|  |
| --- |
| **GenomförandeplanPersonlig assistans LSS** |

**Syfte**

Syftet med en genomförandeplan är att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs för kunden och för medarbetarna:

* vad som ska göras
* vem som ska göra vad, när och hur.

Genomförandeplanen ska användas som utgångspunkt för fortlöpande anteckningar i journalen. Den bör också användas som underlag för uppföljning av insatsen. Genomförandeplanen ska revideras minst en gång per år, eller vid behov.

Kunden ska erbjudas möjlighet att, utifrån egna förutsättningar och behov, vara delaktig i planering inför och under skapande av genomförandeplan.

**Ansvar**

Kontaktman, eller annan utsedd person, på verksamheten ansvarar för att kunden har en aktuell genomförandeplan.

Alla medarbetare inom verksamheten ansvarar för att arbeta utifrån kundens genomförandeplan och att dokumentera när det inträffat avvikelser från planen och händelser av vikt. Bitr.Verksamhetschef ansvarar för att rutinen är känd och finns tillgänglig för alla medarbete.

**Utförande**

**Skapande av genomförandeplan**

En påbörjad samt **avgiven** genomförandeplan ska finnas tillgänglig i dokumentationssystemet Pulsen Combine senast tre veckor efter att en kund har påbörjat insats. Kontaktman, eller annan utsedd person, bjuder in kunden, närstående, god man/förvaltare till ett genomförandeplansmöte.

Under genomförandeplansmötet ska kontaktmannen skapa förståelse för kundens önskemål utifrån dennes syn på sina förmågor, intressen, önskemål och behov. Det gäller särskilt när en kund uttrycker behov av såväl kommunikationsstöd som omgivningens stöd för att kunna förmedla sina önskemål och för att bli förstådd.

Information som framkommit vid eventuellt SIP-möte tas med i dialogen under genomförandeplansmötet.

När genomförandeplanen är komplett och avgiven i dokumentationssystemet ska en papperskopia förvaras i kundens individpärm.

**Uppföljning av genomförandeplan**

Uppföljning kan bestå av kunds förändrat behov samt om våra arbetsmetoder, arbetar vi på rätt sätt?

Dagligen *(se dokument rollbeskrivning Stödassistent/Habiliteringsassistent)*

Månatligen *(se dokument rollbeskrivning Kontaktmannaskap)*

Årligen *(se dokument rollbeskrivning Kontaktmannaskap)*

*Samtycke (se dokument Samtycke kund)*

Kund erbjuds att förnya alternativt återta samtycken kring genomförandeplanens aktiviteter och rutiner.

**Genomförandeplan (lathund)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | ……………………………………….. |
| **Personnummer** | ……………………………………….. |
| **Ansvarig** | Fullständigt namn och titel |

  **Planens framtagande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | ……………………………………….. |
| **Deltagande** | Om kunden har deltagit och hur, i samtal |
| **Övriga deltagande personer** | Namn på medarbetare och deras titlar, övriga personers namn och relation till kunden (exempelvis make/maka, son/dotter, god man eller annat) |
| **Uppföljning av planen** | Om behoven förändras och senast inom ett år |

**Mål och insatser**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beställt målMålIndividuellt målBeställd insatsInsatsOmfattningAnteckning** | Information från LSS-handläggare |

**Utförarens mål och insatser**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planerat målMålformuleringIndividuellt målInsatsOmfattningHur** | Skriv en kortfattad beskrivning om hur mål från LSS-handläggare ska uppfyllas. Om det står ”Stötta/Motivera” så ombeds kunden beskriva hur det kan göra det på bästa sätt.Om det står ”Bevara funktioner” Vilka funktioner kan det vara och hur genomförs det på bästa sätt? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Morgon** | 07:00 – 12:00 | Hur vill kunden ha sin morgon?Vilken tid vill hen gå upp?Hygien, hjälpmedel, påklädning?Larm?Om dusch, vilken tid, vilka dagar?Några särskilda önskemål? |
| **Dag** | 12:00 – 18:00 | Hur ser önskemålen inför dagen ut?Sysselsättning, måltider, vila?Utevistelse? |
| **Kväll** | 18:00 – 21:30 | Hur vill kunden ha sin kvällsrutin?Sysselsättning? Exempelvis titta på TVVilken tid vill hen gå och lägga sig?Hygien, hjälpmedel, avklädning?Larm?Några särskilda önskemål? |
| **Natt** | 21:30 – 07:00 | Vill kunden vara uppe, lägga sig sent?Lampa tänd eller släckt, varmt eller svalt? mmlarm?Vill kunden ha tillsyn på natten?Dörren låst eller olåst?Några särskilda önskemål? |

**Sociala aktiviteter**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktiviteter** | * Vad tycker kunden om att göra?
* Är hen social och vill umgås mycket med andra?
* Deltar kunden (eller önskar delta) i några aktiviteter på boendet, exempelvis veckoaktiviteter, månadsarrangemang eller egna aktiviteter?På vilket sätt? Vid vilken tid? På vilka dagar?
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intressen, religion, traditioner som betyder mycket** | * Vilka intressen finns (har funnits)?
* Vilka traditioner har hen haft, vill fortsätta med? Vad är viktigt?
* Är det någon religion som ni ska hänsyn till?
* Annat som är bra att veta?

**Här gäller det att vara nyfiken** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Viktiga personer eller kontakter** | Namn, relation och kunden vill hålla kontakten. Vill ha hjälp att ringa? |

**Hälsa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergier** | Är det något särskilt som stödpersonal behöver känna till? |
| **Kost, matvanor, aptit** | Viktigt att försöka ta reda på vad kunden tycker om, hur måltidssituationen önskas och om det är något speciellt (stora, små portioner).Dryck till maten, kryddor mm |
| **Syn, hörsel, tal** | Är det något särskilt som stödpersonal behöver känna till?Hur vill kunden samtala, något speciellt att tänka på? Kommunikationshjälpmedel? |
| **Munvård** | Behövs hjälp eller gör kunden detta själv?Hur, när? |
| **Förflyttning, Rörelseförmåga** | Är det något särskilt som stödpersonal behöver känna till?Hjälpmedel? |
| **Oro, otrygghet** | Hur känns det att bo här? Är det något du oroar dig för? Känner du dig trygg? |
| **Orientering, Minne** | Något särskilt som stödpersonal behöver känna till? Något stöd som önskas (påminnelser etc.)? Tidshjälpmedel? |
| **Larm** | Typ av larm, placeringFinns samtycke? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Färdtjänst** | Ja |  | Nej |  |
| **Medicin** | Ja |  | Nej |  |

**Förmåga till förflyttning inom- och utomhus**

**Inomhus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Utan hjälpmedel |  | Käpp |  | Rollator |  | Rullstol |  |

**Utomhus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Utan hjälpmedel |  | Käpp |  | Rollator |  | Rullstol |  |

**Hjälpmedel**……………………………………………………………………..

**Annat**…………………………………………………………………………….

**Måltidssituation**

Beskrivning av vanor, rutiner, behov och förmåga kring måltidssituationens olika moment.

**Personnära**

Beskrivning av vanor, rutiner, behov och förmåga kring olika personnära moment, som hygien, toalett och klädsel.

**Sköta hemmet**

Beskrivning av vanor, rutiner, behov och förmåga kring olika moment som berör att sköta sitt egna hem, så som tvätt, städ och inköp.

**Övrigt**

Förmåga och behov av stöd inom områdena ekonomi, tid, sysselsättning, förändring och orientering.

**Förhållningssätt**

Beskrivning av önskemål och behov kring förhållningssätt och bemötande. Är det något särskilt som kunden vill att stödpersonal ska tänka på eller ta hänsyn till vid omvårdnad eller stöd?

**Underskrift**

Möjlighet för kund att signera genomförandeplanen.

**Genomförandeplan**

När genomförandeplanen är komplett och godkänd av deltagande parter, skapas ett slutredigeringsdokument som avges till LSS-handläggare.