**Genomförandeplan IBIC-hemtjänst och dagverksamhet**

|  |
| --- |
| Datum för aktuellt uppdrag: |
| Datum för påbörjad genomförandeplan:  |

**Personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| För och efternamn: | Personnummer: |
| Utförarenhet: |
| Namn, adress, telefon nr till godman/företrädare: |
| Namn, adress, telefon nr till anhörig/närstående: |
| När och hur jag vill att mina anhöriga eller god man ska kontaktas: |
| Kontaktpersonal 1:  | Kontaktpersonal 2: |
| Jag vill lämna en levnadsberättelse (finns som bifogat dokument): Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag har trygghetslarm: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag har egenvård: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag har nattinsatser Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag har färdtjänst: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag är beviljad växelvård: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag är beviljad dagverksamhet: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Jag samtycker till förvaring av social dokumentation i hemmet: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Har kunden medverkat i upprättandet av genomförandeplan: Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Orsak till att kund inte har medverkat vid upprättandet: |
| Övriga deltagare som deltagit vid upprättandet: |
| Datum för färdigställd genomförandeplan: |
| Datum för planeraduppföljning: |

|  |
| --- |
| **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, att matas, 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, måltider, 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: |

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

|  |
| --- |
| Morgon: (7.30-10.00) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Förmiddag: (10.00-13.00) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Eftermiddag: (13.00-17.00) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Kväll: (17.00-21.00) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Natt: (21.00-07.30) |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Underskrift/godkännande**

Den enskilde/företrädare

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

Ansvarig för upprättandet

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

Ort och datum

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