

2024-07-24

SAMTALSGUIDE FÖR UPPRÄTTANDE
AV GENOMFÖRANDEPLAN
i hemtjänst

### Fast omsorgskontakt och uppdrag:

Jag gör tillsammans med dig en planering av hur dina beslutade insatser ska utföras av personalen.

Mitt uppdrag är att ha ett samtal med dig runt hur du vill ha dina stödinsatser. Det du berättar för mig skriver jag in i en så kallad genomförandeplan

Namn/personnr:

Vem deltar:

Anhörig:

Insats:

### Vad är en genomförandeplan:

* En genomförandeplan beskriver för personalen hur din beslutade insats praktiskt ska genomföras och hur insatsen ska följas upp.
* Enligt Socialtjänstlagen är vi skyldiga att erbjuda dig att upprätta en genomförandeplan, det är dock frivilligt och du kan tacka nej.
* Genomförandeplanen gör det tydligt, både för personalen och för dig, **vad** som ska göras, **vem** som ska göra vad och **när** och **hur** det ska göras.
* Planen skrivs i JAG- form.
* Du har enligt Socialtjänstlagen rätt att bestämma och påverka hur dina stödinsatser utförs, det är du som ska tala om för oss hur vi ska arbeta.

### Arbetslagets roll:

* När genomförandeplanen är klar lämnas den till aktuellt arbetslag.
* Den blir sedan deras arbetsinstruktion. Du får också en kopia.

### Den enskildes upplevelse:

* Hur känns det att prata med mig?
* Har du förstått vem jag är och vad vi ska göra tillsammans idag?

**Samtalsguiden är ett stöd vid ert samtal, frågorna är exempel på vad som kan vara bra att få med i genomförandeplanen, alla frågor behöver inte ställas och besvaras av brukaren. I denna samtalsguide finns de vanligaste IBIC-insatser med, markera och fråga endast om de insatser brukaren fått beslut på.**

**Att tänka på när personalen kommer hem till mig:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vad är viktigt att personalen tänker på när de kommer till dig? Ska de t.ex. ta av skor, ringa på och vänta eller ringa på och gå in direkt, låsa upp etc.**Finns det husdjur?**Behöver vi en vägbeskrivning, boendebeskrivning portkod etc. (Läggs i boendebeskrivningen/vägbeskrivning under Övrig information i Lifecare)**Hur vill du att personal agerar om du inte öppnar eller är hemma vid inplanerat besök från hemtjänsten?**Vad behöver du för att känna dig trygg dag/natt? Ex. en lampa tänd, dörren låst etc.* |  |

**Bemötande/Integritet:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vad är ett bra bemötande för dig?**Hur vill du att vi bemöter dig om du är ledsen eller arg?**Vad är viktigast att tänka på i mötet med dig?**Finns det något som du särskilt vill att vi tar hänsyn till?* |  |

**Kommunikation:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Använder du några hjälpmedel för att underlätta kommunikationen? Hörapparat, förstoringsglas, glasögon, teckenspråk, gester, bildstöd, tekniska hjälpmedel etc.**Hur uttrycker du dig i tal och skrift? Höra, se, läsa, skriva? Delta i diskussioner. Använda telefon?**Beskrivning av metoder som används för att underlätta kommunikation* |  |

**Min bakgrund:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Var har du bott?**Vilka är/var dina intressen?**Vad arbetade du med?**Hur såg/ser din familj ut?* |  |

**Min Hälsa:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Hur upplever du din hälsa idag?* *Faktorer som påverkar din hälsa? Viktiga hälsohändelser i livet.**Beskriv din hälsa idag, t.ex. allergi, insulinbehandlad diabetes, syn, hörsel, balansproblem* |  |

**Allergier:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Finns det allergier? Vilka?* |  |

**Övriga hjälpmedel:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vilka övriga hjälpmedel finns? Hygienstol? Digitalt påminnelsestöd? Griptång? Etc.*  |  |

**Närståendekontakt/Samtycke:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Samtycke, får vi lämna ut information till anhöriga? Anhöriga hämta info - genomförandeplan, journalanteckningar, infogade dokument?* *I vilka situationer vill du att vi kontaktar anhöriga?**Är det okej att kontakta någon av dina närstående nattetid?* *Vem kontaktas i första hand?* |  |

**IBIC insatser:**

**Markera vilka insatser som brukaren fått beviljat, övriga insatser ska inte besvaras.**

**Vid natthjälp:** Information läggs in under respektive insats, ex. förflyttning/toalettbesök/hygien/på-avklädning/bereda måltid/tillsyn.

**VAD:** Förflyttning

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskrivning av hur samtliga förflyttningar går till. Exvis: i säng, till och från rullstol/hygienstol, förflyttning utomhus etc.* *Använder du några hjälpmedel för att underlätta förflyttning t.ex. rollator, lyftbälte, lyft etc.**Sänggrindar?* |  |

**VAD:** Dusch

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskrivning av hur duschmomentet praktiskt går till. Schampo, balsam, tvättlapp/svamp, hårvård efteråt? Insmörjning? Torka upp efteråt?***VEM:** |  |

**VAD:** Hygien- Att tvätta sig

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskrivning av hur den personliga hygienen utförs? – Avtvättning, rakning?* *Beskriv din munhälsa, vilket stöd behöver du gällande din munvård? Proteser/egna tänder?* |  |

**VAD:** Toalettbesök- Att sköta toalettbehov

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Hur vill du att vi förhåller oss till dig i olika situationer, t.ex. vid stöd med personlig hygien vid toalettbesök?**-Använder du några inkontinenshjälpmedel? Vilken sort? Samma skydd dag/natt? – Vem beställer?* |  |

**VAD:** På & avklädning- Att klä sig

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskrivning av hur på & avklädningen går till. Byte av kläder? Vart kläderna finns?* *Stödstrumpor?**Halksockor/höftskyddsbyxa?* |  |

**VAD:** Tillsyn- känsla av trygghet

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Känner du dig trygg i din nuvarande situation?**Något vi ska tänka på vid tillsyner ex. lämna lampan tänd/släcka, låsa osv.* |  |
| **Vid Trygghetskamera:***Vilken tid under natten ska tillsynen ske?* *Vad gör vi om du inte befinner dig inom synhåll? Ex vis. Titta igen efter en tid, utföra ett fysiskt besök.* *Om det skulle uppstå tekniska problem, hur vill du bli kontaktad? Vad ska personalen tänka på vid fysiskt besök? Ex vis. prata så lite som möjligt, tända så lite som möjligt, väcka dig när de är hos dig etc.*  |  |
| **Vid telefonservice:***Tid på dygnet? Något särskilt vi ska fråga om/påminna om?* |  |

**VAD:** TRYGGHETSLARM- känsla av trygghet

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vid trygghetslarm, känner du det trygg med det, vet du hur det fungerar?* *Något speciellt att tänka på i samband med att du larmar?* |  |

**VAD:** Hushållssysslor- Hushållsarbete

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Exvis: sophantering, avtorkning av bord eller bänk, hämta posten, daglig bäddning, renbäddning diska, persienner, hantera tv, telefon eller annan hushållssyssla som det finns behov av.**Beskriv hur sysslorna utförs.*  |  |

**VAD:** Bereda måltid- Att bereda måltider

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskrivning av iordningställandet av måltider, vem gör vad? Vad kan personen göra själv/vara delaktig i? Bre smörgås? Duka? Lägga upp sin egna mat etc.* *Vad önskar personen till frukost, förmiddag/eftermiddagsfika, lunch, middag och kvällsfika samt ev. nattmat?**Beskriv din matlust. Vad äter du för sorts kost (NK, Hackad, Timbal etc?)*  |  |

**VAD:** Måltidsstöd- att äta

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vilket stöd behöver personen i måltidssituationer?* *Var intas måltiderna? Med vem?*  |  |

**VAD:** Promenad- Mellanmänskliga interaktioner & relationer

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vilket stöd behöver personen kring promenaden? Armkrok, rullstol?* *Promenad i närområde eller andra önskemål?*  |  |

**VAD:** Social samvaro- Mellanmänskliga interaktioner & relationer

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vad tycker personen om att göra? Aktiviteter som kan göras enskilt med personal?*  |  |

**VAD:** Städning- Att städa bostaden

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Parboende - 3rok, ensamstående - 2rok.* *Kan personen vara delaktig i några moment? Beskriv hur städningen går till.* *Var finns städmaterial?*  |  |

**VAD:** Tvätt- Att tvätta och torka kläder

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Kan personen vara delaktig i några moment? Beskriv hur tvätten går till. tvätt & sköljmedel, grader, tumlas eller hängs, ute/inne?* *Boka ny tvätt-tid?*  |  |

**VAD:** Inköp- Att skaffa varor & tjänster

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Gryt & Valdemarsvik: Onlinehandel.**Gusum & Ringarum: Nota till Birgersson.**Beskrivning av hur inköp av matvaror går till. Beställning, inloggning, leverans, vem skriver nota?*  |  |

**VAD:** Apoteksärenden- Att skaffa varor & tjänster

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Har du apodos? Levereras vart? Vem ombesörjer övriga läkemedel från apoteket?* *Finns fullmakt & konto så personal kan hämta ut?*  |  |

**VAD:** LEDSAGNING- ATT RÖRA SIG OMKRING PÅ OLIKA PLATSER

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Informera om att personen själv/anhöriga bokar färdtjänst i första hand. Om möjlighet inte finns kan personal vara behjälpliga.**På vilket sätt behövs stödet, beskriv hur.*  |  |

**VAD:** AVLÖSNING I HEMMET- KÄNSLA AV TRYGGHET

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Behövs stödet under hela tiden eller enbart i form av punktinsatser? som exempelvis toalettbesök, tillsyn etc.* *Informera om att avlösarservice ska bokas minst en vecka innan.**Viktigt att tänka på under tiden man utför stödet, beskriv hur.* |  |

**VAD:** MATDISTRIBUTION-

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Hjälp att fylla i matsedel? Hur ofta tas mat? Hur går leveransen till? Typ av kost? Allergier?**Om du inte är hemma får personal inte gå in, vart/hur ska maten lämnas?**Om maten står orörd sedan dagen innan, hur vill du att vi ska agera?* |  |

**VAD:** EGENVÅRD-

**HUR ska stödet genomföras och hur ska målet nås:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Beskriv hur stödet skall utföras.*  |  |