

## UPPDRAG

### Avser

0,5 Ibic Säbo, 211221-T010

### Den enskildes uppfattning

#### Känsla av trygghet

0,5s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Känner sig orolig när hon är ensam på kvällarna. På dagarna är hon i dagrummet*

#### Att tvätta sig

0,5s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Klarar inte att tvätta håret*

### Relaterade faktorer

#### KROPPSFUNKTIONER

*Har ångestproblematik. På grund av brutit armen svårt att sträcka armarna uppåt.*

#### OMGIVNINGSAKTORER

*Bor i lägenhet på Särskilt boende. Har ingen kontakt med anhöriga.*

#### KROPPSSTRUKTURER

*Brutit armen slutet av november*

### Behov som ska tillgodoses med insatser

#### Känsla av trygghet

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Känner sig orolig när hon är ensam*

Avsett funktionstillstånd/mål 2018-12-14: Måttlig begränsning.

*Känna sig tryggare*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Kvällstid stödjande att titta till henne och i samband med detta en liten pratstund.*

Insatser: IBIC Trygghetstillsyn.

### **Att tvätta sig**

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Klarar inte att tvätta håret*

Avsett funktionstillstånd/mål 2018-12-14: Ingen begränsning.

*Klara att tvätta håret på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Tränande att kunna tvätta håret på egen hand.*

Insatser: IBIC Dusch.

### **Övergripande mål**

Möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

Leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

### **Beslut och ingående insatser**

**ÄO Hemtjänst 4 §1 SoL (2017-12-19 - tv)**

-IBIC Trygghetstillsyn 1 tillfälle kvällstid.

-IBIC Dusch 2 tillfällen i veckan.

**Planerad uppföljning : 2018-12-14**

### **Handläggarens uppgifter**

Handläggare

Göran Olsson

Befattning

Handläggare

Telefon

0303-23 98 77

### **Uppdragstagare**

Namn

ÄO Hemtjänst TEST

Ansvarig

Susanne Schedin

ARBETSKOPIA

# Genomförandeplan

<b>Namn</b> Ibic Säbo, 0,5	<b>Personnummer</b> 211221-T010
-------------------------------	------------------------------------

## Utförarenhet

<b>Enhetens namn</b> ÄO TEST
<b>Kontaktpersonal</b>
<b>Medverkande vid upprättande av planen (namn och anknytning)</b>
<b>Delaktighet om annan än den enskilde</b>
<b>Om den enskilde har deltagit i planeringen - beskriv hur</b>

## Bedömt och prövat behov samt mål

### Bedömt och avsett funktionstillstånd

#### Handläggarens bedömning av behov och önskat resultat/målsättning

##### Känsla av trygghet

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Känner sig orolig när hon är ensam*

Avsett funktionstillstånd/mål 2018-12-14: Måttlig begränsning.

*Känna sig tryggare*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Kvällstid stödjande att titta till henne och i samband med detta en liten pratstund.*

Insatser: IBIC Trygghetstillsyn.

##### Att tvätta sig

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Klarar inte att tvätta håret*

Avsett funktionstillstånd/mål 2018-12-14: Ingen begränsning.

*Klara att tvätta håret på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Tränande att kunna tvätta håret på egen hand.*

Insatser: IBIC Dusch.

##### Övergripande mål

Möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

Leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

### Delmål

#### Delmål med insatserna

### Bemötande

#### Bemötande

## Relaterade faktorer

### Omgivningsfaktorer, Personfaktorer, Kroppsfunktioner, Kroppsstrukturer

**KROPPSFUNKTIONER**  
Har ångestproblematik. På grund av brutit armen svårt att sträcka armarna uppåt.

**OMGIVNINGSAKTORER**  
Bor i lägenhet på Särskilt boende. Har ingen kontakt med anhöriga.

**KROPPSSTRUKTURER**  
Brutit armen slutet av november

## Planering av utförande (dygnsbaserad)

### Insatser över dygnet

Morgon

**Förmiddag**

**Lunch**

**Eftermiddag**

**Kväll**

Natt

## Planering av utförande (veckobaserad)

### Insatser - veckoplanering

måndag

tisdag

**onsdag**

**torsdag**

**fredag**

**lördag**



söndag

## Planering av utförande (insatsbaserad)

### Insatser - planering per insats

Insats

Insats

Insats

Insats

Insats

## Allmänt

### Uppgifter

Planen gäller från och med

2018-01-03

Planerat uppföljningsmöte

## Underskrifter

Underskrift av den enskilde/företrädare

---

---

Datum

Underskrift av kontaktpersonal

---

---

Datum

/

Underskrift ansvarig chef

---

---

Datum

/