

**Asiakkaan perustiedot**

pvm.

Asiakkaan nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Lähiomainen: \_\_\_\_\_

Lähiomaisen yhteystiedot: \_\_\_\_\_

**Siviilisäätty**  Avio-/ avoliitto  
 Naimaton  
 Leski, vuodesta \_\_\_\_\_  
 Eronnut

**Käyttö- ja asiointikieli**  suomi  
 pohjoissaame  
 inarinsaame  
 kolttasaame  
 muu, mikä \_\_\_\_\_

**RR:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pulssi:** \_\_\_\_\_  
tunnustele ranteesta!

**Paino:** \_\_\_\_\_

**Asuminen ja elinympäristö**

**1. Asuinpaikkanne?**

- Ivalo (Ivalo, Koppelo, Törmänen, Kuttura, Kevjäjärvi, Akujärvi, Veskoniemi)  
 Inari (kirkonkylä, Riutula, Angeli, Sikovuono, Kaamanen, Väylä, Solojärvi, Menesjärvi, Lemmenjoki, Repojoiki, Lisma)  
 Nellim (Nellim, Mustola, Virtaniemi)  
 Sevettijärvi (Sevettijärvi, Näätämo. Partakko)  
 Muualla, missä \_\_\_\_\_

**2. Miten asutte?**

- yksin  
 puolison kanssa  
 jonkun muun kanssa, kenen \_\_\_\_\_



**3. Asuntonne on?**  omakotitalo  
 rivitalo  
 kerrostalo/ pienkerrostalo hissi:  on  ei ole  
 joku muu, mikä \_\_\_\_\_

**4. Asunnon varustelu?**  wc, ulkona  sauna, ulkona  suihku  
 wc, sisällä  sauna, sisällä  kylpyamme  
 viemäri  lämmin vesi  portaat

**5. Asunnon lämmitysmuoto?**  sähkö  
 kaukolämpö  
 ilmalämpöpumppu  
 puu  
onko tarvetta puuhuollolle?  ei  
 kyllä, millaista:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoon?**  hyvin tyytyväinen  
 melko tyytyväinen  
 melko tyytymätön  
 hyvin tyytymätön

## Terveys

**7. Onko terveytenne yleisesti ottaen?**  hyvä  
 melko hyvä  
 keskitasoinen  
 melko huono  
 huono

**8. Millainen terveytenne on nyt edellisvuoteen verrattuna?**  parempi kuin vuosi sitten  
 suunnilleen samanlainen kuin vuosi sitten  
 huonompi kuin vuosi sitten

**9. Onko teillä jokin sairaus, vaiva, vamma tai kipu, joka haittaa toimintakykyänne tai huolestuttaa teitä?**

ei  
 kyllä. Mikä? Miten se haittaa?



**10. Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti?**

- En käytä lääkkeitä säännöllisesti.  
 Kyllä, käytän lääkkeitä säännöllisesti.

Mitä lääkkeitä? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Onko teillä ollut vaikeuksia lääkkeenotossa?**

- ei  
 kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Jos on monta eri lääkettä, milloin lääkitys on tarkistettu viimeksi? Onko ongelmana reseptien uusiminen tai lääkkeiden ottamisen muistaminen?*

*→ lääkitys tarkistetaan, tehdään asiakkaalle ajantasainen lääkityslista, tarvittaessa ohjaus terveydenhoitajan vastaanotolle tai kotisairaanhoidoon*

**12. Nukutteko yleensä hyvin?**

- kyllä  
 kyllä, unilääkkeen kanssa  
 en, millaisia univaikeuksia teillä on? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Onko nukkumisessa tapahtunut muutoksia viimeisen 6 kuukauden aikana? Jos, niin mitä?*

**13. Onko ruokahalunne yleensä hyvä?**

- kyllä  
 ei, miksi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Onko ruokahalussa tai ruokailussa tapahtunut muutosta viimeisen 6 kuukauden aikana? Jos, niin mitä? Onko painossa tapahtunut muutosta viimeisen 6 kuukauden aikana?*

**14. Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?**

- kyllä yleensä. (Mitä?) \_\_\_\_\_  
 en yleensä, miksi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Syöttekö viikoittain kalaa ja päivittäin vihanneksia, hedelmiä tai marjoja sekä ruisleipää ja maitotuotteita → Tarvittaessa ohjaus terveydenhoitajan vastaanotolle (MNA-testi)*





**20. Onko teillä huolta hampaiden tai proteesien kunnosta tai suun terveydestä?**

- ei  
 kyllä, millaista? \_\_\_\_\_

*Tee kartoittavia kysymyksiä: Onko teillä proteesit? Käytättekö niitä? Onko suussa kipuja? Painaako proteesit? Onko suu kuiva? Pystyttekö hyvin syömään? Haluaisitteko vielä saada proteesit? Nykyisin hampaiden/ suun kunnan tarkastusväli on yksilöllinen. Suun kunnan tarkastaminen voi olla tärkeää vaikka on proteesit. Kiinnitä huomiota, ovatko suupielet rikki tai alaspäin jolloin purenta voi olla matala, proteesit voivat olla väljät, suu voi olla kuiva, sienen mahdollisuus?  
→ Jos on vaivaa, mitä tahansa tai edellisestä tarkastuksesta on kulunut yli 5 vuotta: ohjataan hammashoitolaan/ annetaan yhteystiedot ajan varaamiseksi  
→ Annetaan tarvittaessa esite: ”Suun hoitoa ikäihmiselle”*

**21. Oletteko käyneet lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana?**

- en  
 kyllä. Montako kertaa? \_\_\_\_\_

Miksi? \_\_\_\_\_

*→ Jos edellisestä lääkärikäynnistä on yli 12 kuukautta tai jos on tiheitä epämääräisiä lääkärikäyntejä ohjataan varaamaan aika/annetaan aika terveydenhoitajan vastaanotolle*

**Toimintakyky; muisti, mieliala ja osallisuus**

*Kysymykset 22 – 26 tarkastellaan kokonaisuutena, huomioi omat havainnot.*

*→ Huolen herätessä annetaan aika terveydenhoitajalle jatkotutkimuksia varten (MMSE/ Cerad tai MMSE + GDS – 15 jne.*

*→ Palveluohjaus*

**22. Oletteko itse tai joku läheinen ollut huolissaan muistinne liittyvistä asioista?**

- ei  
 kyllä

*Keskustelussa: Kuka on ollut huolissaan, onko keskusteltu tarkemmista tutkimuksista? Sujuuko teiltä lukeminen ja laskeminen vaikeuksista? Saatteko yleensä puhuen tai kirjoittaen sanotuksi toiselle ihmiselle, mitä haluatte sanoa? Tunnetteko itsenne epävarmaksi liikkeussanne kodin ulkopuolella?*

**23. Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissanne mielenkiinnon puutteesta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?**

- en  
 kyllä



- 24. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?**  en  
 kyllä, joskus  
 kyllä, usein

**25. Onko teillä joku läheinen ihminen jonka kanssa voitte keskustella luottamuksellisesti kaikista tai lähes kaikista asioista?**

- kyllä, riittävästi  
 ei riittävästi

**26. Kuulutteko johonkin harrastusryhmään?**

- kyllä, mihin \_\_\_\_\_

- en, miksi \_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Millaisia harrastuksia teillä on (esim. kyläily, seurakunnan toiminta, kirkossa käynti, liikuntaryhmä, kuoro tai lukeminen)? Oletteko vähentänyt viime aikoina teille aikaisemmin tärkeitä toimintoja? Olisiko teillä kiinnostusta osallistua enemmänkin harrastustoimintaan tai muihin kodin ulkopuolisiin tilaisuuksiin? Tiedättekö paikkakunnallanne olevista mahdollisuuksista?*

**Liikkumiskyky ja kaatumisalttius, kodin turvallisuus ja mahdolliset muutostyöt**

**27. Kuinka usein harrastatte liikuntaa?**

Esim. vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä, hiihtoa, tanssia, uintia tai muuta kestävyyttä lisäävää liikuntaan, joka voi olla myös hyötyliikuntaa (portaissa kulkeminen, pihatyöt, sienestys, marjan poiminta). Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.

- 4 kertaa viikossa tai useammin  
 2 – 3 kertaa viikossa  
 satunnaisesti/ en juuri lainkaan, syy \_\_\_\_\_

- 28. Ulkoiletteko päivittäin?**  joka päivä/ lähes joka päivä  
 joka viikko  
 harvemmin

**29. Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä apuvälineillä tai ilman?**

1.  pystyn siihen vaikeuksitta  
2.  pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran  
3.  pystyn siihen, mutta se on minulle vaikeaa  
4.  en pysty siihen lainkaan



Vastaukset 2,3,4 → kartoitetaan: Miksi on vaikeuksia liikkumisessa? Sairaudet esim. SVT/ Aso, väsyminen, kaatumispelko, hengästyminen? Kirjataan vastaukset ja sovitaan kuntouttavan lähihoitajan yhteydenotto tapaamista varten

**30. Oletteko kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana?**  en  
 kyllä

Vastaus kyllä → kartoitetaan: Missä? Ulkona, sisällä? Miten usein? Loukkaannuitteko, miten? Kirjataan vastaukset ja sovitaan kuntouttavan lähihoitajan yhteydenotto tapaamista varten

**31. Pelkäätekö kaatumista, huolestuttaako kaatuminen teitä?**  en lainkaan  
 jonkin verran  
 hyvin paljon

Jos huolta, pelkoa → kartoitetaan miksi? Kirjataan vastaukset ja sovitaan tarvittaessa kuntouttavan lähihoitajan yhteydenotto tapaamista varten

**32. Käytättekö apuvälineitä?**

Esim. kävelykeppi, rollaattori, pyörätuoli, turvapuhelin, turvaranneke, näön ja kuulon apuvälineet, tukitangot ja kaiteet, ruokailun tai peseytymisen apuvälineet.

en  
 kyllä, mitä \_\_\_\_\_

*Kartoitus: Onko tarvetta saada jokin apuväline? Haluatteko lisää tietoa apuvälineistä tai kodin muutostöistä? Esim. kynnyksen poisto, tukikaiteiden asennus, liuska portaan viereen, valaistuksen parantaminen, ovien levennys?*

→ Ohjataan tarvittaessa apuvälinearvioon fysioterapiaan tai kuntouttavan lähihoitajan arvio silloin kun hän tekee kotikäynnin fyysisen toimintakyvyn tukemiseksi

**33. Miten liikutte?**  ajan itse autoa  
 läheinen tai joku muu kuljettaa  
 taksilla  
 julkisilla kulkuvälineillä  
 kotipalveluautolla  
 muuten, miten \_\_\_\_\_

*Keskustelussa: Onko teillä ollut vaikeuksia autolla ajamisessa? Oletteko aikonut uusia ajokortin?*

**34. Koetteko elämänne turvalliseksi?**  kyllä  
 en, miksi \_\_\_\_\_

*Jos turvattomuutta, selvitetään syy, tuetaan turvallisuuden tunteen saavuttamisessa. Onko väkivallan/ kaltoinkohtelun uhkaa? Onko tarvetta turvapuhelimelle?*

→ Annetaan kotitapaturmien tarkistuslista jos ei aihetta kuntouttavan lähihoitajan kotikäynnille



→ Jos kuntouttava lähihoitaja tekee kotikäynnin, hän käy kotitapaturmien tarkistuslistan läpi yhdessä asiakkaan kanssa

## Suoriutuminen arkitoimista ja palveluista tiedottaminen

### 35. Selviyttekö omin voimin seuraavista toiminnoista?

1. Pystyn siihen vaikeuksista
2. Pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran
3. Pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa
4. En pysty siihen lainkaan

1. Henkilökohtainen hygienia (hiusten pesu, hampaiden pesu)	1	2	3	4
2. Ruokakaupassa käynti	1	2	3	4
3. Ruoan valmistus	1	2	3	4
4. Kevyehköt kotityöt (tiskaus, pyykinpesu, imurointi)	1	2	3	4
5. Raskaat kotityöt (ikkunoiden pesu, petivaatteiden tuuletus, mattojen pudistelu, puulämmitys)	1	2	3	4
6. Pienet kodin korjaustyöt (lampun vaihto, sulakkeet, palovaroittimen patterit)	1	2	3	4
7. Päivittäisten raha-asioiden hoitaminen (laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	1	2	3	4
8. Paperiasiat (lomakkeiden täyttö, etuuksien haku)	1	2	3	4
9. Puhelimen käyttö	1	2	3	4
10. Sähköisten palveluiden käyttö (tietokone, netti)	1	2	3	4

### 36. Jos ette selviydy edellä mainituista toiminnoista, saatteko apua tarvittaessa?

- kyllä, riittävästi  
 en riittävästi

*Keskustelussa: Kuka auttaa? Miten pääsette kauppaan? Ostatteko jotain palveluita (siivous, ateriapalvelu)?*

### 37. Jos vointinne heikkenee, onko teillä joku joka voi auttaa teitä päivittäisissä toimissanne?

- kyllä  
 ei

*Keskustelussa: Mistä palveluista haluaisitte lisätietoa? Mistä tietoa saa? Kenen puoleen voi kääntyä?*





→ **Palveluohjaus.** Kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista ja ohjataan asiakas tarpeen mukaan palveluiden piiriin. Palveluista tiedotetaan ikääntyneelle sopivalla tavalla. Liian suuri tietotulva samalla kertaa saattaa estää tärkeidenkin asioiden mieleen jäämisen. Kotikäynnillä jätetään ikääntyneelle palveluopas, esitteitä tai muuta kirjallista tietoa tarjolla olevista palveluista.

**38. Toimitteko omaishoitajana?**

en

kyllä, kenelle? \_\_\_\_\_

**39. Oletteko omaishoidettava?**

en

kyllä, kuka hoitaa? \_\_\_\_\_

**40. Saatteko eläkkeensaajan hoitotukea, asumistukea tai omaishoidontukea?**

ei tarvetta tällä hetkellä

kyllä saan

en saa, tuki/ tuet puuttuvat

**41. Riittävätkö tulonne elämiseen kun otatte huomioon kaikki saamanne tulot ja tuet?**

hyvin kaikissa tilanteissa

hyvin kun on tarkka ja seuraa tuloja ja menoja

äkilliset suuret laskut horjuttavat taloutta

huonosti, jatkuvasti on tiukkaa

hyvin huonosti, perustarvikkeiden tai lääkkeiden ostaminen on ajoittain vaikeaa

→ *Tarvittaessa ohjaus vanhussosiaalityöntekijälle*

**42. Mitä terveisiä haluatte esittää kunnalle? Pyydetään asiakasta kirjoittamaan vapaasti tähän.**

---

---

---

---

---

---

---

---

*Kiitos vastauksistanne!*

