

Toimita kuntoutuspalaute Kelaan viimeistään kuukautta ennen kuntoutuspäätöksessä ilmoitetun ajan päättymistä. Alle 3 kuukautta kestävästä terapiajaksosta palaute tulee toimittaa heti jakson päätyttyä.

1. Asiakkaan tiedot

Henkilötunnus Sukunimi ja etunimi

Puhelinnumero

Asiakkaan diagnoosi

Läheisen nimi

Läheisen puhelinnumero

Palveluntuottajan nimi, Y-tunnus ja puhelinnumero

2. Terapian tiedot

Kuntoutuspäätös ajalle _____ - _____

Ajanjakso, jota kuntoutuspalaute koskee _____ - _____

Terapeutin ja asiakkaan terapisuhteen pituus palautetta kirjoitettaessa _____ vuosi

Toteutuneet terapiakerrat _____ kertaa

Terapiäkäyntiin osallistui: Asiakkaan läheinen _____ kertaa

Henkilökohtainen avustaja/oma hoitaja/ohjaaja _____ kertaa

i Jos ohjauksen toteuttaa eri terapeutti, myös hän täyttää toiminnastaan lomakkeen KU 117 (Terapiapalaute - Vaativa lääkinällinen kuntoutus).

Tiedot terapiasta

☐ Fysioterapia

☐ Allasterapia

☐ Toimintaterapia

☐ Ratsastusterapia, fysioterapeutin toteuttamana

☐ Ratsastusterapia, toimintaterapeutin toteuttamana

☐ Psykoterapia

☐ Kuvataidepsykoterapia

☐ Perheterapia

☐ Musiikkiterapia

☐ Puheterapia

☐ Neuropsykologinen kuntoutus

Missä terapia on toteutunut?

☐ Kotona _____ kertaa

☐ Päiväkodissa _____ kertaa

☐ Koulussa _____ kertaa

☐ Muussa arjen ympäristössä. Missä? _____ kertaa

☐ Palveluntuottajan tiloissa _____ kertaa ☐ Kuvapuheluna _____ kertaa

3. Toimintakyky terapian alkaessa ja yhdessä sovitut keskeiset tavoitteet terapialle

Miten asiakas suoriutui ja osallistui päivittäisissä toimissaan kotona, päiväkodissa, koulussa, työssä tai muissa asiakkaalle tärkeissä arjen tilanteissa, kun viimeisin terapiajakso alkoi? Mitkä olivat asiakkaan vahvuudet ja rajoitteet?

4. Terapian toteutus ICF-luokituksen osa-alueet huomioon ottaen

Miten asiakkaan aktiivisuus näkyi terapian aikana? Miten toimintakyvyn vahvistuminen näkyy arjessa? Ovatko taidot käytössä myös arjen tilanteissa? Ovatko arvioivan tahon asettamat tavoitteet olleet realistiset? Onko niitä kohti työskentely ollut mahdollista? Miten asiakkaan toimintakyky konkreettisesti vahvistui arjessa? Mikä voisi olla seuraava realistinen opittava taito, joka vahvistaisi asiakkaan arjen toimintakykyä/osallistamista?

Miten terapia toteutui?

Miten aktiivisesti asiakas osallistui terapiaan?

Miten asiakkaan läheiset sitoutuivat asiakkaan terapiaan ja terapiakäynteihin? Mitä taitoja lähi-ihmiset ovat omaksuneet/ottaneet käyttöönsä tukeakseen asiakkaan kehitystä/osallistumista päivittäisessä arjessa?

Miten asiakkaan ympäristö edistää/rajoittaa asiakkaan kuntoutumista?

☐ Arkiverkostokäynti _____ kertaa

☐ Vasu/Hjoks käynti _____ kertaa

☐ Kuntoutussuunnitelmakäynti _____ kertaa

☐ Toteutuneet terapiaan liittyvät ohjauskäynnit _____ kertaa

Miten verkostokäynnit toteutuivat?

Mitä verkostokäynneillä sovittiin?

Mitä ohjauskäynneillä sovittiin?

Miten asiakkaan läheiset omaksuivat ohjauskäynneillä ohjatut toimet asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi?

5. Arviointimenetelmät

Miten arvioit asiakkaan toimintakykyä arjessa? Mitä mittareita käytit (www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta)
Kerro tulokset, viitearvot ja muutokset.

6. Tavoitteiden toteutuminen ICF-luokituksen osa-alueet huomioon ottaen

Miten asiakas hyötyi terapiasta ja saavutti terapiajaksolle asetetut tavoitteet? Arvioi, mikä voisi olla seuraava realistinen tavoite, jos asiakkaan on tarpeellista jatkaa terapiaa? Mikä voisi olla seuraava realistinen harjoiteltava taito tai asiakkaalle merkityksellinen asia, joka vahvistaisi asiakkaan arjen toimintakykyä/osallistamista?

Asiakkaan ja läheisten arvio terapian hyödystä.

Asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa on keskusteltu ja sovittu terapian jatkamisesta

☐ Kyllä

☐ Ei

Sama palveluntuottaja jatkaa

☐ Kyllä

☐ Ei

7. Palautteen jakelu

☐ Asiakas

☐ Omainen/läheinen

☐ Kela

☐ Hoitava tah

☐ Muu. Mikä? _____

8. Liitteet

☐ Omat tavoitteeni-lomake (GAS 1) (pakollinen liite kuntoutuspalautteeseen)

☐ Muu liite. Mikä? _____

9. Lisätietoja

☐ Lisätietoja eri paperilla. Kirjoita paperiin asiakkaan nimi ja henkilötunnus.

10. Terapeutin tiedot ja allekirjoitus

Terapeutin/terapeuttien nimet ja yhteystiedot

☐ Voin/voimme osallistua kuntoutussuunnitelman tarkistamiseen/laatimiseen verkostokäynnillä.

Paikka ja aika

Terapeutin/terapeuttien allekirjoitukset