

## UPPDRAG

### Avser

4 Ibic Säbo, 211221-T012

### Den enskildes uppfattning

#### **Att ändra grundläggande kroppsställning**

4s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Använder Turner vid förflyttning till/från rullstol*

#### **Att tvätta sig**

4s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Kan tvätta ansiktet med handräckning, hjälp med övriga kroppen*

#### **Att sköta toalettbehov**

4s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att torka sig och byta inkontinenshjälpmedel*

#### **Att klä sig**

4s uppfattning om sina behov: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att ta på kläder*

### Relaterade faktorer

#### **KROPPSFUNKTIONER**

*Har afasi och svårt att få fram ord. Kan inte använda vänster arm/hand.*

*Vänster ben går att stöja på vid förflyttning men försvagad med fallrisk*

#### **OMGIVNINGSAKTORER**

*Ensamstående. Har ingen kontakt med anhöriga.*

*Är rullstolsbunden, kör rullstolen på egen hand. Använder Turner vid förflyttning säng/toalett/rullstol.*

#### **KROPPSSTRUKTURER**

*Efter en stroke nedsatt rörlighet vänster sida.*

## Behov som ska tillgodoses med insatser

### Att ändra grundläggande kroppsställning

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver Turner vid förflyttning från/till säng/rullstol/toalett*

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

*Kunna stå stadigare och klara förflyttningar från sittande till rullstol på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Tränande att kunna förflytta sig från säng/rullstol/toalett på egen hand.*

Insatser: IBIC Förflyttning, IBIC Omvårdnad, IBIC Toalettbesök, IBIC Dusch.

### Att tvätta sig

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Klarar att tvätta sig i ansiktet med stöd. Behov av hjälp med resten av kroppen.*

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

*Klara att tvätta övre delen av kroppen*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Stödjande/tränande att tvätta övre delen av kroppen. Kompenserande nedre hygien*

Insatser: IBIC Dusch, IBIC Omvårdnad.

### Att sköta toalettbehov

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att torka sig och byta inkontinenshjälpmedel*

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

*Bli ren efter toalettbesök.*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Kompenserande att torka sig och byta inkontinenshjälpmedel*

Insatser: IBIC Toalettbesök.

### Att klä sig

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att ta på/av sig kläderna helt*

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

*Kunna klä på/av sig kläderna på överkroppen på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Stödjande/tränande att klara av att klä sig det han klarar själv på överkroppen. Kompenserande med strumpor och skor.*

Insatser: IBIC Dusch, IBIC Omvårdnad.

## Övergripande mål

Leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.  
Möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

## **Beslut och ingående insatser**

### **ÄO Hemtjänst 4 §1 SoL (2017-12-18 - tv)**

- IBIC Omvårdnad med att tvätta sig och klä sig 2 tillfällen/dag.
- IBIC Förflyttning vid omvårdnad, dusch samt toalettbesök.
- IBIC Dusch 2 tillfällen/veckan.
- IBIC Toalettbesök vid behov dagtid/kväll samt 2 tillfällen på natten

**Planerad uppföljning : 2018-12-14**

## **Handläggarens uppgifter**

Handläggare	Befattning	Telefon
Göran Olsson	Handläggare	0303-23 98 77

## **Uppdragstagare**

Namn	Ansvarig
ÄO Hemtjänst TEST	Susanne Schedin

ARBETSKOPIA

# Genomförandeplan

<b>Namn</b> Ibic Säbo, 4	<b>Personnummer</b> 211221-T012
-----------------------------	------------------------------------

## 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

##### **Att ändra grundläggande kroppsställning**

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver Turner vid förflyttning från/till säng/rullstol/toalett*

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

*Kunna stå stadigare och klara förflyttningar från sittande till rullstol på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Tränande att kunna förflytta sig från säng/rullstol/toalett på egen hand.*

Insatser: IBIC Förflyttning, IBIC Omvårdnad, IBIC Toalettbesök, IBIC Dusch.

##### **Att tvätta sig**

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Klarar att tvätta sig i ansiktet med stöd. Behov av hjälp med resten av kroppen.*

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

*Klara att tvätta övre delen av kroppen*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Stödjande/tränande att tvätta övre delen av kroppen. Kompenserande nedre hygien*

Insatser: IBIC Dusch, IBIC Omvårdnad.

##### **Att sköta toalettbehov**

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att torka sig och byta inkontinenshjälpmedel*

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

*Bli ren efter toalettbesök.*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Kompenserande att torka sig och byta inkontinenshjälpmedel*

Insatser: IBIC Toalettbesök.

##### **Att klä sig**

Bedömt funktionstillstånd: Svår begränsning.

*Behöver hjälp att ta på/av sig kläderna helt*

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

*Kunna klä på/av sig kläderna på överkroppen på egen hand*

Hur behov kan tillgodoses: Med stödjande/tränande insatser.

*Stödjande/tränande att klara av att klä sig det han klarar själv på överkroppen. Kompenserande med strumpor och skor.*

Insatser: IBIC Dusch, IBIC Omvårdnad.

##### **Övergripande mål**

Leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

### Delmål

**Delmål med insatserna**

## Bemötande

**Bemötande**

## Relaterade faktorer

**Omgivningsfaktorer, Personfaktorer, Kroppsfunktioner, Kroppsstrukturer**

**KROPPSFUNKTIONER**  
Har afasi och svårt att få fram ord. Kan inte använda vänster arm/hand.  
Vänster ben går att stöja på vid förflyttning men försvagad med fallrisk

**OMGIVNINGSAKTORER**  
Ensamstående. Har ingen kontakt med anhöriga.  
Är rullstolsbunden, kör rullstolen på egen hand. Använder Turner vid förflyttning  
säng/toalett/rullstol.

**KROPPSSTRUKTURER**  
Efter en stroke nedsatt rörlighet vänster sida.

## 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