



ÖREBRO

SERVICE

INDIVIDUELL VÅRD- OCH OMSORGSPLANERING

Namn: _____ Personnr: _____

Gatuadress: _____ Tel.: _____

INTRODUKTIONSSAMTAL

Introduktionssamtalet genomförs omgående av personal från hemvården tillsammans med brukaren. Introduktionssamtalet måste genomföras innan eller i samband med att hjälpen påbörjas. Du presenterar hemvården och gör tillsammans med brukaren en planering (genomförandeplan) av brukarens hjälp, utifrån det mål och behovsbeskrivning som finns i biståndshandläggarens utredning.

En planering innebär att du och brukaren planerar för vilka insatser brukaren är i behov av, hur och när det ska utföras och av vem. Du kommer att behöva be brukaren berätta hur det har fungerat tidigare, vanor och önskemål samt vad brukaren klarar av idag.

Meddela brukaren vem är kontaktperson. Är kontaktpersonen inte i tjänst vid introduktionssamtalet eller genomför introduktionssamtalet så får den presentera sig vid ett annat tillfälle.

FÖRE SAMTALET

- Läs igenom uppdraget från biståndshandläggaren innan besöket. Är brukaren inskriven i hemsjukvården eller hos arbetsterapeuten så läs igenom dokumentationen och eventuella vårdplaner i HSL-journalen i Docit och ha en dialog med sjuksköterska och arbetsterapeut. Ibland kan de behöva vara med vid introduktionssamtalet.
- Ta med informationsbladet om rollen som kontaktperson och vem som är kontaktperson samt biståndshandläggarens uppdrag.

INTRODUKTIONSSAMTALET (kursiv text är sådant du ska berätta för brukaren)

- **Informera om rollen som kontaktperson utifrån info-bladet du lämnar eller skickar ut.**

Informera om att vi arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt.

All personal arbetar rehabiliterande för att du ska hålla igång kroppen och inte förlora de förmågor som du har. Det innebär att vi aktivt kommer att uppmuntra och motivera dig till att göra det du klarar själv. Det kan innebära att en arbetsterapeut eller en sjukgymnast kan komma att besöka dig.

- **Informera om vad en individuell vård- och omsorgsplanering är.**

Det är en lagstadgad skyldighet att kommunen har en individuell vård och omsorgsplanering för hur vård, omsorg och rehabilitering ska utföras hemma hos dig. Vid planeringen av den individuella vård och omsorgsplanen har du möjlighet att framföra dina önskemål och vara delaktig i vilka insatser som ska utföras, hur och när insatserna ska utföras och av vem.

- **Informera om hur vi arbetar med genomförandeplan.**

Genomförandeplanen är den dokumentation som kontaktpersonen gör. Den kommer att vara tillgänglig för berörd personal. All personal har tystnadsplikt. Där dokumenteras det som du tycker är viktigt att personalen vet om dig. De mål och delmål som du har satt upp tillsammans med kontaktpersonen samt vilka insatser som ska utföras hur och när insatserna ska utföras och av vem.

Samtal – fyll i alla delar så mycket som går. Det är viktigt att samtalet blir utifrån brukarens villkor och att samtalet inte blir en intervju, även om vi behöver få fram information. För att undvika en intervjusituation kan det vara klokt att ställa öppna frågor. Det innebär att man så långt så möjligt undviker att ställa ja och nej frågor eller värderande frågor.



ÖREBRO

SERVICE

Närstående (grundbilden under närstående)

Vilka anhöriga finns? Vem har förstahandskontakten? Vill de bli kontaktade nattetid vid försämrat hälsotillstånd?

Närstående 1. _____ Relation _____

Telefon: _____ Kontaktas nattetid Ja Nej

Närstående 2. _____ Relation _____

Telefon: _____ Kontaktas nattetid Ja Nej

Närstående 3. _____ Relation _____

Telefon: _____ Kontaktas nattetid Ja Nej

Allmän info

OAS _____ PAL _____

Kont.Pers _____ Bist.handl _____

Arb.ter _____ God man _____

Färdtjänst: Nej Ja, giltigt t.o.m. _____

Frikort sjukvård: Nej Ja, giltigt t.o.m. _____

Trygghetslarm: Ja Nej

Tillsynsnyckel Ja Nej

Får information om hälsotillståndet lämnas till: Anhöriga: Ja Nej

Sjukvårdsinstanser: Ja Nej



SERVICE

KARTLÄGGNING AV LEVNADSBERÄTTELSE

I vissa fall kommer nedanstående frågor redan vara ställda och besvarade i biståndshandläggarens utredning. Då finns det ingen anledning att fråga om samma sak. Men ibland kan det finnas en mening med att fördjupa sig i ett visst område. Hänvisa då till att du har tagit del av utredningen men har några följdfrågor till det som du har läst alternativt som brukaren har berättat. Om en brukare inte vill delge sin levnadsberättelse behöver detta dokumenteras.

Det är inte alltid som du behöver fråga kring varje område, det är behovsbeskrivningen som avgör vad du och brukaren ska samtala om. Kring varje behov som framkommer i utredningen och i samtalet är det viktigt att ställa följande frågor:

- Hur det har fungerat tidigare?
- Vad klarar du fortfarande själv?
- Vad behöver du stöd och hjälp med?

Genomförandeplanen är i två delar. Den ena delen är planering av delmål kopplat till mål och hur insatser ska verkställas. Den andra delen är levnadsberättelsen. Allt som framkommer vid samtalet om levnadsberättelsen ska dokumenteras i dokumentet bakgrund.



ÖREBRO

SERVICE

Bakgrund (Dokument Bakgrund/Aktuellt tillstånd under **Bakgrund**)

Hur långt bak i tiden som är relevant är individuellt och beroende på vilka insatser vi utför. Det gäller att vara lyhörd för vad han/hon vill dela med sig. Be personen att berätta om sig själv, t.ex. Född och upp vuxen, Yrke, andra roller, sysselsättning, intressen, hobbies. Be närstående om hjälp om den enskilde inte kan berätta själv.

Nuvarande situation/ Hälsotillstånd (Dokument Bakgrund/Aktuellt tillstånd under **Nuvarande situation/ Hälsotillstånd**)

Hur har hjälpen fungerat? Hur ser behovet ut i nuläget? Hur upplever han/hon sitt hälsotillstånd? Hur ser vardagen ut just nu? Det handlar om ögonblicksbilder och därför är nulägesbeskrivningen föränderligt. Något kan inträffa i vardagen som påverka motivationen och meningsfullhet. Du beskriver och sammanfattar de förändringar som skett sen uppdraget är skrivet och efter introduktionssamtalet.



ÖREBRO

SERVICE

Matvanor (Dokument Bakgrund/Aktuellt tillstånd under **matvanor**)

Vilka mål äter du (frukost, middag, kvällsmat, mellanmål?), vid vilken tidpunkt och vad består måltiderna av. Vad är viktigt kring måltidsmiljön? Vad tycker du speciellt mycket om/inte tycker om. Finns behov av att stimulera till att äta/dricka eller avstå från. Ev. dieter, purékost, flytande föda. Här anges också om han/hon har ev. sväljsvårigheter och om det finns risk vid matning. Näringsdryck? Matallergier, nutritionsbedömning av sjuksköterska?

Fysisk aktivitet

Hur ser funktionsförmågan ut (personlig hygien, på- och avklädning?). Har eller behövs det hjälpmedel. Stöd vid förflyttningar. Finns det behov av att träna? Hur ser dygnsrytmen ut? Finns det en fallrisk på grund av sjukdom, möblering i hemmet eller avsaknad av hjälpmedel. Vid fallrisk och om du misstänker att det beror på läkemedel, kontakta sjuksköterskan.

Social samvaro

Beskriv hans/hennes sociala nätverk idag. Det kan vara sådant som nära vänner, barn, föreningar o.s.v. Vad ser du mest fram emot under dagen, veckan?



ÖREBRO

SERVICE

Meningsfullhet

Nuvarande intressen, sysselsättning och hobbies. Det han/hon utför men också det han/hon skulle vilja men inte gör/kan. Vad är viktigast för dig i livet och stämmer det överens med hur du har det idag? Vad kan du göra själv för att hålla kvar det alternativt uppnå det? Vad kan vi göra för att stödja dig i att uppnå det alternativt hålla kvar det? Personliga önskemål

Trygghet

Vad är trygghet för dig? Var får dig att känna dig otrygg?



SERVICE

Exempel

Irma har tidigare varit ute och gått en promenad varje dag men efter att hon har ramlat så vågar hon inte göra det på egen hand.

Mål: Irma vill att vardagen ska vara som förut. Irma vill klara av att gå promenader själv varje dag.

Av beskrivningen vet vi att Irma har varit ute varje dag. (Vi har identifierat henne behov/önskemål). Vi behöver fråga hur det har fungerat? Alltså skapa oss en bild av förberedelserna inför och genomförandet av promenaden och om hon gör något särskilt efter. Har Irma haft hjälpmedel när hon promenerat? Hur långt har hon gått? Är det samma runda varje dag? Har Irma besvärats av yrsel? Behöver Irma vila efter promenaden? Osv.

Vad klarar Irma fortfarande själv? Vi vet att Irma upplever att hon inte vågar men vi behöver ställa frågor kring vad det är hon inte vågar? Var ligger rädslan? Är det att vara själv eller tillit till sin förmåga. Frågor behöver ställas dels för att ta reda på vad Irma fortfarande klarar av och vilka hinder som finns för att uppnå målet.

Efter det kan vi resonera om på vilket sätt vi kan stödja och hjälpa Irma. Vi utgår från den informationen vi har fått fram och det mål som Irma kommit överens om med biståndshandläggaren. Vi börjar planera för vad som vilka delmål och insatser som ska planeras in och eventuellt vilka kontakter som behöver tas.

Tex:

Delmål: Undersöka om Irma har rätt hjälpmedel och skapa trygghet i samband med promenader.

Insatser:

- Kontaktpersonen kontaktar sjukgymnast och arbetsterapeut för bedömning om hjälpmedel.
- Planerar in promenader med ledsagning för att Irma ska känna sig trygg.
- Etc.



GENOMFÖRANDEPLAN

Utgå från det mål som finns i biståndshandläggarens utredning och rehabiliteringsmål. Sätt tillsammans med brukaren upp delmål för att arbeta mot målet. Du väljer tillsammans med brukaren vilka insatser behöver för att nå delmål och målet.

Dokumentationsskyldighet

Informera om att vi har dokumentationsskyldighet och att brukaren har möjlighet att ta del av dokumentationen genom att vända sig till sin kontaktman.

Mål (Finns i biståndshandläggarens utredning samt ev. rehabiliterings- eller omvårdnads mål).

Exempel, Irma vill att vardagen ska vara som förut. Irma vill klara av att gå promenader själv varje dag.

Delmål (Kom tillsammans med brukaren överens om delmål)

Exempel, Delmål: Undersöka om Irma har rätt hjälpmedel och skapa trygghet i samband med promenader. Steg 1: Personal följer med vid promenader. Steg 2. Lår Irma gå självständigt men var med när Irma startar sin promenad och möt upp Irma när promenaden är klar. Steg 3. Irma promenerar självständigt.



ÖREBRO

SERVICE

Vad/vilken insats? (Här beskrivs vilken typ av insats, t.ex. Frukost, på- och avklädning, dusch)

Exempel, Vad:

1. Promenad två gånger i veckan med ledsagning.
2. Kontakta sjukgymnast och arbetsterapeut för bedömning av hjälpmedel

När ska det utföras? (Vilka dagar och eventuellt tider. T.ex. måndagar klockan 10.00 eller måndag förmiddag)

Exempel, När:

1. Tisdagar och torsdagar klockan 11.00
2. På teamträff 2009-01-28



ÖREBRO

SERVICE

Hur ska det utföras? (Beskriv hur insatsen ska utföras. Vad är viktigt att veta? Vill brukaren att vi frågar vid varje tillfälle eller ska alla veta vad som ska utföras? Vad är specifikt för brukaren? Här anges i detalj hur de olika insatserna ska utföras. Vilka är brukaren egna resurser? Hur kan man använda resurser runt brukaren. Resurser kan vara personal, närstående, hjälpmedel.)

Exempel, Hur:

1. De tre första veckorna följer personalen med, start 2009-01-26. Därefter ledsagar personalen till promenad och möter upp när den är klar. Promenaden tar ca: 20 minuter. Detta görs i tre veckor. Därefter går Irma själv på promenad. Vi utvärderar hur det fungerar efter 3 veckors självständig promenad.
2. Skriver upp Irma på dagordningen till teamträffen 2009-01-28

Vem ska utföras? (Kontaktpersonen, all omvårdnadspersonal, vad gör brukaren?)

Exempel, Vem:

1. All personal
2. Kontaktpersonen

Innan samtalet avslutas ska ni boka ett datum för uppföljning.



ÖREBRO

SERVICE

STÄLL NEDANSTÅENDE FRÅGOR VID BEHOV

Besöksinformation (grundbilden under besöksinfo)

Var förvaras nyckeln? Finns husdjur? Finns portkod? Vägbeskrivning och beskrivning av husets utseende kan vara viktigt för att vikarier och nyanställd personal skall hitta till brukarens bostad.

Hjälpmedel (Dokument: Aktuellt tillstånd/Nuvarande situation under fysiskt aktivitet)

Vilka hjälpmedel har brukaren? Om skador eller andra fel upptäcks kontakta arbetsterapeut eller sjukgymnast omedelbart.

Överkänslighet (Överrapportera till sjuksköterska om du som kontaktperson får reda på någon överkänslighet).

Fallrisk (Överrapportera till sjukgymnast om brukaren svarar ja på **en** av dessa frågor).

Har du ramlat den senaste tiden? Är du rädd för att du ska ramla?

Läkemedelshantering (Dokument: Bakgrund/Aktuellt tillstånd under hälsotillstånd)

Sköter själv, Dosett som delas av...eller Apo-dos? Var förvaras recepten? Vem köper ut?

Viktigt att tänka på (Dokument: Bakgrund/Aktuellt tillstånd under **nuvarande situation/hälsotillstånd**)

Allt som kan vara viktigt att känna till t.ex. att brukaren äter blodförtunnande medicin, har pacemaker, stel och smärtekänslig på morgonen, stödstrumpor etc.



ÖREBRO

SERVICE

UPPFÖLJNINGSSAMTAL

Kontaktpersonen går tillsammans med brukaren igenom de insatser som sattes in i samband med introduktionssamtalet. Insatserna kan också ha korrigerats under tiden fram till planeringssamtalet.

Det är viktigt att förstå att alla insatser som kontaktpersonen sätter in ska harmonisera med målet. Om det finns ett behov av insatser som inte stämmer överens med målet ska biståndshandläggaren kontaktas för ställningstagande om ny mål ska sättas upp. Kontaktpersonens uppdrag är att sätta upp delmål utifrån målet och vara kreativ i att sätta in insatser för att nå upp till målet.

När kontaktpersonen och brukaren går igenom aktuella insatser är viktigt att försöka få fram:

- Hur har det fungerat?
- Är det något som har fungerat mindre bra
- Behöver något förändras? Om ja, vad behöver förändras?

Kontaktpersonen har befogenhet att ändra och sätta in de insatser som brukaren efterfrågar. Alla förändringar i insatser ska registreras i docit. Det ska även dokumenteras i daganteckningar. Det som framkommit ska dokumenteras under sökordet **möten**. Registrerade insatser ska dokumenteras under sökordet påbörjade insatser.

EFTER SAMTALET

- Registrera insatserna i Docit
- Dokumentera i dokumentet Bakgrund/Aktuellt tillstånd och i genomförandeplanen i Docit.
- Dokumentera i Docit i daganteckningar under sökord **möte**, att det ni har haft ett planeringssamtal. Dokumentera vem som deltog och sammanfatta vad ni kommit fram till. Du kan hänvisa till genomförandeplanen och dokumentet Bakgrund/aktuellt tillstånd.
- Planera in insatserna och dokumentera i TES.
- Ta upp brukaren på nästa teamträff.



ÖREBRO

SERVICE

EFTER VARJE PLANERING

- ❑ Dokumentera under daganteckningarna i Docit att vårdplanering har hållits samt vilka som deltog.
- ❑ Dokumentera genomförandeplan för SOL-insatserna i Docit, en för service och en för omvårdnadsinsatser.
- ❑ Lägg in de planerade insatserna i TES
- ❑ När uppgifterna i detta formulär är dokumenterat i Docit släng det i dokumentförstöraren. Det ska inte finnas pappersdokument med brukaruppgifter sparade efter att de är dokumenterade i Docit.
- ❑ Använd team-träffarna till att ta upp hur det går med de mål som satts upp. Om större förändringar behöver göras ska kontaktpersonen kalla till ny Individuell vård- och omsorgsplanering.