

Ohjekirja monialaiseen hoito- ja palvelutarpeen arviointiin

SOKK-hanke 2022



Sisällys

Monialaisen hoito- ja palvelutarpeen arviointi ja suunnitelman laatiminen.....	3
Monialaisen arvioinnin tausta ja merkitys	3
Monialaisen asiakastapaamisen kulku	4
Monialaisen hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö	5
1) Asiakkaan/potilaan elämäntilanne, tämänhetkiset palvelut ja esiin nostamat hoito- ja palvelutarpeet ...	6
2) Asiakkaan /potilaan ja ammattilaisten (opiskelijoiden) yhdessä tunnistamat tavoitteet.....	6
3) Asiakkaan/potilaan vahvuudet ja voimavarat	7
4) Suunnitelman toteutus ja keinot	7
5) Seuranta ja arviointi	8
6) Mahdolliset muut lisätiedot.....	8
Lähteet.....	9
Liite 1 Monialainen hoito- ja palvelusuunnitelma	10



Monialaisen hoito- ja palvelutarpeen arviointi ja suunnitelman laatiminen

Monialaisen arvioinnin tausta ja merkitys

Monialaisena yhteistyönä tehtävä hoito- ja palvelutarpeen arviointi vastaa [sosiaalihuoltolain](#) ja [terveydenhuoltolain](#) edellyttämää palvelun tai hoidon tarpeen arviointia. Jos kyseessä on iäkäs asiakas, yhteistyönä tehtävä arviointi vastaa myös [vanhuspalvelulaissa](#) esitettyyn velvoitteeseen palvelutarpeen selvittämisestä. Palvelutarpeen arvioinnin laajuudessa huomioidaan kaikkien näiden erillisten säännösten sisältämät velvoitteet. ([Jokinen, Lehmuskoski, Lohijoki & Ålander 2021.](#))

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Tiettyjen asiakasryhmien kohdalla palvelutarpeen arvioinnin aloittamiselle ja arvion valmistumiselle on asetettu määräaikoja eri säädöksissä. Yli 75-vuotiaan, ylintä hoitotukea saavan, erityisen tuen tarpeessa olevan tai vammaisen henkilön palvelutarvetta ja lastensuojelun tarvetta selvittäessä palvelutarpeen arviointi on sosiaalihuollossa aloitettava seitsemän arkipäivän kuluessa asian vireille tulosta. Lastensuojelun tarvetta selvittäessä tai tehtäessä palvelutarpeen arviota erityistä tukea tarvitsevalle lapselle, arvion on valmistuttava kolmen kuukauden kuluessa. Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä ensimmäisestä yhteydenotosta, jollei arviota ole voitu tehdä yhteydenoton aikana. ([Jokinen ym. 2021](#)).

Monialaisista palveluista hyötyvät erityisesti **paljon palveluja tarvitsevat eri palvelujen yhteisasiakkaat**. Palvelujen tarve saattaa liittyä eri terveyspalvelujen tarpeeseen (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon) mutta usein tarvetta on sekä terveys- että sosiaalipalveluihin ja näitä yhdistäviin palveluihin. Esimerkiksi yksinäisyys, turvattomuus, asunnottomuus tai työttömyys voivat olla taustalla toistuville päivystyskäynneille, vaikka oikea tuen paikka olisi jossain muualla. (Hujala & Lammintakanen 2018, 18.) Myös [Koiviston ja Tiiringin](#) (2020, 40) mukaan runsaan palvelujen käytön taustalla on niin terveydentilaan, toimintakykyyn kuin sosiaalisiin seikkoihin liittyviä tilanteita, joiden ratkomiseen tarvitaan sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluja. Molemmissa edellä mainituissa tutkimuksissa tuodaan esille, että pieni joukko – arviolta 10–20 prosenttia väestöstä – aiheuttaa suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Molemmat raportit toisaalta myös korostavat, että näiden ihmisten tarpeet kuitenkin eroavat merkittävästi toisistaan, eikä paljon palveluja tarvitsevia (yhteis)asiakkaita voida esittää yhtenäisenä asiakasryhmänä, joka jollain merkittäväällä tavalla poikkeaisi muista sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjistä (Hujala & Lammintakanen 2018, 17). Pikemminkin ryhmä näyttäytyy varsin heterogeenisenä esimerkiksi henkilöiden iän ja käytettyjen palveluiden perusteella. Huomionarvoista on, että paljon palveluja käyttävä ei ole automaattisesti monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitseva henkilö. Koivisto & Tiirinki (2020) määrittelevät **monialaisia palveluja käyttävän asiakkaan** henkilöksi, joka käyttää useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän palveluja. (Koivisto & Tiirinki 2020, 11-12, 36-40.)

Monialaisia palveluja tarvitseva asiakas tunnistetaan tyypillisimmin asiakasohjauksen vaiheessa, kun ammattilaisella herää huoli asiakkaan tilanteesta tai tämän palveluissa käyntimäärien huomataan olevan koholla (Koivisto & Tiirinki 2020, 42). Yhteisasiakkaiden tunnistamisen herätteitä



on muotoiltu Parempi Arki -tutkimushankkeessa (Oksman 2017). Tunnistamisen keinot voidaan Koiviston ja Tiiringin (2020) mukaan jakaa 1) yksittäisiin mittareihin tai indikaattoreihin, joita voidaan hyödyntää apuna asiakasohjauksessa tai esimerkiksi vastaanottotilanteessa selvitettäessä asiakkaan tilannetta; 2) tietojärjestelmiä hyödyntäviin keinoihin segmentoida asiakkaita sekä 3) yhteistyön tai työnjaon toimintamalleihin, joissa asiakkaan tarpeisiin perehtyvät tarkemmin erilaiset tiimit tai erikseen nimetyt vastuuhenkilöt, kuten palveluohjaajat. (Koivisto & Tiirinki 2020, 42).

Se, mitä asiakkaan kanssa tehdään, kun monialaisesta palvelujentarpeesta on herännyt huoli, riippuu organisaation toimintatavoista. Koiviston ja Tiiringin (2020, 43–55) tutkimuksen tulosten mukaan noin kolmanneksella suomalaisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista on käytössä jokin tai joitakin toimintamalleja tai työvälineitä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseksi. Kansallisesti käytössä oleva väline on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ylläpitämä [suuntima](#), jonka tavoitteena on yhtenäistää ammattilaisten toimintaa ja resurssien kohdistamista paremmin niille asiakkaille, joilla avuntarve on suurin. Suuntimassa asiakkaalle annetaan palvelussa merkittävä rooli omien voimavarojensa asiantuntijana ja samalla hän tulee kuulluksi vuorovaikutustilanteessa. (Koivisto & Tiirinki 2020, 43–45). Toinen kansallisessa käytössä oleva mittari on [terveyshyötyarvio](#), jonka perustana on Duodecimin tarjoama ja ylläpitämä kliinisen päättökseen palvelu. Palvelussa yhdistetään potilaan tilaa kuvaavat sähköisen potilaskertomuksen tiedot lääketieteelliseen tietoon ja tuotetaan näin potilas- tai potilasryhmäkohtaisesti riskiarvioita, muistutuksia, varoituksia lääkkeiden yhteensopimattomuudesta, räätelöityjä toimintaohjeita sekä hoitovajeita. Lisäksi monissa organisaatioissa on otettu käyttöön jokin palveluohjaukseen tai monialaiseen tiimityöhön perustuva toimintamalli. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden mukaan käytetyt mallit vaihtelivat sekä asiakasryhmille soveltuvuuden että laaja-alaisuutensa suhteen. Asiakkaan tilanteen selvittämisessä hyödynnetään jonkin verran kansainvälisesti testattuja ja kansallisesti yhdenvertaista tietoa tuottavia mittareita sekä terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöistä kertovia indikaattoreita. Usein asiakas myös ohjataan tilanteen kartoittamiseksi moniammatilliseen tiimiin tai palveluohjauksen piiriin. Näiden tiimien kokoonpanoissa ja toimintamallien toimintaperiaatteissa on kuitenkin paljon vaihtelua alueittain ja eri organisaatioiden välillä. (Koivisto & Tiirinki 2020, 45-47, 50–51, 55.)

Monialaisen asiakastapaamisen kulku

Monialaisella käytännönjaksolla opiskelijoiden tavoitteena on tehdä monialaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia, joiden työstämistä varten asiakkaat ja eri alojen opiskelijat kokoontuvat yhdessä arvioimaan hoito- ja palvelutarpeita. Organisaatioissa työskentelevä ammattilainen vastaa asiakasprosessista ja ohjaa monialaista opiskelijatiimiä. Monialainen hoito- ja palvelutarpeen arviointi voidaan toteuttaa myös esimerkiksi osana potilaan osastohoitojaksoa.

Ennen monialaista hoito- ja palvelutarpeen arviointia tarvitaan asiakkaan perustiedot (Asiakkaan nimi, henkilötunnus, lähiosoite, puhelinnumero, postinumero ja -toimipaikka) sekä asiakkaan suositus tiedonvaihtoon eri palveluiden välillä. Ammattilaiset huolehtivat näistä asioista ennen arvioinnin toteuttamista.

Monialaisessa hoito- ja palvelutarpeen arvioinnissa asiakkaan tai potilaan sen hetkinen elämäntilanne ja hoidon ja palvelujen tarve käydään läpi yhdessä keskustellen ja tilanteeseen ratkaisuja



etsien. Työskentely on asiakaslähtöistä eli asiakasta kohdellaan ja kuunnellaan kunnioittavasti ja hänen oma näkemyksensä otetaan huomioon tasavertaisena näkemyksenä ammattilaisten näkemysten rinnalla. Monialainen hoito- ja palvelutarpeen arviointi luo rakenteelliset puitteet monialaiselle työskentelylle, mutta huomiota on kiinnitettävä myös siihen, miten yhteistä ymmärrystä vuorovaihtuksen keinoin rakennetaan. Kaikkien palaveriin osallistuvien henkilöiden tulisi päästä ääneen ja osallistumaan yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen ja yhteisen tiedon tuottamiseen. Palaverissa on myös sovittava eri asiantuntijoiden vastuut asiakkaan prosessin jatkossa. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 17–18.)

Monialainen arviointi tehdään useimmiten osana monialaista asiakastapaamista tai –palaveria. Palaverin aluksi tai jo ennen sitä on hyvä sopia ammattilaisten rooleista palaverissa sekä suunnitella lyhyesti palaverin kulku ja tavoitteet. Tärkeää on etukäteen sopia siitä, kuka toimii palaverissa puheenjohtajana ja mahdollisesti myös siitä, kuka tai ketkä kirjaavat palaverissa esiin nousseet asiat. Puheenjohtajan olisi luontevaa olla se henkilö, joka tuntee asiakkaan tai potilaan tilanteen parhaiten. Puheenjohtajana ei siis aina tarvitse toimia tietyn ammattikunnan edustaja, esimerkiksi lääkäri, vaan tehtävää voi yhtä hyvin hoitaa vaikkapa sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä. Palaverin aluksi on hyvä muistaa esitellä jokainen läsnä oleva ammattilainen, sillä asiakas ei välttämässä muista tai ole aiemmin tavannutkaan kaikkia läsnäolijoita. Myös asiakkaan läheiset on hyvä esitellä aluksi, jotta ammattilaisetkin ovat selvillä, keitä palaverissa on mukana. Palaverin aluksi on hyvä yhdessä keskustella ja sopia, mikä on palaverin tarkoitus ja tavoite. Näin työskentelylle saadaan ”raamit” ja fokus. Palaverin lopussa on puheenjohtajan hyvä tehdä yhteenveto palaverissa sovituista asioista (esimerkiksi tavoitteista) sekä siitä, kenen ammattilaisen vastuulla minkäkin palaverissa sovitun asian hoitaminen ja eteenpäin vieminen on. Myös mahdollisen seuraavan palaverin järjestämisaikajankohdasta voidaan sopia palaverin päätteeksi.

Monialaisen hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö

Monialaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan (liite 1) kootaan arvioinnin pohjalta yhteen asiakkaan tuen, hoidon ja palveluiden tarpeet sekä esitetään keinot ja vastuut niiden toteuttamiseen. Tavoitteena on, että asiakas saa hoitoa ja/tai käyttää palveluita suunnitelman mukaisesti ja koordinoitusti. Suunnitelmaa tehdessä on tärkeää pitää mielessä, että suunnitelma on asiakkaan tai potilaan näkökulmasta ymmärrettävä ja kiinnittyy konkreettisiin arjen tilanteisiin tai hoidon ja kuntoutuksen tarpeisiin. Osallistujia verkostotapaamisissa olisi hyvä olla enintään noin kuudesta kahdeksaan. Yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma tarkistetaan sovitusti määräajoin sekä aina asiakkaan tilanteen muuttuessa. Suunnitelma tarkistetaan vähintään kerran vuodessa. Asiakkaalle olisi hyvä antaa jonkin verran joustavuutta aikatauluihin, mutta myös määräaikoja, joissa on pysyttävä. ([Monialaisen yhteistyön ABC](#)).

Monialaisessa hoito- ja palvelutarpeen arvioinnissa tulisi käydä läpi seuraavat asiat monialaisen hoito- ja palvelusuunnitelman kirjoittamista varten;

Suunnitelman alussa mainitaan sen laatimispäivämäärä ja –organisaatio sekä kirjataan suunnitelman tekemisessä mukana olleet opiskelijat ja ohjaavat ammattilaiset ja heidän alansa.



1) Asiakkaan/potilaan elämäntilanne, tämänhetkiset palvelut ja esiin nostamat hoito- ja palvelutarpeet

Palaverin aluksi selvitetään asiakkaan tai potilaan oma näkemys nykyisestä tilanteestaan. Tärkeää on tietää:

- Mikä on asiakkaan tämänhetkinen elämäntilanne (asuinolot, perhetilanne, toimeentulo, koulutus- ja ammattiala), toimintakyky ja terveydentila (lääkitys, diagnoosit)?
- Mitä palveluja asiakkaalla on tällä hetkellä käytössään ja vastaavatko ne asiakkaan tarpeita? (asiakkaan hoito- ja palvelukontaktit?)

Hoidon ja palvelujen tarve selvitetään monialaisessa tapaamisessa kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähteisesti, jolloin liikkeelle lähdetään nimenomaan asiakkaan itsensä nimeämistä tarpeista. Keskiössä on asiakkaan elämäntilanne ja oma näkemys tarvitsemistaan palveluista ja niiden kiireellisyydestä ja tärkeysjärjestyksestä. Hoidon ja tuen tarpeen arvioinnissa huomioidaan ja selvitetään myös se, millaista tukea asiakas saa läheisiltään. Aina asiakas ei itse osaa nimetä palvelutarpeitaan, ja silloin kannattaa lähteä liikkeelle miettimällä sitä, mitä muutostarpeita hänellä yleisemmin on elämäntilanteessaan. Asiakkaan/potilaan tarpeita voi tiedustella ja keskustelua niistä herätellä esimerkiksi seuraavanlaisilla kysymyksillä:

- Minkä elämäntilanteessasi pitäisi muuttua, että olisit siihen tyytyväisempi kuin nyt olet?
- Millaista tukea saat ystäviltäsi tai läheisiltäsi?
- Mihin palveluihin tai hoitoon pääsy edistäisi omasta mielestäsi tilannettasi parhaiten?
- Mitä sellaisia palveluita, hoitoa tai tukimuotoja, joista sinulle on hyötyä, sinulla on jo käytössä?

2) Asiakkaan /potilaan ja ammattilaisten (opiskelijoiden) yhdessä tunnistamat tavoitteet

Tavoitteiden nimeämisessä sovitetaan yhteen se, miten asiakas/potilas kokee tilanteensa, ja se, miten eri alojen asiantuntijat arvioivat hoidon ja palvelujen tarpeellisuutta, kiireellisyyttä ja keskinäistä suhdetta.

Tavoitteena on muodostaa asiakkaan/potilaan, tarvittaessa tämän läheisten sekä ammattihenkilöiden yhteinen näkemys tavoitteista. Tavoitteiden on oltava selkeitä ja sellaisia, jotka asianosainen itse tunnistaa ja ymmärtää. Tavoitteet tulisi muotoilla motivoiviksi ja voimauttaviksi niin, että ne loisivat asiakkaalle/potilaalle toiveikkaan ja positiivisen kuvan siitä, että tavoitteet ovat tavoitteleminen arvoisia ja saavutettavissa olevia. Niiden tulisi olla hyvin konkreettisia eikä niitä tulisi olla liian montaa (max. 4–5). Tavoitteet on suositeltavaa jakaa kokonais- ja osatavoitteisiin. Tavoitteet voidaan täyttää lomakkeelle jo palaverin aikana, ja asiakas voi ottaa tämän paperin mukaansa. Esimerkkejä konkreettisista ja muutokseen motivoivista tavoitteista voisivat olla esimerkiksi seuraavat:

-Kokonaistavoite:

- Selviydyn itsenäisesti ja olen toimintakykyinen arjessani

-Osatavoitteet:

- Huolehdin itse hygieniastani



- Kykenen liikkumaan rollaattorin avulla kotona

3) Asiakkaan/potilaan vahvuudet ja voimavarat

Asiakkaan/potilaan vahvuudet ja voimavarat on tärkeää nimetä suunnitelmassa, sillä ne voivat olla merkityksellisiä asioita muutokseen motivoinnissa ja ylipäänsä suunnitelman toteutumisessa. Positiivisten asioiden esillä pitäminen vaikuttaa myös monialaisen arvioinnin ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen. Asiakas ei aina itse näe positiivisia puolia ja vahvuuksia itsessään tai verkostoissaan, minkä vuoksi näitä on hyvä tunnistaa ja tuoda esille yhteisessä keskustelussa. Vahvuuksia ja voimavaroja voidaan nostaa esille asiakkaan aiemmin kertomista asioista esimerkiksi [motivoivan haastattelun tai heijastavan kuuntelun](#) keinoin.

4) Suunnitelman toteutus ja keinot

Asiakkaan/potilaan palveluista vastaavat työntekijät muotoilevat suunnitelmaan yhdessä asiakkaan kanssa arvion asiakkaan terveyden ja muun hyvinvoinnin kannalta tärkeistä palveluista sekä niiden alkamisajankohdasta ja kestosta. Kun on kyse monialaisesta hoito- ja palvelutarpeen arvioinnista, nimetään myös suunnitelman vastuuhenkilöt eri palveluissa sekä vastuun jakautuminen palveluiden edustajien välillä:

- Suunnitellut terveydenhuollon palvelut ja kontaktit (lääkäri; hoitaja; kuntoutuspuoli). Alkamisajankohta ja kesto?
- Suunnitellut sosiaalihuollon palvelut ja kontaktit (sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja, muu sosiaalihuollon palvelu)? Alkamisajankohta ja kesto?
- Kaipaako asiakas [erityistä tukea](#) siinä, että hän saavuttaa tarvitsemansa palvelut? (huom. asiakaslähtöisyys kysymyksen asettelussa)
- Asiakkaan omaa aktiivisuutta ja toimintaa vaativat asiat
- Suunnitellut kolmannen sektorin palvelut
- Onko asiakkaan tilanteessa tunnistettavissa asiakas/potilasturvallisuuden vaarantamiseen liittyviä tekijöitä?

Suunnitelmassa on hyvä tulla esille myös seuraavat tiedot:

- Laaditaanko asiakkaalle erillinen sosiaalihuollon asiakassuunnitelma tai terveys- ja hoitosuunnitelma?
- Kuka toimii asiakkaan omatyöntekijänä sosiaalihuollossa/terveydenhuollossa? Vastuun jakautuminen.
- Kuka toimii monialaisen yhteistyön koordinoijana ja vastaa palvelujen yhteensovittamisesta?
- Arvio asiakkuuden kestosta.

5) Seuranta ja arviointi

Suunnitelman toteutumisen seuranta, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot. Tähän kirjataan myös tiedot siitä, kuinka usein asiakas ja omatyöntekijä tai muu asiakkaan palveluista vastaava työntekijä tulevat tapaamaan.

6) Mahdolliset muut lisätiedot

Tähän lisätään muita asiakkaan/potilaan monialaisen hoidon tai palveluiden kannalta olennaisia asioita, jotka eivät ole suunnitelman muissa kohdissa tulleet esille. Tällaisia voivat olla esimerkiksi aiemmat hoidosta kieltäytymiset tai esimerkiksi suunnitelman toteutumisen aikatauluihin liittyvät lisätiedot (esimerkiksi kesätauot palveluissa tms.). Myös kulttuuriset ja kielelliset erityiskysymykset voidaan raportoida tässä, jos niiden esilletuominen on merkityksellistä, eivätkä nämä seikat ole tulleet esille suunnitelman aiemmissa kohdissa. Tässä kohdassa raportoidaan myös se, onko suunnitelma annettu tiedoksi asiakkaalle/potilaalle kirjallisesti tai suullisesti, kuka tämän on tehnyt ja milloin.



Lähteet:

Hujala, A. & Lammintakanen J. 2018. Paljon palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen raportti. KAKS- Kunnallisan alan kehittämissäätö. Julkaisu 12/2018 <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf>

Jokinen Taina, Lehmuskoski Antero, Lohijoki Hanna, Ålander Anne 2021. Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä. THL 2/2021. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=64433629>

Kekoni, T. & Mönkkönen K. & Hujala, A. & Laulainen, S. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen K. & Kekoni T. & Pehkonen A. Moniammatillinen yhteistyö, Vaikeuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki, Gaudemus.

Koivisto. J. & Tiirinki, H. (toim.) 2020. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 (ns. Vanhuspalvelulaki)28.12. 2012 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Monialaisen yhteistyön ABC <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/paljon-tukea-tarvitsevat/monialaisen-yhteistyon-abc>

Oksman, E. 2017. Parempi arki -hankkeen loppuraportti

http://www.sonetbotnia.fi/tiedostopankki/900/Parempi_Arki_loppuraportti.pdf

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 30.12.2014 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 30.12.2010 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>



Liite 1 Monialainen hoito- ja palvelusuunnitelma

MONIALAINEN HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

HUOM! Suunnitelmaan ei kirjata asiakkaan tai potilaan henkilötietoja tai muita tietoja, joista henkilö on tunnistettavissa. Lomakkeen tallennuksessa ja käsittelyssä noudatettava organisaation ohjeistusta.

Päivämäärä ja organisaatio
Suunnitelman laatimiseen osallistuneet henkilöt ja heidän opiskelu- tai ammattialansa
1.) Asiakkaan/potilaan elämäntilanne, tämänhetkiset palvelut ja esiinnostamat hoito- ja palvelutarpeet
2.) Asiakkaan/potilaan ja ammattilaisten (opiskelijoiden) yhdessä tunnistamat tavoitteet
3.) Asiakkaan/potilaan vahvuudet ja voimavarat
4.) Suunnitelman toteutus ja keinot
5.) Seuranta ja arviointi
6.) Mahdolliset muut lisätiedot

SOKK-hanke 2022

