

## Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ikääntyneille

Kunnan nimi/kuntakoodi \_\_\_\_\_  
Asiakasnumero \_\_\_\_\_  
Nimi \_\_\_\_\_  
Syntymävuosi \_\_\_\_\_  
Sukupuoli  nainen  mies  
Osoite \_\_\_\_\_  
Puhelin \_\_\_\_\_  
Sähköposti \_\_\_\_\_

### Suostumus tietojen luovuttamiseen

Suostun siihen, että

- sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen niin edellyttäessä haastattelija voi ottaa yhteyttä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. omalääkäri tai sosiaalityöntekijä)

ja että

- tällä kotikäynnillä lomakkeelle kirjattuja tietoja voidaan tarvittaessa siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä \_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Kuntaliiton haastattelulomake hyvinvointia edistäville kotikäynneille uudistettiin 2013. Haastattelulomaketta käytetään hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä keskustelun tukena. Lomake on mahdollista lähettää ikääntyneelle myös etukäteen. Lomake sisältää seuraavat aihealueet:

- A Taustatietoa
- B Terveys
- C Toimintakyky
- D Asuminen ja elinympäristö
- E Palveluista tiedottaminen
- F Omat tavoitteet ja oma hyvinvointisuunnitelma
- G Yhteenveto, johtopäätökset sekä jatkosuunnitelmat

Liite 1. Toimintakyvyn kartoitus ja liikkumiskyvyn testaus

Liite 2. Tarkistuslista tapaturmien ehkäisemiseksi

Tutustu ennen kotikäyntiä 'tiedoksi tekijöille' -osaan, josta löydät taustatietoa ja perusteluja haastattelulomakkeen kysymyksiin. Valitse ympäröimällä haastattelulomakkeen kysymyksiä sopiva vaihtoehto.

---

## A Taustatietoa

### A 1 Nykyinen siviilisäätö

- 1 Avio-/avoliitto
- 2 Naimaton
- 3 Leski (vuodesta) \_\_\_\_\_
- 4 Eronnut

### A 2 Miten asutte?

- 1 Yksin
- 2 Puolison/kumppanin tai jonkun muun kanssa

### A 3 Asuntonne on

- 1 Omakotitalo tai vastaava
- 2 Kerrostalo, hissi
- 3 Kerrostalo, ei hissiä

Keskustellaan lisäksi muista aiheista, joita ei ole tarkoitus kirjata dokumentoitavaksi esim. potilasasiakirjoihin (esimerkiksi työhistoria, sukulaiset ja ystävät). Näitä koskeva keskustelu syventää haastattelijan kuvaa ikääntyneestä ja luo pohjaa yhteiselle vuorovaikutukselle. Jos tietoja kerätään kuntasuunnittelua varten, kysytään ja dokumentoidaan tarvittavat tiedot.

---

## B Terveys

### B 4 Onko terveytenne yleisesti ottaen

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskitasoinen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

### B 5 Millainen terveydentilanne on nyt edellisvuoteen verrattuna?

- 1 Paljon parempi kuin vuosi sitten
- 2 Jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
- 3 Suunnilleen samanlainen kuin vuosi sitten
- 4 Jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
- 5 Paljon huonompi kuin vuosi sitten

### B 6 Onko Teillä jokin pitkäaikainen vaiva, sairaus, vamma tai kipu, joka haittaa toimintakykyänne?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mikä ja miten se haittaa \_\_\_\_\_

---

Keskustelussa voidaan harkinnan mukaan ottaa esiin esim. pidätysongelmat, rakon/suolen toiminta.

**B 7 Huolestuttaako Teitä jokin terveydentilassanne?**

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mikä

**B 8 Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti?**

- 1 En käytä lääkkeitä säännöllisesti.
- 2 Kyllä, käytän säännöllisesti lääkkeitä (mihin vaivaan) \_\_\_\_\_
- 3 Onko Teillä ollut ongelmia lääkkeiden kanssa? Jos, niin millaisia?  
\_\_\_\_\_

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

**B 9 Nukutteko yleensä hyvin?**

- 1 Kyllä
- 2 Kyllä, unilääkkeen kanssa
- 3 En, millaisia univaikeuksia Teillä on?  
\_\_\_\_\_

Keskustelussa: Onko nukkumisessa tapahtunut muutosta viimeisen 6 kk aikana? Jos, niin mitä?  
\_\_\_\_\_

**B 10 Onko ruokahalunne yleensä hyvä?**

- 1 Kyllä
- 2 Ei, miksi  
\_\_\_\_\_

Keskustelussa: Onko ruokahalussa tai ruokailussa tapahtunut muutosta viimeisen 6 kk aikana? Jos, niin mitä? Onko painossa tapahtunut muutosta viimeisen 6 kk aikana?  
\_\_\_\_\_

**B 11 Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?**

- 1 Kyllä yleensä
- 2 En yleensä, miksi?  
\_\_\_\_\_

Keskustelussa: Syöttekö viikoittain kalaa ja päivittäin vihanneksia, hedelmiä tai marjoja sekä ruisleipää ja maitotuotteita?  
\_\_\_\_\_

**B 12 Kuinka usein käytätte alkoholia?**

- 1 En koskaan
- 2 Kuukausittain tai harvemmin
- 3 Viikoittain
- 4 Päivittäin

Keskustelussa: Juotteko usein yli kaksi annosta kerralla (yksi annos lasillinen viiniä, pullo olutta tai yksi paukku väkeviä)? Haluaisitteko vähentää alkoholin käyttöä? Onko alkoholin käytössä tapahtunut muutosta?

**B 13 Poltatteko tupakkaa?**

- 1 En ole koskaan tupakoinut
- 2 En tupakoi nykyisin
- 3 Kyllä satunnaisesti
- 4 Kyllä päivittäin

Keskustelussa: Mitä tupakointi Teille merkitsee? Onko tupakoinnissanne tapahtunut muutosta? Oletteko yrittänyt lopettaa? Onko joku henkilö kehottanut Teitä lopettamaan?

**B 14 Onko näköenne heikentynyt?**

- 1 Ei
- 2 Kyllä, onko haittaa päivittäiseen elämäänne?

**B 15 Onko kuulonne heikentynyt?**

- 1 Ei
- 2 Kyllä, onko haittaa päivittäiseen elämäänne?

**B 16 Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana olette käynyt**

- |   |   |              |
|---|---|--------------|
| 1 | Lääkärin vastaanotolla<br>(sairaala- ja pkl-käynnit lasketaan mukaan) | _____ kertaa |
| 2 | Hammaslääkärin vastaanotolla  | _____ kertaa |
| 3 | Suuhygienistillä  | _____ kertaa |
| 4 | Terveysten-, sairaanhoitajan vastaanotolla                            | _____ kertaa |
| 5 | Jalkahoitajalla   | _____ kertaa |
| 6 | Fysioterapeutilla   | _____ kertaa |
| 7 | Muun sosiaali- ja terveydenhuollon<br>ammattilaisen luona? Kenen?     | _____ kertaa |

Keskustelussa: Oletteko ollut tyytyväinen saamiinne palveluihin? Oletteko saanut sen avun, mitä tarvitsitte? Tarvitsetteko enemmän edellä lueteltuja tai muita sosiaali- ja terveyspalveluja?

## C Toimintakyky

### Liikkumiskyky ja kaatumisalttius

Liite 1: Liikkumiskyvyn testaaminen

#### C 17 Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?

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

#### C 18 Kykenettekö nousemaan portaita levähtämättä yhden kerrosvälin?

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

#### C 19 Oletteko kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana (6 kk)?

- 1 En
- 2 Kyllä, missä (ulkona, sisällä, miten usein)

---

Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne, miten?

---

#### C 20 Pelkäätekö kaatumista, huolestuttaako kaatuminen Teitä?

- 1 En lainkaan
- 2 Jonkin verran
- 3 Hyvin paljon

Keskustelussa: Oletteko vähentänyt liikkumista sen vuoksi, että pelkääte kaatuvan? Oletteko vähentänyt kävelemistä tai portaiden nousua terveydentilanne tai kuntonne heikentymisen takia? Tunnetteko väsyväne kävellessänne tai portaita noustessanne?

---

#### C 21 Kuinka usein liikutte tai harrastatte liikuntaa?

Esimerkiksi vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä, hiihtoa, tanssia, uintia tai muuta kestävyyttä lisäävää liikuntaa, joka voi olla myös hyötyliikuntaa (portaissa kulkeminen, pihatyöt, sienestys, marjanpaiminta)? Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.

- 1 4 kertaa viikossa tai useammin
  - 2 2-3 kertaa viikossa
  - 3 Satunnaisesti, en juuri lainkaan, syy
-

**C 22 Teettekö säännöllisesti harjoituksia, jotka vahvistavat lihasvoimaa ja tasapainoa? Esimerkiksi vähintään puoli tuntia kuntosaliharjoittelua, voimistelua, vesivoimistelua tai muuta jumppaa.**

- 1 2 kertaa viikossa tai useammin
  - 2 Kerran viikossa
  - 3 Satunnaisesti, en juuri lainkaan, syy
- 

Keskustelussa C21–C22: Onko tapahtunut muutosta liikkumisessanne tai liikuntamuodoissa viimeisen puolen vuoden (6 kk) aikana?

---

**C 23 Onko Teillä ajokortti?**

- 1 Kyllä
- 2 Ei

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

---

**Muisti, mieliala ja osallisuus**

(Kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky)

**C 24 Oletteko itse tai onko joku läheinen ollut huolissaan muistiinne liittyvistä asioista?**

- 1 Ei
- 2 Kyllä

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

---

**C 25 Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissanne tuntemastanne alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?**

- 1 En
- 2 Kyllä

**C 26 Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissanne kokemastanne mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?**

- 1 En
- 2 Kyllä

**C 27 Onko Teillä joku tai joitakuita läheisiä ihmisiä, joiden kanssa voitte keskustella luottamuksellisesti kaikista tai lähes kaikista ongelmistanne?**

- 1 Kyllä, riittävästi
- 2 Ei riittävästi

**C 28 Onko Teillä joku, jolta saatte apua tai tukea sitä tarvitessanne?**

- 1 Kyllä, riittävästi
- 2 En riittävästi

**C 29 Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? Kärsittekö yksinäisyydestä?**

- 1 En
- 2 Kyllä, joskus
- 3 Kyllä, usein

**C 30 Koetteko elämäne turvalliseksi?**

- 1 Kyllä
  - 2 En, miksi
-

**C 31 Osallistuttekö johonkin harrastusryhmään**

(keskustelukerhoon, liikuntaryhmään, kuoroon, seurakunnan toimintaan yms.)?

- 1 Kyllä  
2 En, miksi
- 

Keskustelussa: Millaisia harrastuksia Teillä on (kyläily, seurakunnan toiminta, kirkossa käynti 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? Jos saatte apua ja tukea, kuinka tyytyväinen olette saamaanne apuun?

---

**Suoriutumisen arkitoimista****C 32 Selviydyttekö 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 patteri)	1	2	3	4
7	Päivittäisten raha-asioiden hoito (laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)	1	2	3	4
8	'Paperiasiat' (lomakkeiden täyttö, etuuksien haku ym.)	1	2	3	4
9	Sähköisten palvelujen käyttö (tietokone, netti, kännykkä)	1	2	3	4

Keskustelussa: Esimerkiksi jos ette selviydy edellä mainituista toiminnoista, saatteko apua tarvittessanne? Miten pääsette kauppaan? Miten yleensä liikutte kodin ulkopuolella? Onko julkista liikennettä? Ostatteko joitain palveluita (siivous, ateriapalvelu)?

---

**C 33 Käytättekö apuvälineitä?**

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

- 1 Ei  
2 Kyllä, mitä
- 

Keskustelussa: Onko Teillä tarvetta saada jokin apuväline? Haluatteko lisää tietoa apuvälineistä?

---



---

## D Asuminen ja elinympäristö

Elinympäristössä viihtyminen, sen turvallisuus ja esteettömyys, mahdollisuus tehdä muutoksia asuntoon, asumisen turvallisuus.

### D 34 Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoonne?

- 1 Hyvin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 Melko tyytymätön
- 4 Hyvin tyytymätön

Keskustelussa: Suurimmat ilonaiheenne nykyisessä kodissa ja elinympäristössä. Onko Teille tärkeitä esineitä, joista ette halua luopua? Onko muita asioita, joiden haluatte pysyvän ennallaan? Mitkä ovat suurimmat huolenaiheenne nykyisessä kodissa ja elinympäristössä? Mitä toiveita Teillä on koskien kotianne ja elinympäristöänne?

---

## Kodin turvallisuus ja mahdolliset muutostyöt

(Liite 2. Tarkistuslista tapaturmien ehkäisemiseksi)

### D 35 Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta kotona/ kodin ulkopuolella?

- 1 En
  - 2 Kyllä, miten
- 

### D 36 Jos terveystilanteenne muuttuu, onko Teillä mahdollisuus tehdä pieniä elämistä helpottavia muutoksia asuinympäristöönnne?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

### D 37 Onko Teidän mahdollista pitää yllä tai jatkaa omaa elämäntapaanne tai elämäntyyliä ikääntyessänne?

- 1 Kyllä
  - 2 Ei, mikä on syynä?
- 

### D 38 Jos vointinne heikkenee, onko Teillä joku, joka voi auttaa Teitä päivittäisissä toimissanne?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

---

**D 39 Onko asuinalueellanne ja Teidän saavutettavissanne niitä palveluja, joita juuri Te tarvitsette?**

- 1 Kyllä
- 2 Ei, millaisia palveluja puuttuu?

---

Keskustelussa: Käydään läpi liitteen 2 tarkistuslistaa. Lisäksi: Onko kodissa tarvetta muutostöille ja korjauksille? Esimerkiksi kynnysten poisto, ammeen poisto, tukikaiteiden asennus, liuska portaiden tilalle/viereen, valaistuksen parantaminen, ovien levennys. Onko niiden tekeminen mahdollista? Millaisia mahdollisuuksia on saada apua ja tukea päivittäisiin toimiin?

---

**E Palveluista tiedottaminen**

Palveluista tiedotetaan ikääntyneelle sopivalla tavalla. Liian suuri tietotulva samalla kertaa saattaa estää tärkeidenkin asioiden mieleen jäämisen. Ikääntyneelle kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista ja tarpeen mukaan ohjataan häntä palvelujen piiriin. Kotikäynnillä käydään läpi ja jätetään palveluesitteitä.

**E 40 Tarvitsetteko tietoa seuraavista asioista?**

- |  | Kyllä                    |
|--|--------------------------|
| 1 Asumistuki   | <input type="checkbox"/> |
| 2 Ateriapalvelut (kunta, yksityiset, järjestöt)                          | <input type="checkbox"/> |
| 3 Edunvalvontavaltuutus  | <input type="checkbox"/> |
| 4 Edunvalvoja  | <input type="checkbox"/> |
| 5 Eläkkeensaajan hoitotuki   | <input type="checkbox"/> |
| 6 Hoitotahto   | <input type="checkbox"/> |
| 7 Kotitaloustyön verovähennys  | <input type="checkbox"/> |
| 8 Kuljetuspalvelut, taksiseteli ym.                                      | <input type="checkbox"/> |
| 9 Omaishoidon tuki   | <input type="checkbox"/> |
| 10 Palveluseteli   | <input type="checkbox"/> |
| 11 Siivouspalvelut (kunta, yksityiset, järjestöt)                        | <input type="checkbox"/> |
| 12 Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut (kunta, yksityiset, järjestöt) | <input type="checkbox"/> |
| 13 Testamentin laatiminen  | <input type="checkbox"/> |
| 14 Toimeentulotuki   | <input type="checkbox"/> |
| 15 Terveystieteiden asiakasmaksukatto                                    | <input type="checkbox"/> |
| 16 Asunnon muutostyöt  | <input type="checkbox"/> |
| 17 Muu mahdollinen, josta tarvitsen lisätietoa                           | <input type="checkbox"/> |
- 

Keskustelussa: Mistä tietoa saa? Kenen puoleen voi kääntyä? Kotikäynnillä jätetään ikääntyneelle palveluopas, esitteitä tai muuta kirjallista tietoa tarjolla olevista palveluista.

---

**E 41 Millaista apua ja tukea haluatte, jotta voisitte asua kotona mahdollisimman tasapainoisesti?**

---

---

---

---

---

**E 42 Mitä terveisiä haluatte esittää kunnalle?**

---

---

---

---

## F Omat tavoitteet ja oma hyvinvointisuunnitelma

Ikääntyneen oma hyvinvointisuunnitelma kirjataan yhdessä kotikäynnin päätteeksi. Suunnitelma laaditaan erilliselle lomakkeelle (F osa), ja se jää ikääntyneelle itselleen. Sen toteutumisen seurannasta sovi-  
taan (esim. puhelinseuranta tms.).

1 Minulle tärkeitä asioita ovat...	2 Teen mielelläni seuraavia asioita (kuntosali, harrastus, matkat...)	
3 Tulen iloiseksi...	4 Pelkään ja huolestun...	
5 Jos en enää pysty asumaan nykyisessä kodissani, haluaisin asua...	6 Haluaisin olla mukana jossain toiminnassa, kuten seurakunta, vapaaehtoistyö, vanhusneuvosto, yhdistystoiminta...	
7 Mitä aion itse tehdä hyvän ikääntymisen eteen, miten huolehdin kunnostani...	8 Minkä avulla (varusteet, ihmiset) tunnen oloni turvalliseksi kotona...	
9 Oma hyvinvointisuunnitelmani ajalle xxx (liikkuminen, liikunta, harrastukset, kulttuuri ym.)		
Toimintojani	Kuinka usein, kenen kanssa, missä tms.	Miten toteutunut
Liikunta, liikkuminen		
Harrastukset ym.		
Muu, mitä		

## G Yhteenveto, johtopäätökset sekä jatkosuunnitelmat

Kotikäynnin keskustelusta ja haastattelusta tehdään aina yhteenveto, joka voidaan viedä potilas-/asiakasasiakirjoihin sellaisenaan tai tiivistettynä. Yhteenveto sisältää myös yhteisesti sovitut asiat ja palvelutarpeiden ennakkoinnin. Kirjallinen yhteenveto annetaan ikääntyneelle.

Haastateltavan nimi \_\_\_\_\_

ja puhelinnumero \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin suoritti \_\_\_\_\_

### Yhteinen arvio ikääntyneen tilanteesta ja suoriutumisesta lähitulevaisuudessa

	Ei toimenpiteitä	Tarvitaan tarkempaa seurantaa	Tarvetta palveluille on	Tarvitaan välitöntä "puuttumista"
Terveystilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoidon ja palvelujen tarve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimintakyky ja suoriutuminen arkitoimissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuminen ja elinympäristö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys (jos tarpeen)

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä
Apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omalääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eläkeläisjärjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iäkkäiden liikunta- tai muihin ryhmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotihoitoon, kotipalveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitajaan/kotisairaanhoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelutarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuhun tahoon, mihin \_\_\_\_\_

Lisäksi sovittiin, että kotikäynnin suorittaja/sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustaja

soittaa  ei soita

haastateltavalle noin kahden kuukauden kuluttua ja tiedustelee sovittujen asioiden toteutumisesta.