**OSEBNI NAČRT ZA STANOVALCA/KO**

|  |
| --- |
| 1. **OSEBNI PODATKI**

 |
| **Ime in Priimek:** ………………………………………………………………………………………………….**Datum rojstva:** ………………………………………………………………………………………………….. |
| **Delovna enota in soba:** ……………………………..  **Datum sprejema:**……………………….**Vrsta oskrbe:** …………………………………………………………………………………………………….**Najbolj sem povezan/a z** *(ključna oseba):* |
| **Prisoten zakoniti zastopnik, svojec ali drugi:** |

1. **ŽIVLJENJSKA ZGODBA STANOVALCA/KE PRED PRIHODOM V DOM:**

*(Stil življenja in razmere v katerih sem živel/a, oblike pomoči, ki sem jih potreboval/a, navade, interesi, oblike sprostitve in želje)*

1. **SEDANJE STANJE STANOVALCA/KE IN OCENA POTREB:**
2. **VPLIV**

Razmislite na obseg vpliva, ki ga ima stanovalka/ec pri vsakodnevnih odločitvah, kaj ima na voljo, na kaj lahko vpliva in na kaj ne.

Na katere odločitve v vsakdanu lahko starostnik/ca vpliva, o čem lahko odloča, kaj ima rad/a, česa ne mara, ali ima vpliv, kako lahko preživi svoj vsakdan, svoj prosti čas, kaj lahko izbira v domu…?

1. **SPRETNOSTI**

Zapišite, kaj lahko starostnik/ca še vedno zmore, naštejte veščine in spretnosti, v čem je dober, kaj ga veseli, katere nove veščine si morda želi pridobiti, česa naučiti. Napišite vse njene/njegove sposobnosti in spremembe, ki jih želi in bo zato potreboval/a nove spretnosti ali osvežitev, obuditev že pozabljenih znanj in veščin, ali kako naj ohrani dosedanje veščine…

1. **STIKI**

Razmislite o socialni mreži starostnice/ka, kdo so pomembni ljudje v njenem/njegovem življenju, kakšni so odnosi z njimi, kaj si želijo v teh odnosih ohraniti in kaj spremeniti? Ali želijo mrežo stikov še razširiti, s kom, kakšne ljudi potrebujejo v svoji bližini?

1. **ZDRAVJE-SKRBI-VESELJE**

Opišite skrb za zdravje in opis bolezni zaradi nadaljnjih aktivnosti in potrebe ter želje po dodatnih pregledih uporabnika. Strokovni sodelavci so velikokrat vezni člen med svojci in uporabnikom za prenos informacij o željah in potrebah uporabnika.

Navedite česa jih je strah oziroma, kaj jih skrbi v zvezi z zdravjem in življenjem nasploh?

Kaj jih osrečuje, kaj jim prinaša največ zadovoljstva, veselja ali trenutek sreče, kaj od naštetega bi želeli doživljati pogosteje?

IZ NAVADENIH ŠTIRI RAVNI DEFINIRAJTE SKUPAJ Z STAROSTNIKOM/CO **CILJE SPREMEMB** oz. **NAČRT SPREMEMB**

**CILJI starostnika/ce v vidiku VPLIV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CILJI | KORAKI | PODPORA-KDO | ČAS-KDAJ |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |

**CILJI starostnika/ce v vidiku SPRETNOSTI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CILJI | KORAKI | PODPORA-KDO | ČAS-KDAJ |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |

**CILJI starostnika/ce v vidiku STIKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CILJI | KORAKI | PODPORA-KDO | ČAS-KDAJ |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |

**CILJI starostnika/ce v vidiki ZDRAVJE – SKRBI – VESELJE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CILJI | KORAKI | PODPORA-KDO | ČAS-KDAJ |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |

1. **STORITVE IN CILJI**

**STORITVE OSNOVNE OSKRBE:**

Primer: Stanovalka je sprejeta v posebni delo Doma, v dvoposteljno sobo. Soba je ogrevana in primerno opremljena. Zagotovljeno ji je čiščenje bivalnih prostorov, pranje in vzdrževanje osebnega perila in domske posteljnine. Organizirano ima prehrano, tehnično oskrbo sobe ter prevoze.

**AKTIVNOSTI SOCIALNE SLUŽBE IN CILJI:**

**PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA IN CILJI:**

**AKTIVNOSTI DELOVNE TERAPIJE IN CILJI:**

**AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE IN CILJI:**

**AKTIVNOSTI FIZIOTERAPIJE IN CILJI:**

**STORITVE SOCIALNE OSKRBE:**

**Varstvo** *(nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih aktivnosti: vstajanje, oblačenje, pomoč pri premikanju, komunikaciji in pri orientaciji).*

**Posebne oblike varstva** *(ohranjanje in razvoj samostojnosti, razvoj socialnih odnosov, delovni okupaciji, aktivno preživljanje prostega časa, reševanje osebnih stisk in težav,…)*

**Vodenje** *(oblikovanje, izvajanje in spremljanje individualnih programov, sodelovanje s svojci, ključnimi osebami, sodelovanje z drugimi institucijami ter organizacija prostočasnih aktivnosti).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AKTIVNOST** | **ME NE ZANIMA** | **OBČASNO** | **REDNO** | **OPOMBA** |
| Ročna dela |  |  |  |  |
| Risanje, slikanje |  |  |  |  |
| Družabne igre |  |  |  |  |
| Gledanje TV |  |  |  |  |
| Branje |  |  |  |  |
| Poslušanje glasbe, radia |  |  |  |  |
| Barvanje |  |  |  |  |
| Pevska skupina |  |  |  |  |
| Izleti, pikniki |  |  |  |  |
| Obisk na domu |  |  |  |  |
| Verski obredi |  |  |  |  |
| Sodelovanje na bralnih urah |  |  |  |  |
| Sprehodi |  |  |  |  |
| Skupine za samopomoč |  |  |  |  |
| Telovadba |  |  |  |  |
| Interakcijske vaje  |  |  |  |  |
| Kegljanje |  |  |  |  |
| Pikado |  |  |  |  |
| Kulturne in zabavne prireditve |  |  |  |  |
| Tematske delavnice |  |  |  |  |
| Individualna obravnava |  |  |  |  |
| Prostovoljci |  |  |  |  |
| Drugo |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*(izpolni delovna terapija in socialna služba)

1. **ŽELJE IN CILJI STANOVALCA/KE:** *(Izpostavljeni na multicisciplinarnem timu)*
2. **V NAPREJ IZRAŽENA VOLJA:** *(katerih storitev oskrbe si ne želim, v primeru, da mi moje stanje ne bi dopuščalo več izraziti mojo voljo)*
3. **NAČRT IZVEDBE:** *(koraki, čas izvedbe, kdo bo stanovalcu/ki pri tem pomagal,…).*

*V kolikor obstaja tveganje za posamezen cilj se pripravi ocena tveganja – opredeli se stopnja tveganja in ukrepi za zmanjšanje tveganja.*

**Podpis stanovalca /ke oz. zakonitega zastopnika:**

**Prisotni člani multidisciplinarnega tima pri pripravi osebnega načrta in njihov podpis:**

**PRILOGA: NABOR STORITEV**

**IZJAVA STANOVALCA/KE ali ZAKONITEGA ZASTOPNIKA**

**Ime in priimek:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpisani/a sem seznanjen/a s pomenom osebnega načrta obravnave. Z oblikovanjem osebnega načrta, njegovim izvajanjem in spremljanjem. Pri načrtovanju bom sodeloval/a dokler bom to sam/a želel/a.

Datum: Podpis:

**IZJAVA STANOVALCA/KE ali ZAKONITEGA ZASTOPNIKA**

**Ime in priimek:**

Podpisani/a sem seznanjen/a s pomenom osebnega načrta obravnave, vendar NE ŽELIM, da se le ta izdela za moje potrebe.

Datum: Podpis:

**EVALVACIJA OSEBNEGA NAČRTA**

**Prisotni:**

**Datum:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CILJI** | **STANOVALČEVA OCENA, PREJETE STORITVE IN OCENA URESNIČEVANJA CILJA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PODPIS STANOVALCA/KE OZ. ZAKONITEGA ZASTOPNIKA:**

**PODPIS ČLANOV TIMA:**