

Kotihoidon tai omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma/Asiakassuunnitelma

Kotihoidon/ omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen aloitetaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, jolloin täytetään voimavarakartoitus. Jos arvioinnin tuloksena aloitetaan kotihoidon palvelu, asiakkaan omahoitaja/ omaishoidosta vastaava henkilö laatii hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Palveluiden aloittamiseksi asiakasta pyydetään allekirjoittamaan suostumus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä sekä asiakasta koskevan tiedon kirjaamista ja tallentamista varten.

Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman rakenne (Effic)

1. Perustiedot

Perustietoihin lisätään voimavarakartoituksen tiedoista yhteenveto, jossa kirjattuna asiakkaan esitiedot, tulotilanne. Hoito- ja palvelusuunnitelman etulehdellä tulee näkyä omahoitaja/omaishoidosta vastaava tai suunnitelman laatija. Lisäksi pyydetään nimeämään asiakkaan lähiomainen tai asioitten hoitaja.

- Miten ja missä asuu, kenen kanssa, miten tai kuka hoitaa asioinnit, siivoukset, pyykit, muut palveluntuottajat
- Etuudet (hoitotuki, asumistuki, toimeentulotuki, kuljetuspalvelu)
- Apuvälineet, kodin muutostyöt, mahdollinen kuntoutus ja sen tavoitteet ja keinot
- Toimintakyky, päivittäisten toimintojen hoitaminen, ravitsemus, hygienia, lääkehoito, liikkuminen
- Sairaudet
- Aktiviteetit
- Terveysteen vaikuttavat tekijät esim. päihteet
- Aistitoiminnot
- Palveluntarve
- Käytetyt mittarit esim. TOIMIVA, RAVA, MMSE, MNA
- Avainboxin koodi

2.Tavoitteet/auttamismenetelmät

- Tavoitteisiin kirjataan aina asiakkaan oma tavoite ja hoitohenkilökunnan asiakkaan toimintakykyä tukeva tavoite. Missä asioissa asiakas suoriutuu itse ja missä tarvitsee tukea. Missä asioissa pärjäämisen ongelmat, joissa avustetaan.

Oulunkaaren kuntayhtymä - Hyvinvointia ihmistä lähellä

vaihde: (08) 587 561 00 | kirjaamo@oulunkaari.com | www.oulunkaari.com

- Kirjataan auttamismenetelmät, joilla päästää tavoitteisiin. Miten ja milloin, tarkasti mitä tehdään
- Myös asiakkaan omat keinot tavoitteisiin pääsemiseksi ja läheisten osallistuminen/sitoutuminen hoitoon.
- Kirjataan myös mahdolliset muiden palveluntuottajien palvelut ja auttamismenetelmät
- Mahdollinen lupa ilmaiseen hoitotarvikejakeluun
- Kirjataan omaishoidon osalta omaishoitajalle annettavan vapaan järjestäminen ja yhteyshenkilö omaishoidon asioissa.

3. Arviointi

Omaishoidon osalta päivitetään voimavarakartoitus ja hoito- ja palvelusuunnitelma vuosittain tai tarvittaessa. Kotihoidon palveluiden osalta omahoitaja päivittää voimavarakartoituksen ja hoito- ja palvelusuunnitelman 3 kk välein tai tarvittaessa. Myös kotihoidon työnjakaja voi päivittää akuutit muutokset.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja, joka täytyy olla ajantasainen. Arvioinnin yhteydessä voidaan versioda aikaisempia tekstejä, joiden sisältö ei ole ajantasainen. Sisältöä ei saa poistaa versioimatta vaan palveluita on voitava tarvittaessa tarkastella taaksepäin eri versioista.

Lisää arviointi -painikkeen avulla voidaan väliarvio siirtää kertomukseen ja e-arkistoon. Painike arkistoi automaattisesti kirjatun väliarvion.

Asiakas hyväksyy hoito- ja palvelusuunnitelman ja se toimitetaan kirjallisena. Palveluita avattaessa ensimmäistä kertaa asiakkaalta pyydetään hoito- ja palvelusitoumus, jossa hän antaa kirjallisen luvan tietojen käyttöön terveystietojen tietojärjestelmässä. Samalla asiakas voi nimetä henkilön, jolle tietoja voi luovuttaa esim. lähiomaisen.

Arvioidaan, edetäänkö tavoitteiden suuntaisesti sovituin välein.

- Onko tarvetta muutoksiin, vähentää, muuttaa tai lisätä palveluja
- Asiakkaan näkökulma ehdoton
- Kirjataan palveluiden päättäminen ja päättämisen peruste

4. Avaimet/tarvikkeet

Asiakkaan luovuttamat avaintiedot ja asiakkaalle myönnetyt hoitovälineet esim. haavan hoitovälineet voidaan tallettaa tähän kohtaan.