**Genomförandeplan ÄBIC – äldreboende**

|  |
| --- |
| Datum för flytt till boendet: Datum för påbörjad genomförandeplan:  |

**Personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| För och efternamn: | Personnummer: |
| Utförarenhet: |
| Namn, adress, telefon nr till god man/företrädare: |
| Namn, adress, telefon nr till anhörig/närstående: |
| När och hur jag vill att mina anhöriga eller god man ska kontaktas: |
| Kontaktperson 1 på boendet:  | Kontaktperson 2 på boendet: |
| Finns delegation/vårdplan/information från sjuksköterska: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Finns delegation/vårdplan/information från arbetsterapeut/sjukgymnast: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag vill lämna en levnadsberättelse (Finns som bifogat dokument): Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag har färdtjänst: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Orsak till att den boende inte har medverkat vid upprättandet: |
| Övriga deltagare som deltagit vid upprättandet: |
| Datum för färdigställd genomförandeplan: |
| Datum för planeraduppföljning: |

|  |
| --- |
| Riskbedömning och åtgärdsplan har gjorts, finns i Senior Alert: Fall Ja [ ]  Nej [ ]  Trycksår Ja [ ]  Nej [ ]  Nutrition Ja [ ]  Nej [ ]  Munstatus Ja [ ]  Nej [ ]  |

|  |
| --- |
| **Övergripande målsättning:**  |
| **Personfaktorer:** *(exempel: yrke, utbildning, karaktär/stil, vanor, vad är viktigt att veta om personen)*  |
| **Omgivningsfaktorer:** *(saker i omgivningen som påverkar/underlättar vardagen t.ex. miljö, hjälpmedel, teknik, larm, relationer och stöd från annan person)* |
| **Hälsa och kroppstruktur/fysisk och psykisk hälsa:** *(hälsotillstånd och eventuell nedsättning av rörelseförmåga t.ex. syn, hörsel)* |

**Lärande och att tillämpa kunskap***: (att ta till sig ny kunskap, att tänka, lösa problem/situationer)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Allmänna uppgifter och krav:** *(att genomföra dagliga uppgifter, hantera stress)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Kommunikation:** *(språk, tecken, symboler som handlar om att ta emot eller förmedla budskap)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Förflyttning:** *(ändra kroppsställning, förflytta sig från en plats till en annan, förflytta föremål, att använda transporthjälpmedel)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Personligvård***: (personlig vård, dusch, kläder, måltider, toalettbesök)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Hemliv:** *(städa, tvätta, handla, diska mm)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Mellanmänskliga interaktioner och relationer:** *(att skapa och bibehålla relationer med okända, familj och vänner)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Viktiga livsområden:** (T.ex. hushållsekonomi. Eget ansvar/god man)

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Samhällsgemenskap, socialt liv:** *(fritidsaktiviteter, engagerad i föreningsliv, religion, att kunna rösta)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Känsla av trygghet:** *(inklusive trygghetslarm)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Nattinsatser:**

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Dygnschema:** (Beskriv arbetssätt och ungefärliga tider, vanor och önskemål under hela dygnet).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Underskrift/godkännande**

Den enskilde/företrädare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansvarig för upprättandet

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_