo ja auttaa palvelujen ja etuuksien saannissa.

Lisätietoja sosiaalihuoltolain 1301/2014 mukaisen omatyöntekijän nimeämisestä Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5.

Linkit

[↪ sosiaalihuoltolain soveltamisopas, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5](#)

[↪ sosiaalihuoltolaki](#)

Jatko-ohjaus

Sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja koskevan kielteisen päätöksen jälkeen palveluohjaaja suunnittelee yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa, miten asiakas omaehtoisesti ylläpitää toimintakykyään ja miten hänen itsenäistä selviytymistään on mahdollista tukea tarjolla olevilla palveluilla eli laaditaan jatko-ohjaus. Jatko-ohjaus laaditaan tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella kotikäynnillä tai tarvittaessa puhelimitse. Jatko-ohjaus puhelimitse voi tulla kyseeseen tilanteissa, joissa asiakkaan tilannetta pitää vielä selvittää kotikäynnin jälkeen muiden ammattilaisten kanssa.

Jatko-ohjaus on kooste niistä asioista ja toimenpiteistä, joilla pyritään vastaamaan asiakkaan kokemuksiin tarpeisiin ja näin edistämään hänen hyvinvointiaan ja ennaltaehkäisemään säännöllisten palveluiden piiriin siirtymistä. Asiakkaan tai omaisen tulee ottaa vastuu sovittujen asioiden toteutumisesta.

Jatko-ohjaussuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja vain hänen suostumuksellaan. Jatko-ohjauksessa ohjataan ja neuvotaan avoimiin palveluihin ja vapaa-ajan toimintoihin. Jatko-ohjauksessa suunnitellaan ja sovitaan, miten omaiset ja läheiset ovat asiakkaan tukena. Suunnitelma kirjataan ja tallennetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmään. Jatkosuunnitelma annetaan aina asiakkaalle kirjallisena. Palveluohjaaja tukee, ohjaa ja neuvoo asiakasta huomioiden asiakkaan kokemat tarpeet ja toiveet. Näkemyserot tulee kirjata jatko-ohjaussuunnitelmaan. Jatko-ohjaussuunnitelmaan kirjataan, mihin palveluihin asiakas päätyy tai mihin toimintaan lähtee mukaan. Palveluohjaaja auttaa tarvittaessa hakemusten täyttämässä

Omaishoidon tuki

Seuraaviin lukuihin kootut omaishoidon palveluiden sisällöt ja ohjeet pohjautuvat KomPASSi -hankkeessa vuosina 2016–2018 Varsinais-Suomen maakunnassa valmisteltuihin yhteisiin omaishoidon sisältöihin ja ohjeisiin. KomPASSi -hanke oli osa Sosiaali- ja terveysministeriön Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa –kärkihanketta (I&O). Sisällöt ja ohjeita on Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2022–2023 (TulKoti) -hankkeessa maakunnan kuntien työntekijöiden kanssa päivitetty vuoden 2022 lopulla ja luotu Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle ikäihmisten palveluohjauksen käsikirjaan omaishoidon palvelukohtainen osa. Käsikirjan sisällöissä on huomioitu Varsinais-Suomen hyvinvointialueella laadittu ja hyväksytty omaishoidon tuen toimintaohje.

Hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 8 §). Varsinais-Suomen hyvinvointialueella omaishoidon tuki sijoittuu ikääntyneiden palveluissa asiakas- ja palveluohjaukseen. Omaishoidon tuen prosessi, hoitopalkkioluokat ja myöntämisen perusteet ovat yhtenevät koko hyvinvointialueella. Tähän omaishoidon tuen palvelukohtaiseen osioon on koottuna omaishoidon tukeen liittyviä erityispiirteitä. Palvelukohtaista osiota päivitetään sitä mukaa, kun hyvinvointialue muotoutuu ja uusia ohjeistuksia saadaan valmiiksi. Omaishoidon tuen toimintamalli pohjautuu vahvasti palveluohjauksen toimintamalliin, joka on kuvattu tämän käsikirjan alussa. Omaishoidon tuen prosessissa on huomioitava tämä käsikirja kokonaisuutena sekä IMS-työtilaan kuvatut prosessit.

Omaishoidon tuen prosessi ja vaiheiden kuvaukset on kuvattu IMS-toimintajärjestelmään.

Omaishoidon tuen palvelu perustuu Lakiin omaishoidon tuesta 937/2015

Omaishoidon tuki on määrärahasidonnainen sosiaalipalvelu, joka perustuu omaishoidon tuesta annettuun lakiin (2.12.2005/937) ja siihen myöhemmin tehtyihin muutoksiin sekä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen hyväksymiin myöntämisperusteisiin ja hoitopalkkioluokkiin.

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitamista kotona omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuen tavoitteena Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on tukea ja mahdollistaa kotona toteutettavaa hoivaa ja ehkäistä asiakkaiden tarvetta siirtyä kodin ulkopuolelle säännöllisen ympärivuorokautisen palveluasumisen piiriin. Väliillisesti omaishoidontuella voidaan edistää hyvinvointialueen palvelujen järjestämistä toteuttamista tilanteessa, missä henkilöstön saatavuus sekä yksityisellä että julkisella sektorilla vaikeuttaa palvelujen tuottamista. (Aluehallituksen pöytäkirja 8.11.2022, 329 §.)








Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluissa on laadittu hyvinvointialueen aluehallituksen hyväksymä omaishoidontuen toimintaohje (Aluehallitus 20.6.2023, 251§)

Hyvinvointialueella tavoitteena on vahvistaa omaishoidon tuen palvelua ja sitä kautta siirtää raskaampiin, ympärivuorokautisiin palveluihin siirtymisen tarvetta. (Aluehallituksen pöytäkirja 8.11.2022, 329 §.) Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka pitää sisällään hoidettavalle omaishoito, hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä omaishoitajan vapaan ajaksi annettavat palvelut. Omaishoidon tukeen sisältyy omaishoitajalle hoitopalkkio, vapaa, eläke- ja tapaturmavakuutus sekä sosiaalipalvelut. Hyvinvointialueella omaishoidon tuessa on otettu käyttöön 1.1.2023 OIMA-palvelu.

Hoitopalkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Hoitopalkkio maksetaan omaishoitajalle, ja hoitopalkkio on veronalaista tuloa. Omaishoitajille maksettavien hoitopalkkioiden määrästä ja alimmista hoitopalkkioista säädetään omaishoidon tuesta annetun lain (2.12.2005/937) 5 §:ssä. Lain 6 §:n mukaan hoitopalkkioita tarkistetaan kalenterivuosittain työntekijän eläkelain (395/2006) 96 §:ssä tarkoitettulla palkkakertoimella.

Hyvinvointialueen hoitopalkkioluokat ovat voimassa alkaen 1.1.2023 ja niitä noudatetaan palveluun 1.1.2023 jälkeen tulevien omaishoidon tuen uusien asiakkaiden kohdalla (Aluehallitus 8.11.2022, 329 §).

Linkit

-  Ikäihmisten omaishoidon tuen prosessi
-  Oima palvelu
-  Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä
-  Omaishoidontuen Atsor-prosessi
-  Laki omaishoidon tuesta
-  Aluehallitus 27/2022, Pöytäkirja 8.11.2022
-  Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet

Omaishoidon tuen myöntämisedellytyksistä ja sisällöstä säädetään laissa omaishoidon tuesta (937/2005). Omaishoito on aina henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon annettavaa apua, ei ainoastaan kodin ulkopuolista asiointia eikä kodinhoidollisia töitä.

Omaishoitaja voi olla omainen, sukulainen tai muu läheinen henkilö, joka soveltuu omaishoitajan tehtävään terveytensä ja toimintakykynsä puolesta. Hyvinvointialue ja omaishoitaja tekevät omaishoidon tuesta omaishoitosopimuksen. Sopimuksen liitteeksi hyvinvointialue, hoidettava ja omaishoitaja laativat yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelman hoidettavalle.

Omaishoidon tuki perustuu lakiin omaishoidon tuesta (937/2005)

Omaishoidon tuen myöntämisen edellytyksiä on kuvattu omaishoidontuen toimintaohjeessa

Linkit

[🔗](#) Laki omaishoidon tuesta

[🔗](#) Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Omaishoidon tuen hoitopalkkioluokat, maksaminen ja keskeytykset

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on tehty päätös kolmesta hoitopalkkioluokasta sekä raskaan siirtymävaiheen hoitopalkkiosta. Palkkion taso määräytyy hoidon ja huolenpidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan.

- Hoitopalkkioluokka 1, alin hoidon sitovuus.
 - Hoitopalkkio 450 €/k
- Hoitopalkkioluokka 2, keskimäinen sitovuusluokka.
 - Hoitopalkkio 700 €/kk
- Hoitopalkkioluokka 3, ylin sitovuusluokka.
 - Hoitopalkkio 950 €/kk
- Raskaan siirtymävaiheen palkkio.
 - Hoitopalkkio 1500 €/kk

Aluehallituksen 8.11.2022, 329 §, pöytäkirjan liitteestä 1 löytyy hyvinvointialueelle määritellyt omaishoidon myöntämisen perusteet ja palkkioluokat sekä hoitopalkkioiden määrät palkkioluokittain.

Hoitopalkkio voidaan sopia säädettyä määrää pienemmäksi, jos hoidon sitovuus on vähäisempää kuin mitä laki omaishoidon tuesta (937/2005) 4 §:n 1 momentissa edellytetään ja hoidon ja huolenpidon tarve on vähäistä; taikka siihen on hoitajan esittämä erityinen syy.

Hoitopalkkion maksaminen ja keskeytykset

Omaishoidontuen toimintaohjeessa on määritelty hoitopalkkion maksamiseen ja maksun keskeytyksiin liittyvät asiat

Lisäksi maksun keskeytyksiä määrittellään laissa omaishoidon tuesta (937/2005)

Hoitopalkkio maksetaan omaishoitajalle. Hoitopalkkiot tarkistetaan kalenterivuosittain työntekijän eläkelain (395/2006) 96 §:ssä tarkoitetulla palkkakertoimella. Omaishoidontuen hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta suoritetaan ennakonpidätys. Oima-palvelu hakee automaattisesti sähköiset verokortit eikä näitä erikseen tarvitse toimittaa.

Omaishoitajan lakisääteiset vapaat eivät keskeytä omaishoidon tuen maksamista.

Jos omaishoito hoidettavan terveydentilasta johtuvasta syystä keskeytyy tilapäisesti, hoitopalkkion maksaminen keskeytyy kuukauden kuluttua. Sopimusehto, joka poikkeaa 9§ säännöksistä omaishoitajan vahingoksi, on mitätön. (Laki omaishoidon tuesta, 937/2005, 9§.)

Hoitopalkkion maksaminen voidaan keskeyttää silloin, kun hoito keskeytyy hoitajasta johtuvasta syystä tai hoidettavasta johtuvasta muusta kuin terveydellisestä perusteesta. Tällaisista hoidon keskeytystilanteista on sovittava laki omaishoidon tuen 8 §:n mukaan laadittavassa omaishoitosopimuksessa. Mikäli sopimuksessa hyvinvointialue ja omaishoitaja eivät ole sopineet erikseen näistä keskeytystilanteista ja hoitopalkkion maksamisesta, on kuukausittainen hoitopalkkio maksettava siten kuin omaishoitolaissa on säädetty niin kauan kuin sopimus on voimassa. (Lisätietoja Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut)

Linkit

- [🔗 Aluehallitus 27/2022, Pöytäkirja 8.11.2022](#)
- [🔗 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Omaishoidon hoitopalkkio](#)
- [🔗 Työntekijän eläkelaki](#)
- [🔗 Laki omaishoidon tuesta](#)
- [📄 Palkkioiden maksaminen](#)
- [📄 Hoitoaikojen ilmoittaminen ja käsittely](#)
- [🔗 Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023](#)

Omaishoidon tuen prosessi

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on yhtenäinen omaishoidon tuen prosessi, joka on kuvattu IMS-toimintajärjestelmään

Seuraavissa kappaleissa on avattu prosessiin liittyviä tärkeitä vaiheita: vireille tulo, palvelutarpeen arviointi, RAI arviointi päätöksenteon tukena ja päätöksenteko, seurantakäynnit ja omaishoitosopimuksen purkaminen ja irtisanominen

Linkit

- [📄 Ikäihmisten omaishoidon tuen prosessi](#)
- [📄 Omaishoidontuen Atsor-prosessi](#)

Omaishoidon tuen vireille tulo

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 34 § mukaan sosiaalihuoltoasia tulee vireille hakemuksesta tai kun hyvinvointialueen sosiaalihuollon työntekijä on muutoin tehtävissään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeessa olevasta henkilöstä.

Hakemus toimitetaan joko postittamalla osoitteeseen:

- Omaishoito, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, PL 52, 20521 Turku.

Tai sähköpostitse:

- omaishoidontuki@varha.fi

Omaishoidon tuen toimintaohjeen mukaan omaishoidon tuen päätöksenteon tukena käytetään lääkärinlausuntoja sekä muita hoitoisuuteen liittyviä lausuntoja.

Hakemuksessa omaishoidettava suostuu asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen ja hankintaan muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta ja palvelunantajilta omaishoidon tuen palvelun tarpeen selvittämiseen, järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvissä asiayhteyksissä (erillistä liitettä ei tarvita).

Hallintolain (434/2003) 18–20 § määrittävät asiakirjan saapumispäivää, asian vireille panoa ja asian vireille tuloa. Asiakirjan katsotaan saapuneen viranomaiseen sinä päivänä, jona asiakirja on annettu viranomaiselle. Postitse lähetetyn asiakirjan saapumispäiväksi katsotaan myös se päivä, jona lähetys on saapunut viranomaisen postilokeroon tai viranomaiselle on toimitettu ilmoitus lähetyksen saapumisesta postiyritykseen. Vireillepano tapahtuu kirjallisesti ilmoittamalla vaatimukset perusteluineen. Viranomaisen suostumuksella asian saa panna vireille myös suullisesti. Hallintoasia tulee vireille, kun asian vireille panemiseksi tarkoitettu asiakirja on saapunut toimivaltaiseen viranomaiseen tai kun asia on sille suullisen vireillepanon yhteydessä esitetty ja käsittelyn aloittamiseksi tarvittavat tiedot on kirjattu. (Hallintolaki 434/2003.)

Asiakkaat voivat itsenäisesti täyttää ja toimittaa omaishoidon tuen hakemuksen ja tarvittavat liitteet. Omaishoidon tuen hakeminen saattaa tulla esille myös palveluohjauksen ohjausvaiheessa, jolloin asiakasohjaaja huolehtii mahdollisen suullisen hakemuksen vireille tulon etenemisestä. Tässä vaihtoehdossa on huomioitava asiakkaan suostumus ja ohjaus tarvittavien liitteiden toimittamiseen.

Omaishoidon tuen hakemus on julkaistu Varhan www-sivuilla.

Linkit

- [🔗 omaishoidon tuen hakemus](#)
- [🔗 Hallintolaki](#)
- [🔗 Sosiaalihuoltolaki](#)
- [🔗 Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023](#)

Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arviointi tehdään samoin periaattein kuin palveluohjauksessa. Palvelutarpeen arviointia on tarkemmin kuvattu edeltävässä kappaleessa Asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäinen toimintamalli ja prosessit. Alla olevissa kappaleissa on tarkemmin kuvattu omaishoidon tukeen liittyviä palvelutarpeen arvioinnin erityispiirteitä.

Ennen kotikäyntiä tulee asiakkaan kanssa yhdessä sopia siitä, keitä ammattihenkilöitä mahdollisesti osallistuu kotikäynnille ja miksi. Asiakkaalla tulee myös olla riittävästi aikaa kutsua kotikäynnille mukaan esimerkiksi läheinen tai muu asiakasta edustava henkilö.

Palvelutarpeen arviointi tehdään kotikäyntinä, jotta asiakkaan tilanteesta saadaan kattava kokonaiskuva. Omassa ympäristössään asiakas pystyy parhaiten osoittamaan, mihin tarkoitukseen hän apua ja tukea tarvitsee, vaikka hänellä olisikin vaikeuksia tilanteensa ja tarpeidensa sanallisessa kuvaamisessa. Omaishoitotilanteen selvittäminen arviointikäynnillä edellyttää sekä asiakkaan ja omaishoitajaksi hakevan omaisen/läheisen läsnäoloa. Kotikäynnin yhteydessä arvioidaan omaishoidettavan hoidon ja palveluiden tarve sekä omaishoitajan palveluiden ja tuen tarve sekä tuen muut myöntämisedellytykset. Kotikäynnin yhteydessä huomioidaan myös Kelan etuuksien läpikäynti ja niistä informointi ja avustaminen hakemusten täyttämässä. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä informoidaan omaishoitajaa olemaan yhteydessä TE-keskukseen ja selvittämään oikeutensa työttömyysturvaan.

Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi

Omaishoitajan tulee olla 18-vuotta täyttänyt ja elämäntilanteensa, hoitotaitojensa, voimavarojensa, terveytensä ja toimintakykynsä puolesta soveltuva omaishoitajaksi. Hoitajan tulee kyetä kantamaan kokonaisvastuu hoidettavasta. Omaishoidon tuen päätöstä tehtäessä arvioidaan kokonaisvaltaisesti, selviytyykö hoitaja omaishoitoon sisällyvistä tehtävistä.

Arvioitaessa hoitajan soveltuvuutta hoitotehtävään voi soveltuvuuteen vaikuttaa hoitajan fyysinen ja psyykinen terveydentila, mahdolliset sairaudet ja niiden vaatima hoito, hoitajan toimintakyky ja voimavara, kuten kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 3§ määrittää yhdeksi tuen myöntämisen edellytykseksi, että hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia. Omaishoidon tuen toimintaohjeen mukaan omaishoidon tuen päätöksenteon tukena käytetään lääkärinlausuntoja sekä muita hoitoisuuteen liittyviä lausuntoja. Tarvittaessa hoitajan on esitettävä lääkärintodistus ja/ tai eri asiantuntijoiden lausuntoja terveydentilastaan. Terveystilan arvioita voidaan pyytää myös omaishoidon aikana.

Omaishoidon tukea ei myönnetä, jos omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa ei ole hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää, eikä tuen myöntämisen arvioida olevan hoidettavan edun mukaista. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi, jos hoitajalla on todettu päivittäiseen päätöksentekokykyyn vaikuttava muistisairaus, vakavia mielenterveyden ongelmia, päihteiden väärinkäyttöä tai jos hoitajan toimintakyky ja muu terveydellinen tila tai perhetilanne tai elämäntilanne selvästi rajoittaa häntä toimimasta omaishoitajana, vaikka hoidettavalle järjestetään riittävä määrä muita palveluita hoidon toteutumiseen (ratkaisun tulee olla hoidettavan edunmukainen).

Jos omaishoitaja tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja, laaditaan hänelle oma palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma.

Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi toteutetaan vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Arviointikäynnistä tietoihin kirjataan omaishoidettavan hoitoon ja huolenpitoon merkittävästi liittyvät asiat omaishoitajan soveltuvuudesta tai soveltumattomuudesta omaishoitajaksi.

RAI-arviointi omaishoidon tuen päätöksenteon tukena

Omaishoidon tuen tarvetta arvioitaessa 65-vuotta täyttäneen väestön osalta käytetään RAI-arviointijärjestelmää. Arvioitaessa omaishoidon sitovuutta, huomioidaan omaishoidettavan kognitiota, päivittäisistä toiminnoista suoriutumista, palvelutarvetta ja masennusoireiden ilmenemistä kuvaavat mittaritiedot.


Portaittaisen iRAI CA + HELSA arviointivälineen avulla arvioidaan omaishoidettavan ja läheisapua antavan tilannetta sen edellyttämässä laajuudessa. iRAI CA + HELSA arviointivälineen E-osa keskittyy läheisapua antavan henkilön tilanteen arvioimiseen ja sopii siten hyvin omaishoitajan tilanteen ja toimintakyvyn kartoittamiseksi.


Päätöksenteon tukena käytetään yksilökohtaista harkintaa sekä sovittuja arviointimittareita. Päätös perustuu aina kokonaisarviointiin. Omaishoidon tuen myöntämisperusteisiin on määritelty toimintakykyä kuvaavat RAI-mittaritulokset (MAPLe, ADLH, CPS ja DRS tarvittaessa).

Mikäli omaishoidon tuen myöntämisperusteet eivät täyty, turvataan omaisen ja hakijan hyvinvointi jatko-ohjauksella ja tarjoamalla muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

RAI-järjestelmästä löytyvät tarvittavat materiaalit: interRAI CA +Helsa arviointilomake, RAI-käsikirja ja mittarikäsikirja.

Linkit

 RAI-
arviointi omaishoidon tuen päätöksenteon tukena: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, Ikäntyneiden palvelut

 InterRAI CA + HELSA-
työvälineen käyttö palvelutarpeen arvioinnissa: Asiakasohjaus ja ostopalveluyksikkö, Ikäntyneiden palvelut

Päätöksenteko

Omaishoidon ohjaajat tekevät päätökset omaishoidon tuesta. Tarvittaessa haasteellisissa päätöksissä viedään asiankäsittely työryhmälle, joka ottaa kantaa päätökseen. Omaishoidon tuen päätös perustuu tehtyyn palvelutarpeen arviointiin sekä tarvittaessa saatuihin lääkärinlausuntoihin tai muihin hoitoisuuteen liittyviin lausuntoihin.

Omaishoidon tuen toimintaohjeeseen on kirjattu kielteisen päätöksen periaatteita.

Päätös omaishoidon tuesta tehdään hoidettavalle.

Hyvinvointialueen on tehtävä aina kirjallinen päätös palvelun myöntämisestä tai epäämisestä. Päätökseen tulee liittää muutoksenhakuohjeet. Viranhaltijanpäätökseen saa hakea oikaisua 30 päivän kuluessa hyvinvointialueen toimielimeltä siten kuin Hallintolaissa (434/2003) 46–47 § ja 49 § säädetään. Päätöstä voidaan tarkistaa, mikäli hoidettavan olosuhteet muuttuvat. Omaishoitosopimusta koskeva riita-asia käsitellään hallinto-oikeudessa (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 12 §).

Mahdolliset päätökset:

- Päätös omaishoidon tuesta (myönteinen, kielteinen, korotukseen liittyvät päätökset)
- Päätös omaishoidon tuen päättymisestä
- Päätös omaishoidon tuen irtisanomisesta
- Päätös omaishoidon tuen purkamisesta
- Päätös lakivapaista
- Päätös omaishoidon palveluseteleistä
- Päätös palvelusetelin päättymisestä
- Päätös harkinnanvaraisesta vapaasta
- Päätös palkkion keskeyttämisestä
- Päätös vuorohoidosta
- Päätös tilapäishoidon palvelusetelistä

Hyvinvointialueella käytetään eri asiakas- ja potilastietojärjestelmissä yhteneviä päätösfraaseja. Fraasit ovat vain osa päätöstekstiä eli lisäksi päätökseen kirjataan auki asiakkaan tilannetta ja päätöksen taustaa.

Omaishoidon tukea koskevaa oikaisua, muutoksenhakua ja omaishoitosopimuksen riidan käsittelyä säädetään alla olevissa laeissa:

- Laki omaishoidon tuesta (937/2003) 12§
- Hallintolaki (434/2003)
- Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa (808/2019)
- Sosiaalihuoltolain 6 luku

Linkit

[🔗 Sosiaalihuoltolaki](#)

[🔗 Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa](#)

🔗 Hallintolaki

🔗 Laki omaishoidon tuesta

🔗 Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Omaishoitosopimus

Omaishoidon sopimuksella tarkoitetaan hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan hyvinvointialueen välistä toimeksiantosopimusta omaishoidon järjestämisestä Omaishoidon tuesta laaditaan omaishoitajan ja hyvinvointialueen välillä sopimus, jonka liitteenä on oltava hoito- ja palvelusuunnitelma (Laki omaishoidon tuesta 937/2003, 2§, 7§ ja 8§).

Hyvinvointialueella on laadittu yhtenäinen malli omaishoitosopimuksesta ja omaishoidon tuen toimintaohjeessa on tarkemmin käsitelty omaishoitosopimukseen liittyviä asioita.

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) 8§ määrittää omaishoitosopimuksen sisällön.

Muuta huomioitavaa omaishoitosopimukseen liittyen

Omaishoitaja sitoutuu:

- huolehtimaan siitä, että hoidettava saa asianmukaisen hoidon ja huolenpidon
- toimimaan hoitoon liittyvissä asioissa yhteistyössä hyvinvointialueen ao. viranomaisten kanssa, sekä ilmoittamaan hoidon tarpeen päättymisestä tilapäisesti tai pysyvästi noudattamaan salassapitovelvollisuutta

Hyvinvointialue sitoutuu:

- huolehtimaan asiakassuunnitelmassa mainituista palveluista
- suorittamaan sopimuksen mukaiset hoitopalkkiot ja hoitajan vapaaseen liittyvät velvollisuutensa
- nimeämään omaishoitajalle yhdyshenkilön
- seuraamaan hoitotyön toteutumista sekä tukemaan ja ohjaamaan hoitajaa hoitotyössä neuvottelemaan hoitajan kanssa hoitoa muulla tavalla järjestettäessä.

Omaishoitosopimus on voimassa toistaiseksi. Erityisestä syystä sopimus voidaan tehdä määräaikaisena. Sopimusta voidaan tarvittaessa tarkistaa. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 8§.)

Määräaikaisen omaishoitosopimuksen perusteita voivat olla muun muassa:


- hoidon jatkaminen ei hoitajasta tai hoidettavasta johtuvasta syystä ole tietyn määräajan jälkeen mahdollista
- hoidon tarve on etukäteen tarkasti määriteltävissä
- hoito korvataan tietyn määräajan jälkeen toisella palvelulla

Jos sopimus tehdään määräaikaisena ja hoidettavalla on hoidontarvetta vielä sopimuksen päättymisen jälkeen, kirjataan suunnitelmaan, miten hoito ja huolenpito toteutetaan omaishoitosopimuksen päättymisen jälkeen.

Omaishoidon tuen toimintaohjeen mukaan omaishoidon sopimusta ei tehdä, jos sopimuksen tekeminen on vastoin hoidettavan tahtoa tai etua ja sopimus syntyy vasta, kun molemmat osapuolet (omaishoitaja ja hyvinvointialue) ovat sen allekirjoittaneet.

Lisätietoja omaishoidontuen toimintaohjeessa

Linkit

 Sopimus omaishoidosta

 Laki omaishoidontuesta

 Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Omaishoitajan eläketurva ja tapaturmavakuutus

Omaishoitajan eläketurvasta säädetään julkisten alojen eläkelaisissa (81/2016). Omaishoidon hoitopalkkio kartuttaa eläkettä, jos omaishoitaja on sopimusta tehdessään alle 68-vuotias. Tämä koskee vuonna 1940 ja sen jälkeen syntyneitä henkilöitä.

Eläkeasioista saa lisätietoa KEVA:sta. Lisäksi KEVA on julkaissut tiedotteen omaishoitajien eläketurvasta.

Omaishoitaja ei ole työ sopimuslain(55/ 2001, 2§) tarkoittamassa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen hyvinvointialueeseen, hoidettavaan tai hoidettavan huoltajaan, vaan kysymyksessä on toimeksiantosopimussuhde.

Omaishoitajan eläketurvasta säädetään julkisten alojen eläkelaisissa(81/2016). (8.7.2022/607)

Omaishoidon tuesta hoitajan kanssa sopimuksen tehneen hyvinvointialueen on vakuutettava hoitaja työtapaturma- ja ammattitautilain(459/2015) 3 §:n1 momentin mukaisella vakuutuksella.

Linkit

 Keva: omais- ja perhehoitajien vanhuuseläke

 KEVA

Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä kriisitilanteisiin varautumisen suunnitelma

Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaan kanssa yhdessä laadittu asiakassuunnitelma toimii pohjana omaishoidontuen hoito- ja palvelusuunnitelmalle, jos asiakas saa omaishoidon tuen myönteisen päätöksen. Omaishoidon tuen asiakkaalle nimetään asiakkuuden ajaksi omatyöntekijä, joka kirjataan suunnitelmaan. Omaishoitajalle laaditaan oma suunnitelma, jos hän tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja.

Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma, joka liitetään omaishoidosopimukseen. Suunnitelmaan tulee liittää tiedot omaishoitolaian mukaisista hoidettavan ja hoitajan oikeuksista koskevista säännöksistä ja niiden soveltamisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelman liitteenä voi myös olla voimassa olevat omaishoidon tuen myöntämisperusteet.

Lisäksi suunnitelmaan tulee kirjata ainakin (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 7§):

1. omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö;
2. muiden hoidettavalle tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö;
3. omaishoitajan hoitotehtävää tukevien palvelujen määrä ja sisältö;(29.6.2016/511)

4. miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyntien tai muun poissaolon aikana.

Omaishoidon kriisitilanteiden varautumissuunnitelma täydentää omaishoitoperheen hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tavoitteena ennakoida ja varautua äkillisiin omaishoidon muutostilanteisiin ja lisätä omaishoitoperheen turvallisuudentunnetta

Omaishoidon kriisitilanteisiin varautumisen suunnitelman sisältöä:

- Tieto omaishoitajuudesta kirjataan
 - hoidettavan tiedot
 - hoitajan tiedot
- Omatyöntekijä on nimetty ja kirjataan suunnitelmaan
- Yhteyshenkilöt ja numerot
 - virka-aika, omaishoidon ohjaaja/omatyöntekijä, ajankohdat
 - hätätilanteissa 112
 - varmistetaan, että yhteystiedot esim. valmistajaan laiterikkojen varalta
 - keskustellaan kiireellisyydestä, koska soitetään ohjaajalle ja koska otetaan yhteyttä muihin yllä oleviin tahoihin.
- Keskustelu erilaisista kriisin mahdollisuuksista
 - mitä jos sairastut...
 - ohjeistus siitä miten ko. tilanteessa toimitaan
 - omaishoitajan esille tuomat / mietityttävät asiat kriisitilanteista ja miten hän toivoo, että asiat järjestettäisiin
- Sosiaalinen verkoston selvittäminen ja läpikäynti
- Ensisijaisen tai toissijaisen yhteyshenkilön nimeäminen
 - henkilö, johon otetaan yhteyttä ensisijaisesti kriisitilanteissa
 - omaishoitajan nimeämät yhteyshenkilöt kirjataan käytäntöjen mukaisesti osaksi hoito ja palvelusuunnitelmaa
 - omaishoitaja informoi henkilöä itse
- Tarkistetaan, onko tehty (tarvittaessa): hoitotahto, edunvalvontavaltuus

Palvelun suunnittelua ja jatkoarviointia voidaan tukea kirjaamalla hoito- ja palvelusuunnitelmaan myös:

- hoidettavan fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja ympäristön toimivuus
- arvio omaishoitajan terveydestä ja toimintakyvystä, hoitotaidoista ja kodista hoitoympäristönä

- tavoitteet hoidettavan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi
- seuranta-ajankohdat (tilanne tulisi arvioida vähintään kerran vuodessa, omaishoitotilanteen muuttuessa olennaisesti sekä hoidettavan tai omaishoitajan pyynnöstä)

Suunnitelman avulla varmistetaan hoidon toteutus niin, että omaishoito yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa turvaa hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävät palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen jäsentää omaishoidon tavoitteet ja keinot. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla turvataan asiakkaan palvelunyksilöllisyys ja jatkuvuus ja sovitetaan yhteen eri palvelut saumattomaksi kokonaisuudeksi.

Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii todisteena hoidettavalle ja omaishoitajalle suunnitelluista palveluista ja tuesta. Lisäksi se toimii työntekijöiden työvälineenä. Suunnitelma antaa myös tietoa kunnassa vallitsevasta palvelutarpeesta.

Omaishoidon tukea koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma on yhteinen hoidettavalle ja omaishoitajalle. Omaishoitajalle laaditaan erillinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jos hän tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja.

Suunnitelman tekemisen yhteydessä asiakkaalle on selvitettävä hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. (Lisätietoja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.sivut)).

Linkit

[🔗 Laki omaishoidon tuesta](#)

[🔗 THL:Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma](#)

Seurantakäynnit

Omaishoidon seurantakäynnit toteutetaan vähintään vuosittain. Seurantakäynnit voidaan toteuttaa myös asiakkaan tarpeen mukaan, asiakkaan tilanteen oleellisesti muuttuessa tai omaishoitajan ja/ tai hoidettavan pyynnöstä.

Seurantakäynneillä päivitetään iRAI CA + HELSA arviointi. iRAI HC osittaisarviointi tehdään niiden asiakkaiden kohdalla, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä. Säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille kotihoito tekee interRAI HC arvioinnin, mikä sisältää osittaisarvioinnin (Maple 5) mittarit. Jos asiakas on sekä omaishoidon tuen, että säännöllisen kotihoidon asiakas, hyödynnetään kotihoidossa tehtyä ajantasaista iRAI HC arviointia omaishoidon tuen myöntämisen perusteena olevien mittariarvojen saamiseksi.

Omaishoitosopimus sekä hoito- ja palvelusuunnitelma päivitetään seurantakäynnin yhteydessä. Jos hoitopalkkioluokan muutos todetaan seurantakäynnillä, tehdään uusi päätös omaishoidon tuesta. Omaishoidontuki voidaan irtisanoa, mikäli omaishoidon tuen myöntämisperusteet eivät enää täyty.

Tarvittaessa ammattilaisen harkinnan ja asiakkaan tarpeen mukaan seurantakäyntien lisäksi voidaan sopia muista kontakteista omaishoidonohjaajan ja omaishoitajan kanssa (esimerkiksi puhelinsoitto 3 kk kuluttua, jolloin käydään uudelleen asioita läpi ja varmistetaan palvelujen riittävyys).

Omaishoitosopimuksen irtisanominen ja purkaminen

Omaishoitosopimuksen irtisanomista on ohjeistettu omaishoidontuen toimintaohjeessa ja irtisanominen perustuu lakiin omaishoidon tuesta (937/2005) 9§

Omaishoitosuhteen päätyttyä omaishoidettavan ja/ tai omaishoitajan palvelutarvetta arvioidaan tarvittaessa ja ohjataan tarvetta vastaaviin palveluihin.

Toimintamalli omaishoidon luopumis- ja päättymistilanteisiin:

Tavoitteena on yhtenäinen tapa toimia ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, omaishoidon luopumis- tai päättymistilanteissa. Yhtenäisen prosessin tavoitteena on välittää ja läpikäydä luopuneelle omaishoitajalle ohjauksen, hyvinvoinnin ylläpitämisen/ ennaltaehkäisevyyden sekä omaishoitajuuden arvostuksen teemoja.

Omaishoitajalla on lain mukainen velvoite ilmoittaa omaishoitosuhteessa tapahtuneista muutoksista. Tieto muutoksesta on myös mahdollista saada joissakin tapauksissa toisen ammattilaisen välittämänä.

Kun tieto omaishoidon työntekijälle luopumisesta on tullut, alkaa yhtenäinen toimintatapa. Yhteyshenkilönä luopuneelle omaishoitajalle toimii ensisijaisesti asiakkaan oma omaishoidon työntekijä. Yhtenäisen prosessin tavoitteena on välittää ja läpikäydä luopuneelle omaishoitajalle ohjauksen, hyvinvoinnin ylläpitämisen sekä omaishoitajuuden arvostamisen teemoja.

Omaishoidon työntekijä selvittää kotikäynnin tarpeen, kun työntekijälle tulee tieto omaishoitajan luopumisesta omaishoidettavastaan sekä käy omaishoitajan kanssa läpikäytäviä teemoja läpi.

- Kotikäynnin tarve arvioidaan puhelimitse, mikäli kotikäynnille ilmenee tarvetta, se sovitaan.
- Mikäli tieto omaishoidon luopumistilanteesta tulee toiselta ammattilaiselta, omaishoidon ohjaaja ottaa yhteyttä 0–3 vrk kuluessa omaishoitajaan.
- Kotikäynninkäynnin tekee joko omaishoidon ohjaaja tai mahdollisesti omaishoitajan paremmin tunteva työntekijä (esimerkiksi hyvinvointi- ja terveystarkastuksen työntekijä/psykiatrinen sairaanhoitaja).
- Kotikäynnillä annetaan ohjausta ja neuvontaa ja tarvittaessa tehdään palvelutarpeen arviointi
- Mikäli kotikäynnille ei ole tarvetta tai omaishoitaja ei halua kotikäyntiä, annetaan omaishoitajalle neuvontaa ja ohjausta puhelimitse
- Mikäli omaishoitaja ei halua tai kykene käymään asioita läpi soiton aikana sovitaan uusi aika puhelinsoittoon omaishoitajan halutessa (esim. hautajaisten jälkeen, n. 3–4 vk)
- Kaikissa tapauksissa omaishoitajalle toimitetaan päätös omaishoitajuuden päättymisestä ja kirjallista informaatiota kunnan, järjestöjen ja seurakuntien järjestämästä tuesta ja palveluista.

Omaishoitajan kanssa läpikäytävät sisällöt / teemat:

- Osanotot luopuneelle omaishoitajalle (omaishoidettavan menehtyessä)
- Oma jaksaminen, ohjaus mahdollisesti lääkäriin / psykiatrinen sairaanhoitaja
- Läheiset, tukiverkosto, esim. hyödyntämällä sosiaaliverkostokarttaa
- Miten kunta voi tukea ja palveluohjaus
- Käydään läpi, kuinka omaishoito päättyy virallisesti:
 - Lain mukaan
 - Päätös omaishoidontuen lopettamisesta
- Taloudelliset asiat ym.
 - Sosiaalityöntekijä: ohjaus hakemuksiin ym. liittyen
- Lähetetään postia kotiin, jos ei tehdä kotikäyntiä
 - Viranhaltijapäätös
 - Tieto matalan kynnyksen palveluista

- Oman alueen palveluopas tms.
- Ohjaus vertaistukiryhmiin: omaishoidon ryhmät / tapaamiset, alueen sururyhmät (huom. mahdolliset vaatimukset ryhmään, esimerkiksi yhden vuoden kuluttua menetyksestä), alueen järjestötoimijat, sairauskohtaiset järjestöt / yhdistykset, seurakunta, muut alueen toimijat

Linkit

[🔗 Laki omaishoidon tuesta](#)

Omaishoidon tuen lakisääteiset vapaat

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Hoitajalla on oikeus pitää lakisääteistä vapaata kolme vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. (Aluehallitus 8.11.2022, 329§). HUOM! Omaishoidon tuen toimintaohjeen mukaan: Hyvinvointialueen kanssa omaishoidon tuen sopimuksen tehneellä omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta kalenterikuukautta kohti

Lakisääteisen vapaan pitäminen ei vähennä hoitopalkkion määrää. Asiakasmaksu lakisääteisen vapaan aikana määräytyy voimassa olevan asiakasmaksulainsäädännön mukaan (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992). Omaishoidettavalta ei peritä asiakasmaksua hoitajan lakisääteisen vapaan aikana (Aluevaltuuston päätös 23.11.2022, 137§).

Omaishoitajan lakisääteinen vapaan aikaisen hoidon järjestämisen vaihtoehtoina ovat:

- lyhytaikainen hoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa
- sijaishoito
- kotiin annettava palvelu
- lyhytaikainen perhehoito
- lisäksi lyhytaikainen yhteisöllinen asuminen, lyhytaikainen laitoshoido

Omaishoidontuen toimintaohjeessa on määritelty lakisääteisten vapaapäivien pitämisestä, jaksottamisesta ja vapaiden järjestelyistä.

Laki- ja harkinnanvaraisten vapaapäivien käyttö kirjataan ja käyttöä seurataan hyvinvointialueella OIMA-palvelun kautta.

Aluehallitus 18.4.2023 §167 Varhan ohjeet omaishoitajien lakisääteisten vapaiden käyttöön ja sijaishoitajien palkkion maksuun.

Omaistaan tai läheistään hoitavan henkilön vapaan aikaiset palvelut (Sosiaalihuoltolaki 27b §)

- Hyvinvointialue voi tarvittaessa järjestää tuen tarpeessa olevan henkilön päivittäin sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle tai läheiselle vapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita.

- Säännös koskee käytännössä niitä henkilöitä, jotka täyttävät kriteerit omaishoitosopimuksen tekemiselle, mutta jotka eivät syystä tai toisesta ole tehneet sopimusta. Vapaan tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää omaistaan tai läheistään hoitavan henkilön jaksamista.
- Vapaan edellytyksenä on hoidon sitovuuden ja hoitavan henkilön tuen tarpeen lisäksi se, että omaisen tai läheisen antama hoito ja huolenpito on kirjattu hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan
- Omaistaan tai läheistään hoitavan henkilön vapaan aikaisiin palveluihin ei ole subjektiivista oikeutta. Palvelu perustuu tarveharkintaan ja palvelua on tarjolla määrärahojen mukaan.

Linkit

[🔗](#) Aluevaltuusto 8/2022, Pöytäkirja 23.11.2022

[🔗](#) Aluehallitus 11/2023, Pöytäkirja 18.4.2023

[📁](#) Oima palvelu

[🔗](#) Sosiaalihuoltolaki

[🔗](#) Aluehallitus 8/2022, Pöytäkirja 8.11.2022

[🔗](#) Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Sijaishoito toimeksiantosopimuksella

Hyvinvointialue voi järjestää omaishoitajan lakisääteisen vapaanajaksi tarvittavansijaishoidon tekemällä omaishoidon tukea koskevassa laissa säädetty edellytykset täyttävänäyksi-ikäisen henkilön kanssa toimeksiantosopimuksen, jolla tämä sitoutuu ottamaan vastuunhoidettavasta hoitajan vapaiden aikana.

Omaishoidon tuen toimintaohjeessa määritellään sijaishoidon järjestelyistä toimeksiantosopimuksella

Palkkio on veronalaista tuloa.

Sijaishoitaja rinnastuu työoikeudellisen asemansa sekä eläke- ja tapaturmavakuutusturvan osalta omaishoitajaan (Lisätietoja Kuntaliiton www-sivut).

Omaishoidon tuen sijaishoitajien kulukorvaukset 1.1.2023 alkaen on päätetty Aluehallituksessa 10.1.2023

Varhalla on laadittu ohjeet omaishoitajien vapaien käyttöön ja sijaishoitajien palkkioiden maksuun, lisätietoja Aluehallitus 18.4.2023 §167.

Linkit

[📄](#) Omaishoitajan sijaishoitajan toimeksiantosopimus

[🔗](#) Kuntaliitto: läkkäiden palvelut Omaishoito

[🔗](#) Aluehallitus 1/2023, Pöytäkirja 10.1.2023

[🔗](#) Aluehallitus 11/2023, Pöytäkirja 18.4.2023

[🔗](#) Aluehallitus 16/2023, Pöytäkirja 20.6.2023

Omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut

Laki omaishoidon tuesta määrittelee omaishoitajan hoitotehtävää tukevia palveluita (3a §). Hyvinvointialueen on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle valmennusta ja koulutusta hoitotehtävää varten.

Lisäksi hyvinvointialueen on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hänen hyvinvointiaan ja hoitotehtäväänsä tukevia sosiaali- ja terveystarkastuksia.

Hyvinvointi- ja terveystarkastukset ovat maksuttomia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain (734/1992) 5 § 1 kohdan perusteella.

Hyvinvointi- ja terveystarkastusten tavoitteena on omaishoitajien hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen ja edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja tunnistaminen. Tarkastuksella tavoitellaan ongelmien tunnistamista ja hoitamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Samalla omaishoitajaa tuetaan tekemään hänen omaa terveyttään ja hyvinvointiaan edistäviä valintoja. (Sosiaali- ja terveystarkastusten kuntainfo 2015.)

Omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua hyvinvoinnin, terveydentilan ja toimintakyvyn tarkastusta sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä ja neuvontaa. Omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksen tekee terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on perehtynyt omaishoitoon liittyviin erityiskysymyksiin, kuten terveydenhoitaja. (Sosiaali- ja terveystarkastusten kuntainfo 2015.)

Mahdollisuutta osallistua vapaaehtoiseen hyvinvointi- ja terveystarkastukseen tiedotetaan säännöllisesti omaishoitosuhteen ajan sopimus- ja seurantakäynneillä. Omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukseen voi ilmoittautua omaishoidon palvelujen työntekijän välityksellä.

Hyvinvointi- ja terveystarkastukseen eivät ole oikeutettuja omaishoitajat, jotka ovat työterveyshuollon piirissä tai joille on myönnetty lyhytaikainen omaishoito (Sosiaali- ja terveystarkastusten kuntainfo 2015).

Linkit

[Sosiaali- ja terveystarkastusten kuntainfo 2015](#)

[Laki omaishoidon tuesta](#)

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista](#)

Asiakasmaksut

Varhan asiakasmaksut ja asiakasmaksuopas on julkaistu Varhan www-sivuilla.

Asiakasmaksut ovat samat kaikille asiakkaille riippumatta omaishoidon tuen asiakkuudesta. Omaishoitajan vapaan aikaisista palveluista (lakisääteiset vapaat) ei peritä maksua.

Hyvinvointialueen omaishoidettavalle ja omaishoitajalle järjestämistä palveluista peritään maksut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) ja asetuksen (912/1992) sekä hyvinvointialueen vahvistamien taksojen mukaisesti.

Linkit

[Asiakasmaksut, Varha](#)

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista](#)

[Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista](#)

Lähteet

Lähteet:

Aluehallitus 8.11.2022 329 §, liite 1. Omaishoidon myöntämisperusteet ja hoitopalkkioluokat 1.1.2023 alkaen Varsinais-Suomen hyvinvointialueen alueella. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [fileshow \(tweb.fi\)](#)

Aluehallitus 8.11.2022, § 329. Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja hoitopalkkioluokat 1.1.2023 alkaen Varsinais-Suomen hyvinvointialueella (Selostus). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja hoitopalkkioluokat 1.1.2023 alkaen Varsinais-Suomen hyvinvointialueella \(tweb.fi\)](#)

Aluehallitus 8.11.2022, § 330. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaalipalveluiden palvelukuvaukset ja palveluiden myöntämisen kriteerit. Liite 4. Ikääntyneiden palveluiden palvelukuvaukset ja myöntämisperusteet. Internet-sivut (luettu 16.12.2022): [fileshow \(tweb.fi\)](#)

Aluehallitus 20.6.2023, § 251. Omaishoidon tuen toimintaohje Varsinais-Suomen hyvinvointialueella 1.1.2023 alkaen. Liite 1 Omaishoidon tuen toimintaohje. Internet-sivu (luettu 17.8.2023) [fileshow \(triplancloud.fi\)](#)

Hallintolaki 434/2003. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Hallintolaki 434/2003 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Julkisten alojen eläkelaki 81/2016. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Julkisten alojen eläkelaki 81/2016 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

KomPASSi-hankkeessa luodut materiaalit: Asiakasneuvonnan ja ohjauksen sekä palvelutarpeen arvioinnin KomPASSi-mallin käsikirja, Omaishoidon kehittämisen käsikirja -KomPASSi

Kuntaliitto 2022. Omaishoito. Päivitetty 11.1.2022. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Omaishoito | Kuntaliitto.fi](#)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (vanhuspalvelulaki 980/2012). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn... 980/2012 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa (808/2019). Internet-sivu (luettu 19.12.2022): [Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa 808/2019 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Laki omaishoidon tuesta (937/2005). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki omaishoidon tuesta 937/2005 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 607/2022. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 607/2022 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 734/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 612/2021 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja... 812/2000 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (vammaispalvelulaki 380/1987). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä... 380/1987 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Mielenterveyslaki (1116/1990). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Mielenterveyslaki 1116/1990 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

RAIsoft. Arviointilomake. interRAI CA & HELSA arviointilomake. Fi-versio Fi2020.1.

RAIsoft. Käsikirja. InterRAI CA & HELSA käsikirja. Fi-versio2021.1 (päivitys 3.2.2022).

RAIsoft. Mittarikäsikirja. Versio 2.0 4.9.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2023. Omaishoito. Internet-sivu (luettu 5.12.2023) [Omaishoito - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Kuntainfo 2/2015, Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Kuntainfo: Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kuntainfo 6/2016, Omaishoitoa koskevaan lainsäädäntöön muutoksia 1.7.2016 alkaen. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Microsoft Word - Kuntainfo_6-2016_verkkoon.rtf \(stm.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Kuntainfo 2.12.2022, Omaishoidon tuen hoitopalkkiot 2023. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Omaishoidon tuen hoitopalkkiot 2023 - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2022 a. Omaishoidon hoitopalkkio. Päivitetty 20.4.2022. Internet-sivu (Luettu 16.12.2022): [Omaishoidon hoitopalkkio - THL](#)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022 b. Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma. Päivitetty 17.5.2022. Internet-sivu (luettu 19.12.2022): [Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma - THL](#)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Terveydenhuoltolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Työntekijän eläkelaki (395/2006). Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Työntekijän eläkelaki 395/2006 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Työsopimuslaki 55/2001. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Työsopimuslaki 55/2001 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Työtapaturma ja ammattitautilaki 459/2015. Internet-sivu (luettu 16.12.2022): [Työtapaturma- ja ammattitautilaki 459/2015 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Kuvaliitteet

