**Genomförandeplan IBIC – 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:** |

**INFORMATIONSOMRÅDEN**

|  |
| --- |
| **Personfaktorer:** *(ex yrke, utbildning, intressen, karaktär/stil, vanor, annat som är viktigt att veta om personen)* |
| **Omgivningsfaktorer:** *(saker i omgivningen som påverkar/underlättar vardagen t.ex. miljö, hjälpmedel, teknik, larm, relationer med anhöriga, stöd från annan person ex God man* |
| **Hälsa och kroppstruktur/fysisk och psykisk hälsa:** *(beskriv det nedsatta hälsotillståndet ex demenssjukdom, fraktur, synnedsättning, hörselnedsättning och hur det visar sig i vardagen)* |

**LIVSOMRÅDEN**

**Lärande och att tillämpa kunskap***: (att ta till sig ny kunskap, att tänka, lösa problem/situationer ex laga något som gått sönder, slänga dåliga matvaror)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Allmänna uppgifter och krav:** *(att genomföra dagliga uppgifter, hantera stress ex passa avtalade tider)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| 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 ex hjälpa till med telefonsamtal)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Förflyttning:** *(inom och utomhus, ändra kroppsställning ex i sängen, förflytta sig från en plats till en annan, förflytta föremål, att använda transporthjälpmedel)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Personligvård***: (daglig hygien, dusch, kläder, toalettbesök och matning)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Hemliv:** *(hushållssysslor som ex städa, tvätta, diska, hjälpa till med inköp och måltidssituationen)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Mellanmänskliga interaktioner och relationer:** *(att skapa och bibehålla relationer med ex myndighetskontakter, vårdkontakter, familj/vänner eller andra utomstående)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Viktiga livsområden:** *(exempel hushållsekonomi, hämta medicin) OBS! God man ska stå inom omgivningsfaktorer*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Samhällsgemenskap, socialt liv:** *(aktiviteter, utevistelse, kontaktstund, föreningsliv, religion, att kunna rösta)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Känsla av trygghet:** *(tillsynsbesök, trygghetslarm eller annat som leder till en känsla av trygghet)*

|  |
| --- |
| Beskriv målsättning: *(behålla eller förbättra en funktion)* |
| Beskriv mitt behov av stöd och när stödet behövs: *(VAD är behovet, HUR ska det tillgodoses & NÄR)* |
| Beskriv vad jag kan göra själv: |
| Beskriv arbetssätt/ bemötande som är viktigt för mig: |

**Nattinsatser:** *Ingår inte i IBIC*

|  |
| --- |
| 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)

*Ingår inte i IBIC*

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

**Underskrift/godkännande**

Den enskilde/företrädare

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

Ansvarig för upprättandet

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

Ort och datum

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