

KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO max. 4 VIIKKOA

ALOITTAMINEN 1. vko

Jakson alussa asiakkaalle luodaan omat henkilökohtaiset tavoitteet yhdessä asiakkaan ja mahd. omaisten kanssa. Palveluohjaaja tekee palvelupäätöksen kuntouttavasta arviointijaksosta.

1. JAKSON ALOITTAMINEN

- Asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja(t) kuntouttavan arviointijakson tiimistä
- Hoitajan ensikäynti
- ensikäynnillä RR ja P (istuen ja seisten), paino, lääkityksen selvittäminen
- Terapeutin (ft) ensikäynti, tarvittaessa yhteiskäyntinä hoitajan kanssa
- **Sensorien vienti ja asentaminen asiakkaalle → yhteydenotto etähoitoon**

2. TOIMINTAKYKYARVIO

- Kuntouttavan arviointijakson tiimi tekee asiakkaan kanssa RAI HC-osittaisarviointit + tarvittavat muut mittaukset
- Vähintään MAPLe5, CPS, ADLH ja IHIER-C, **Huom! 3vrk:n seurantajakso**
- Lisäksi esim. MNA, FRAT, SPPB (ft)
- Mittarien tulokset kirjataan LC:ssa KHTIIV-lehdelle ja Pegasoksessa HOSU/HOKE-lehdelle
- Tarvittaessa esim. muistihoitajan, toimintaterapeutin tai gerontologin sosiaalityöntekijän arvio

3. SUUNNITELMAN LAATIMINEN

- **Moniammatillinen alkupalaveri** asiakkaan kotona, jossa mukana esim. asiakas, läheinen, kotiuttamistiimin/kotihoidon hoitaja ja ft tai tt, tarv. muut hoitoon osallistuvat
- Asetetaan/tarkennetaan tavoitteet asiakkaan kanssa
- Mietitään keinot (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen osa-alue huomioiden) asiakkaan kanssa
- Kartoitetaan tarve apuvälineille (ft), hoitotarvikkeille, tukipalveluille ja sosiaalietuuksille. **Myös teknologiset ratkaisujen käyttöönotto tulee huomioida, mm. tabletti ja kodin sensorit.**
- Sovitaan työnjako ja vastuut: asiakas, omainen, hoitaja, terapeutti, muut toimijat
- **Laaditaan jaksolle suunnitelma** (LC/Pegasos), johon tärkeää kirjata asiakkaan OMA TAVOITE
- Suunnitelma kirjataan LC:ssa KHTIIV-lehdelle ja Pegasoksessa HOSU/HOKE-lehdelle

ARVIOINTIJAKSO

Jokainen käynti (fyysinen/videovälitteinen) on asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja arvioivaa (kaikki sote-toimijat)

• Kirjaus kysymyksiin x1 työvuorossa

1. **Mistä asiakas suoriutuu itse ja miten?**
2. **Missä asiakas tarvitsee apua? Ja kuinka paljon?**
3. **Miten asiakas itse käynnin kokenut?**

➢ Kirjaus KHTOTS-lehdelle (LC) ja HOSU/HOKE-lehdelle (Pegasos)

- Sairauksien hyvä hoito ja seuranta
- **Sensoridatan seuranta ja esim. videopuheluilla käyntien toteuttaminen**
- Erityishuomio ravitsemukseen
- **Kokonaisvaltainen toimintakyvyn eri osa-alueiden** (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen) **ja toimijuuden tukeminen**
- Arjen askareiden opettelu ja terapeuttien laatimien harjoitteiden ohjaus (hoitajat)
- Ft:n ohjauskäynti ja tehostettu kuntoutus **yksilöllisen tarpeen mukaisesti**
- Tavoitteiden ja harjoitteiden päivitys asiakkaan toimintakyvyn mukaisesti
- Tarvittaessa esim. muistihoitajan, lääkärin, palveluohjaajan ja toimintaterapeutin konsultaatiot
- Asiakkaan asian käsittely moniammatillisesti **asiakas-/tiimipalaverissa** säännöllisesti
- Palveluohjauksen kanssa **loppupalaverista** sopiminen

Vastuuhoitaja kirjaa viikoittaisen väliarvion KHTIIV-lehdelle (LC) ja HOSU/HOKE-lehdelle (Pegasos)

Tarvittaessa suunnitelman päivitys palvelujen tarpeen mukaisesti (asiakkaan kanssa sovittu)

LOPETTAMINEN viim. 4 vko

Vastuuhoitaja kirjaa **jakson loppuarvioinnin** ja FT/TT (ja lääkäri) kirjaavat hoitajakson yhteenvedon kertomukseen ennen loppupalaveria.

1. JAKSON PÄÄTTÄMINEN

- Toimintakykymittaukset: kotiuttamistiimissä, esim. jos tehty alussa SPPB
- Lääkärin loppuyhteenvedo ja jatkohoidon suunnitelma

2. MONIAMMATILLINEN LOPPUPALAVERI

- Moniammatillinen loppupalaveri asiakkaan kotona (asiakas, läheinen, palveluohjaaja, kotiuttamistiimin/kotihoidon hoitaja ja ft tai tt, tarv. muut hoitoon osallistuvat)
- Palaverissa palveluohjaaja saattaa loppuun palvelutarpeen arvioinnin täydentämällä interRAI CA Helsa –välineen loput osiot (C-F) sekä IHIER-C- ja Maple5-osittaisarviointit
- **Myös teknologiset ratkaisujen käyttö jatkossa tulee huomioida, mm. Evondos** (hyödynnetään esim. RAI Laatumoduulia)

3. PALVELUPÄÄTÖS

- **Mikäli säännöllisen kotihoidon kriteerit täyttyvät:**
- Tiedonsiirto asiakkaan jatkohoitosuunnitelmasta kh (hoitaja) ja kuntoutus(terapeutit), varmistetaan toimintakyvyn tukemisen suunnitelma myös jatkossa
- Asiakkaan kanssa tehdään kuukauden kuluessa RAI HC-kokonaisarviointi ja laaditaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma
- **Mikäli säännöllisen kotihoidon kriteerit eivät täyty tai hoito jatkuu esim. yksityisellä palveluntuottajalla**
- Tiedonsiirto asiakkaan jatkohoitosuunnitelmasta kh (yksityinen palveluntuottaja)
- Palveluohjaajan yhteydenotto erillisen sopimuksen mukaisesti sovittuna ajankohtana, erilliset muistutukset SBM-järjestelmään

Loppuyhteenvedo kirjataan asiakastietojärjestelmään

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA TIEDON JAKAMINEN

TEKNOLOGISTEN RATKAISUIDEN KOKEILU JA KÄYTTÖÖN OTTAMINEN ASIAKKAAN TARPEEN MUKAISESTI