

Dokumenttyp:
InstruktionDetta dokument gäller för:
Säbo, Vård och OmsorgFastställt/uppriktad
2015-06-08 av Enhetscheferna SÄBO

Dokumentansvarig:

Senast reviderad:
2015-06-08Giltighetstid:
TillsvidareDnr:
0000-000

Mall/Guide för att skriva genomförandeplan på papper vid den sociala planeringen

Att tänka på när vi gör/uppdaterar en genomförandeplan:

- Använd denna mall vid den sociala planeringen, använd mallen som ett samtalsunderlag.
- Tänk på att betona att det är den enskildes lägenhet/hem
- Tänk på att genomförandeplanen ska upprättas med delaktighet från den enskilde och blir en överenskommelse med denne.
- Kontrollera att kontaktuppgifterna från huvudbilden är korrekta med namn, adresser och telefonnummer.
- Dokumentera sedan in i verksamhetssystemet Magna Cura, tänk på att skriva så att en ny omvårdnadspersonal kan hjälpa boende utifrån genomförandeplanen. Tydlighet under punkten HUR.
- För att kunna beskriva HUR hjälpen ska ges ska följande frågor ställas:

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?



För att underlätta den löpande texten kan vi göra egna underrubriker, se t.ex. under rubriken måltider och personlig omvårdnad:

Morgon:

Under dagen:

Kväll:

Natt:

När genomförandeplanen är inskriven i Magna Cura arbetssparas dokumentet och skrivs ut så att den enskilde får läsa igenom. När den enskilde muntligt godkänt sin plan ska det dokumenteras i Magna Cura. Sedan signeras genomförandeplanen i Magna Cura och blankett för underskrift skrivs ut och lämnas till den enskilde för underskrift. Genomförandeplanen skrivs ut och förvaras tillsammans med underskriften på överenskommen plats.

Underskriften behövs bara första gången (om den enskilde klarar av detta). Vid löpande uppdateringar räcker det med att delaktigheten dokumenteras av kontaktombudet.

Att arbetsspara genomförandeplanen:

- Markera översta grenen på genomförandeplanen
- Tryck på arbetsspara
- Tryck OK

För att komma åt en arbetssparad anteckning:

- Markera översta grenen på genomförandeplanen
- Tryck på ändra

Att skriva ut genomförandeplanen:

- Markera översta grenen på genomförandeplanen
- Tryck på skriv ut
- En ruta kommer upp med olika alternativ tryck på avbryt
- En ny ruta kommer upp tryck på skriv ut

Att signera hela genomförandeplanen:

- Markera översta grenen på genomförandeplanen
- Tryck på signera
- Spara med lösenord

Att skriva ut blankett för godkännande:

- Markera översta grenen på genomförandeplanen
- Tryck på skriv ut
- En ny ruta kommer upp med olika alternativ markera "Ej aktuell genomförandeplan"
- Tryck på skriv ut

Kontaktombudet läser igenom genomförandeplanerna till de personer denna är kontaktombud för. Detta görs en gång per månad. Lägg gärna in arbetsmomentet i din kalender så det blir gjort.

En genomförandeplan ska uppdateras minst en gång per halvår. Kom ihåg att lägga in påminnelse om uppföljningen i kalendern så detta hålls!

Huvudbild

Namn: Personnummer:

Adress: Telefonnummer:

Kontaktas i första hand:

Anhörig/närstående: Relation:
Adress: Telefonnummer:

Kan kontaktas nattetid:

Anhörig/närstående: Relation:
Adress: Telefonnummer:

Kan kontaktas nattetid:

Anhörig/närstående: Relation:
Adress: Telefonnummer:

Kan kontaktas nattetid:

Under fliken Juridiska frågor:

God man/förvaltare: Relation:
Adress: Telefonnummer:

Kan kontaktas nattetid:

God man/förvaltare, ska vara utsedd av tingsrätten för att få stå med här.

Mål

Det kan vara svårt att komma överens om ett mål under varje avsnitt i planen. Kom överens med den enskilde om minst ett mål under någon av rubrikerna. T.ex. "Att upprätthålla förmågan att...", "Att delta i..." eller "Att åter kunna..."

Genomförandeplan

Måltider

Tex specialkost, allergier, diabetiker, speciella önskemål, specialkost med hänsyn till religion, hjälpmedel.

- **Vad** har du för behov/önskemål:
T.ex. Vad och hur mycket jag önskar en vanlig dag

Frukost:

Lunch:

Kaffe:

Middag:

Kvällsfika:

Nattmål:

- **Mål:**

Finns den enskildes uppsatta mål under kategori Måltider? Ja? Skriv vad målet är här.

- **Hur:**

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?

Var sitter jag och äter mina måltider? Behöver jag hjälp med matning, sitter jag i en speciell stol, tar jag maten själv, breder mina smörgåsar, dryckesvanor, beräkning av kosten, mm.

Frukost:

Lunch:

Kaffe:

Middag:

Kvällsfika

Nattmål:

- **När:**

Behöver endast fylla i om det avviker från de stående måltiderna t.ex. brukar vakna vid 06:00 och vill då ha en kopp kaffe och en smörgås.

- **Vem** har ansvar:

Behöver endast fylla i om det avviker från det gemensamma ansvaret, t.ex. om kontaktombud eller anhörig har ett särskilt ansvar.

- **Uppföljning:**

Kontinuerligt vid behov och/eller minst var 5:e månad, så att genomförandeplanen inte blir äldre än 6 månader.

Personlig omvårdnad

- **Vad** behov/önskemål

T.ex. behöver hjälp med påklädning, hygien, toalettbesök, tandvård, hörsel- och synhjälpmedel, osv.

- **Mål:**

Finns den enskildes uppsatta mål under kategori Personlig omvårdnad? Ja? Skriv vad målet är här

- **Hur**

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?

Morgon:

Hur och var ska hjälpen ges med den personliga morgon hygien. T.ex. nedre toalett sköts i sängen, varierar det från dag till dag, tydliggör vilka hjälpmedel som används vid förflyttningar, ska sjukgymnastik ges i sängen på morgonen, behov av inkontinensskydd, stödstrumpor osv., t.ex. omläggning skall ske se omvårdnadsplan, munvård vad ingår i den, hörsel- och synhjälpmedel,.

Under dagen (t.ex. toalettbesök, vila osv.)

Kvällen:

Munvård, toalettbesök, avklädning, förvaring av kläder, placering av hjälpmedel, sänggrindar eller inte skall vara ordinerat av sjuksköterska, lampor på eller av, larm, har man önskemål om ca tidpunkt, ska dörren vara låst?

Natten:

Tillsynsbesök när och vad, toalettbesök.

Dusch:

Tidpunkt, hur och hur ofta, hjälpmedel, hårvård, hudvård, nagelvård, mm.

- **När:**

Behöver endast fylla i om det avviker från punkten hur. Önskemål om tid.

- **Vem** har ansvar:

Behöver endast fylla i om det avviker från det gemensamma ansvaret t.ex. om kontaktombud eller anhörig har ett särskilt ansvar.

- **Uppföljning:**

Kontinuerligt vid behov och/eller minst var 5:e månad, så att genomförandeplanen inte blir äldre än 6 månader.

Aktiviteter

- **Vad** behov/önskemål:

Intresse t.ex. vad är ”guldkant för mig”, vad är egentid för mig, musik, gudstjänst, djur, handarbeten, böcker, korsord, föreningsliv, idrott, TV, bakning och matlagning mm.

- **Mål:**

Finns den enskildes uppsatta mål under kategori aktiviteter? Ja? Skriv vad målet är här

- **Hur:**

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?

T.ex. vill delta på gemensamma aktiviteter eller vill inte, blir hämtad till ex en förening, promenader, fikastunder, önskemål och att vara ute, egen tid, mm.

- **När:**

Behöver endast fylla i om det avviker från hur:et. Tidpunkter

- **Vem** har ansvar:

Behöver endast fylla i om det avviker från det gemensamma ansvaret tex om kontaktpersonen eller anhörig har ett särskilt ansvar.

- **Uppföljning:**

Kontinuerligt vid behov och/eller minst var 5:e månad, så att genomförandeplanen inte blir äldre än 6 månader.

Kommunikation

- **Vad** behov/önskemål:

Hjälp med att använda telefon, kommunikation via andra hjälpmedel, vilken kontakt man har med anhöriga och bekanta, mm.

- **Mål:**

Finns den enskildes uppsatta mål under kategori kommunikation? Ja? Skriv vad målet är här

- **Hur:**

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?

Hjälper att slå telefonnummer, tänka på att papper och penna finns tillgängligt, mm.

- **När:**

Behöver endast fylla i om det avviker från hur:et.

- **Vem** har ansvar:

Behöver endast fylla i om det avviker från det gemensamma ansvare, t t.ex. om kontaktpersonen eller anhörig har ett särskilt ansvar.

- **Uppföljning:**

Kontinuerligt vid behov och/eller minst var 5:e månad, så att genomförandeplanen inte blir äldre än 6 månader.

Övriga insatser

- **Vad** behov/önskemål:

Fotvård, frisör, tandläkare, låsning av dörr, post, larm, städ, optiker, rengöring av hjälpmedel, fönsterputsning, tvätt, ekonomi, inköp av t.ex. hygienartiklar, spara kvitton från t.ex. apoteket, glödlampor, behov av ledsagare till t.ex. sjukhuset, mm.

- **Mål:**

Finns den enskildes uppsatta mål under kategori personlig omvårdnad? Ja? Skriv vad målet är här

- **Hur:**

Klarar?

Klarar med hjälp, hur, med vems/vads hjälp?

Klarar ej,

Behovet kan tillgodoses på annat sätt, hur?

Av vem och när, samt hur betalning sker, kontakten med den som är behjälplig med ekonomin, vem har hand om post och hur, vem är ledsagare till t.ex. sjukhuset, är det något särskilt med tvätten eller städningen, mm.

- **När:**

Behöver endast fylla i om det avviker från hur:et.

- **Vem** har ansvar:

Behöver endast fylla i om det avviker från det gemensamma ansvaret, t.ex. om kontaktpersonen eller anhörig har ett särskilt ansvar.

- **Uppföljning:**

Kontinuerligt vid behov och/eller minst var 5:e månad, så att genomförandeplanen inte blir äldre än 6 månader.

Godkännande av genomförandeplan

Beskriv hur den enskilde/anhörige har deltagit i upprättandet och signerandet av genomförandeplanen.