

ASIAKKAAN/HÄNEN LAILLISEN EDUSTAJANSA SUOSTUMUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN VÄLISEEN TIETOJEN VAIHTOON ASIAKKAAN HOIDOSSA UUDENKAUPUNGIN YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA

Vanhustyön/vammaispalvelun henkilöstö (kotihoito tai ympärivuorokautinen hoitoyksikkö) ja terveyskeskus toimivat tiiviissä yhteistyössä keskenään. Yhteistyö tarkoittaa mm. sitä, että kotihoidon lääkäri/terveyskeskuksen muu lääkäri ja hoitajat sekä hoitoon osallistuva vanhustyön/vammaispalvelun henkilökunta voivat vaihtaa potilastietojärjestelmän välityksellä tietoa asiakkaan terveydentilasta ja sen muutoksista sekä niihin liittyen hoito-ohjeita. Vammaispalvelu laatii myös asiakkaittensa kuntoutussuunnitelmat terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään ja hyödyntää soveltuvin osin sairaskertomustietoja. Lisäksi terveyskeskuksen henkilökunta voi olla yhteydessä vanhuspalveluihin/vammaispalveluihin liittyen asiakkaan tarvitsemiin hoidon ja etuuksien järjestelyihin sekä välittäessään hoidon kannalta olennaista tietoa terveydentilasta perushoidosta vastaavalle taholle (vammaispalvelu/vanhustyö). Potilasturvallisuuden vuoksi on usein myös keskeistä välittää tietoja terveyskeskuksen ja sairaalan välillä.

Asiakasrekisterinä terveyspalvelut ja vanhustyö/vammaispalvelut edustavat eri organisaatioita, samoin erikoissairaanhoido (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). Potilaslain mukaan potilastietoja saa välittää toiselle organisaatiolle pääsääntöisesti vain potilaan tai hänen ollessaan estynyt tekemään itseään koskevia päätöksiä, hänen laillisen edustajansa kirjallisella luvalla.

Laillinen edustaja on henkilö, jonka kanssa on sovittu, että hän kantaa vastuun asiakasta koskevasta päätöksenteosta. Ellei laillista edustajaa ole nimetty, niin päädytään pitämään sellaisena todennäköisintä läheistä henkilöä esim. puolisoa, lasta, joka tuntee asiakkaan näkemyksen hyvin.

Olen tutustunut yllä olevaan selosteeseen koskien minua hoitavien tahojen välistä tiedonvälitystä. Suostun, että vammaispalvelu/vanhustyö ja terveyskeskus saavat kommunikoida minua koskevissa asioissa keskenään tarpeellisessa määrin. Lisäksi suostun siihen, että terveyskeskus ja erikoissairaanhoido saavan keskenään välittää minua koskevaa tietoa laadukkaan ja turvallisen hoidon takaamiseksi.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

paikka	aika	oma tai laillisen edustajan allekirjoitus

		nimen selvennys, asema

Suostumuksen kohde: Uudenkaupungin yhteistoiminta-alue (terv.palvelu)	<input checked="" type="checkbox"/>
Uudenkaupungin sosiaalitoimi	<input type="checkbox"/>
Kustavin sosiaalitoimi	<input checked="" type="checkbox"/>
Vehmaan sosiaalitoimi	<input type="checkbox"/>
Pyhärannan sosiaalitoimi	<input type="checkbox"/>
Taivassalon sosiaalitoimi	<input type="checkbox"/>

Tämä dokumentti laaditaan useampana samansisältöisenä kopiona ja säilytetään yksi kussakin hoitavassa yksikössä, yksi jää asiakkaalle kopioksi. Suostumukset kirjataan myös tarpeellisiin potilastietojärjestelmiin.