

Kartoituslomake lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöönoton tueksi

1. YLEISTIEDOT

• Päivämäärä ja aika: ____ / ____ / ____

• Asukkaan nimi: _____

• Täyttäjän nimikirjaimet: _____

2. NYKYTILANTEEN ARVIOINTI

Kuvaile lyhyesti asukkaan tämänhetkinen vointi ja toimintakyky (Liikkuminen, hygienia, ravinto, psyykkinen hyvinvointi):

Onko asukkaalla käytössä tällä hetkellä lääkkeettömiä hoitomuotoja?

☐ Kosketus / asentohoito

☐ Kylmä- ja lämpöhoidot

☐ Ulkoilu / luonnossa oleilu

☐ Liikunta / jumppa

☐ Keskustelu / läsnäolo

☐ Muistelu / Kuvien katselu

☐ Musiikki

☐ Muu, mikä? _____

☐ Ei mitään

Miten nykyiset keinot vaikuttavat asukkaan vointiin tai käyttäytymiseen? Kuinka kauan/usein on toteutettu ja kuka toteuttanut (hoitaja, omainen)?

3. YKSILÖLLISET TARPEET JA TOIVEET

Onko asukkaan kiinnostuksia (Kuvien katselu, ulkoilu, musiikki, yhdessäolo, tv:n katsominen) tai mieltymyksiä kartoitettu aiemmin (Musiikkitahto, hoiva- ja hoitotahto, elämänpuu)?

Millä lääkkeettömällä menetelmällä on ollut myönteisiä vaikutuksia asukkaaseen? Ja minkälaisia vaikutukset ovat olleet?

4. SUUNNITELLUT LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT

Valitse hoitomuoto(t), joita kokeillaan ja kirjaa toteutustapa sekä tavoite mihin pyritään:

☐ Kosketus / asentohoito

☐ Kylmä- ja lämpöhoidot

☐ Ulkoilu / luonnossa oleilu

☐ Liikunta / jumppa

☐ Keskustelu / läsnäolo

☐ Muistelu / Kuvien katselu

☐ Musiikki

☐ Muu, mikä? _____

Toteutustapa ja tavoite (kuka toteuttaa, milloin, missä tilanteissa, kuinka usein? Mihin pyritään, vähentämään oireilua, helpottamaan, parantamaan?):

5. TOTEUTUKSEN SEURANTA

Kuinka hyvin lääkkeetön hoitomuoto on vaikuttanut asukkaan hyvinvointiin?

Hoitomuoto	Käytön ajankohta / kesto	Reaktio / vaikutus (esim. mieliala, rauhoittuminen)	Arvio (toimiko?)
Kosketus / asentoahoito			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Kylmä- / lämpöhoidot			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Ulkoilu / luonnossa oleilu			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Liikunta / jumppa			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Keskustelu / läsnäolo			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Muistelu / kuvien katselu			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Musiikki			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää
Muu: _____			☐ Kyllä / ☐ Ei / ☐ Epäselvää

Tarvitaanko muutoksia hoitomenetelmiin tai uusia menetelmiä (hoitomenetelmän lopetus, aloitus tai muokkaus)?

6. ARVIOINTI JA JATKOTOIMENPITEET

Milloin arviointi tehdään uudelleen?

Suosittelun pituus on 6kk välein tai kun vointi muuttuu.

Päivämäärä: ____ / ____

Jatkotoimenpiteet tai kirjaaminen osaksi hoitosuunnitelmaa (Miten hoitosuunnitelmaa muokataan? Miten valittuja hoitomuotoja toteutetaan):

 Muistilappu hoitajalle:

Lomakkeen tarkoitus on tukea lääkkeettömien hoitojen käyttöönottamista osana arkea. Pyri valitsemaan asukkaalle mielekäs ja saavutettavissa oleva menetelmä. Kirjaa tarkasti, mitä tehtiin ja miten se vaikutti, se auttaa hoitosuunnitelman kehittämisessä.

Lempeä hoiva -hankkeen materiaalipankista löydät tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista:

