



**Östra Göinge**  
kommun

# Dokumentationsvägledning för vårdpersonal

---

HÄLSA OCH OMSORG, ÖSTRA GÖINGE KOMMUN

Antagen av kvalitetsrådet 2023-12-20  
Upprättad av SAS Camilla Lindvall

## Innehållsförteckning

Dokumentationsvägledning för vårdpersonal enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	3
1. Inledning	3
2. Syfte med social dokumentation	3
2.1 Syftet för kunden	3
2.2 Syftet för verksamheten	4
2.3 Syftet vid insyn och tillsyn	4
3. Ansvar inom social dokumentation	4
3.1 Enhetschefens ansvar	4
3.2 Vårdpersonalens ansvar	4
3.3 Kundens ansvar	5
4. Vad ska dokumentationen innehålla?	5
4.1 Personuppgifter	5
4.2 Samtycke	5
4.3 Beslutade insatser	6
4.4 Genomförandeplan	6
4.4.1 Vägledning för personal som ska upprätta en genomförandeplan	7
4.4.2 Om kunden avstår från att medverka vid upprättande av genomförandeplan	7
4.4.3 Förberedelse inför samtalet	7
4.4.4 Samtalet	8
4.4.5 Om kunden inte kan uttrycka sig	8
4.4.6 Genomförandeplanens innehåll	9
4.4.7 Efter upprättad genomförandeplan	10
4.4.8 Användning av genomförandeplanen	10
4.4.9 Revidering/uppföljning av genomförandeplanen	10
4.4.10 Om kunden endast har matdistribution	10
4.4.11 Om kunden endast har trygghetslarm	11
4.5 Journalanteckningar (SoL-anteckningar och LSS-anteckningar)	11
4.5.1 Att tänka på när man dokumenterar	12
4.5.2 Exempel på olika typer av begrepp	12

4.5.3	Exempel på olika typer av anteckningar	13
4.5.4	Skillnaden mellan SoL-/LSS-anteckning och hälso- och sjukvårdsanteckning	14
4.6	Levnadsberättelse	15
4.6.1	Vad säger lagen?	15
4.6.2	Vad är en levnadsberättelse?	15
4.6.3	Hur skrivs en levnadsberättelse?	16
5.	Om verksamhetssystemet inte fungerar under kortare eller längre tid	16
6.	Ta del av dokumentationen	16
6.1	Vem har rätt att läsa?	16
6.1.1	Kunden	16
6.1.2	Närstående	17
6.1.3	Personal	17
6.2	Rapport	17
7.	Övrigt	17
	Bilaga 1 Checklista vid upprättande av genomförandeplan	1



## Dokumentationsvägledning för vårdpersonal enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

### 1. Inledning

Vid verksamheter där stora mängder information är i omlopp och där många personer och olika arbetsgrupper är involverade i en enskild persons vård och omsorg upprättas det en journal för att säkerställa en god och säker vård. För att kunna se om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredsställande sätt. All dokumentation ska vara objektiv och saklig.

Kraven på dokumentation regleras bland annat i socialtjänstlagen (SoL), i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt i förvaltningslagen (FL).

Kraven på dokumentation finns även i patientdatalagen. För detta finns en speciell dokumentationsrutin vilken man som personal ska följa när man utför arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Som vårdpersonal dokumenteras för att stärka rättssäkerheten och underlätta för kunden att bättre ta tillvara sin rätt. Därför är det viktigt att språket som används vid dokumentation är lättbegripligt. Det står även i lagen att för att dokumentationen ska kunna fylla sin huvuduppgift så krävs att den innehåller *tillräcklig, väsentlig* och *korrekt information*. Bara de uppgifter som har betydelse med hänsyn till verksamhetens art och kunden behöver dokumenteras.

Den som är ansvariga för dokumentationen, det vill säga tex vårdpersonal, får inte låta bli att dokumentera under någon längre tid och det ska alltid vara möjligt att följa vad som händer med kunden. Dokumentationen ska vara objektiv och saklig och kunden ska behandlas med respekt. Kunden ska kontinuerligt informeras om att det förs anteckningar och att hon/han har rätt att ta del av dessa.

Kraven på dokumentation förtydligas bland annat i Socialstyrelsens dokumentationsföreskrifter för verksamheter som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5) och Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten”.

## 2. Syfte med social dokumentation

### 2.1 Syftet för kunden

Social dokumentation är viktigt för kundens medverkan och inflytande över de insatser som beviljats och utförs. Det är även viktigt för kundens insyn och rättssäkerhet.



## 2.2 Syftet för verksamheten

Social dokumentation är viktigt för att personalen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det är ett arbetsverktyg för att kunna följa brukarnas behov, åtgärder och händelser av betydelse. Kunden ska kunna känna sig trygg i att personalen har tillräcklig information om kundens behov.

Dokumentation krävs också för verksamhetens planering, att kunna säkerhetsställa kvaliteten i verksamheten och för att handläggare ska kunna följa upp och ompröva insatser på ett korrekt sätt.

Dokumentation fyller en viktig funktion för de anställdas rättssäkerhet i samband med klagomål och anmälningar.

## 2.3 Syftet vid insyn och tillsyn

För att göra det möjligt för tex SAS att få insyn i ärende eller när tex revisorer eller IVO utför en tillsyn i verksamheten är det viktigt att dokumentationen av kundens insatser kan följas. Om inte dokumentation är rätt eller inte är fullständig så blir det svårigheter för verksamheten att lämna rätta uppgifter gällande kunden.

# 3. Ansvar inom social dokumentation

## 3.1 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att all personal har kunskap och följer de lagar, riktlinjer och rutiner som gäller för social dokumentation. Enhetschefen är även ansvarig för att det finns tid avsatt för att dokumentera.

Enhetschefen har ett uppföljningsansvar att dokumentationen förs på ett tillfredsställande sätt. Enhetschefen ansvarar även för att göra regelbundna loggkontroller av personalen.

## 3.2 Vårdpersonalens ansvar

Samtlig personal är ansvarig för att dokumentera det som den personalen ser och/eller är med om som är viktigt när det gäller omsorgen av kunden. Personalen är ansvarig att följa de lagar, riktlinjer och rutiner som finns gällande social dokumentation.

Personalen har även ett ansvar att meddela närmsta chef om hen upptäcker något felaktigt eller olämpligt i dokumentationen. Tex om någon har uttryckt sig kränkande eller någon har dokumenterat på fel person.

Den fasta omsorgskontakten är ansvarig för att upprätta en genomförandeplan samt hålla denna aktuell.



### 3.3 Kundens ansvar

Ibland önskar närstående att det finns olika former av kontaktböcker eller liknande som förvaras i hemmet där personalen och närstående kan skriva till varandra. Denna typ av material är ingen social dokumentation som verksamheten ansvarar för, utan det bedöms som ett kommunikationsstöd. Kontaktböcker får endast förekomma om den enskilde kunden har gett sitt samtycke och förstår innebörden av det. Det är kunden som ansvarar för anteckningarna och beslutar över hur de ska förvaras, vem som har tillgång till dessa samt hur och när de ska förstöras.

## 4. Vad ska dokumentationen innehålla?

Följande delar ska ingå i dokumentationen:

- Personuppgifter
- Samtycke
- Beslutade insatser
- Genomförandeplan
- Journalanteckningar
- Eventuell levnadsberättelse

### 4.1 Personuppgifter

Personuppgifter ska innehålla kontaktuppgifter till anhöriga. Skriv in namn, telefonnummer samt relation till kunden.

Det är viktigt att personalen diskuterar med kunden och dess anhöriga om anhöriga vill bli uppringda på natten och i vilka situationer. Det är viktigt att det finns dokumenterat vilken anhörig som ska kontaktas i första hand.

Om anhöriga inte vill bli kontaktade ska det skrivas in.

Samtliga yrkeskategorier som skriver i journalen har ett ansvar att uppdatera brukarnas personuppgifter vid behov. Personuppgifterna uppdateras också vid varje tillfälle som genomförandeplanen skrivs/uppdateras/revideras.

### 4.2 Samtycke

Samtycke skrivs in i verksamhetssystemet under ”samtyckesrubriken”. Samtycke ska dokumenteras på ett sådant sätt att risk för missförstånd och felbedömningar undviks. Dokumentationen kring samtycket ska innehålla i vilket samarbete, i förhållande till vem, hur länge och i vilken utsträckning kunden samtycker till hävande av sekretess, det vill säga att man får lov att dela information och prata med dessa personer.



Samtycke behövs inte för att diskutera kunden på teammöten då samtliga deltagare i teamet är involverade i omsorgen av kunden. Kunden ska i största möjligaste mån involveras i dessa möten, antingen genom att de deltar eller att de blir tillfrågade innan om det finns något som de vill ska tas upp.

Om väsentliga förändringar beslutas vid teammöten måste kunden informeras och genomförandeplanen ändras.

Personalen kan också skriva in tex samtycke till fotografering vid tillställningar, samtycke till utlämnade av handlingar, samtycke till att personalen går in med nyckel om inte vederbörande öppnar dörren vid insats osv.

Samtycket ska kontinuerligt uppdateras. Förslagsvis kan uppdateringen göras i samband med uppdateringen/revideringen av genomförandeplanen (minst var sjätte månad).

### **4.3 Beslutade insatser**

Beslutade insatser samt information som är väsentlig för utförandet av insatserna skickas av handläggare till verkställigheten i verksamhetssystemet.

### **4.4 Genomförandeplan**

Enligt SoL ska insatser utformas och genomföras tillsammans med kunden samt vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.

Enligt LSS ska verksamheten vara grundad på respekt för kundens självbestämmande och integritet. Kunden ska i största möjligaste utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

Syftet med genomförandeplanen är att

- bidra till att insatserna planeras och utförs målinriktat samt följs upp
- skapa en tydlig struktur för genomförandet
- tydliggöra både för kunden och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när det ska göras och på vilket sätt. Vad kunden kan utföra själv och vad den behöver hjälp med.

Genomförandeplanens omfattning och detaljnivå avgörs från fall till fall beroende på stödets omfattning samt kundens förmåga och behov.

Undantagen kring upprättande av genomförandeplanen är om kunden enbart är beviljad trygghetslarm och/eller matdistribution. I vissa fall behövs då inte skrivas en genomförandeplan (se 4.4.10 och 4.4.11).



#### **4.4.1 Vägledning för personal som ska upprätta en genomförandeplan**

När en kund fått en eller flera insatser beviljade ska verksamheten erbjuda kunden att få upprättat en genomförandeplan. Genomförandeplanen ska upprättas snarast möjligt, dock senast efter tre dagar för personer beviljade korttidsplats och senast 14 dagar för övriga kunder.

Avsikten med en genomförandeplan är *inte* att den ska uppfattas som ett avtal mellan kunden och utföraren, utan som ett verktyg för personalen för att kunna utföra insatserna på bästa sätt och enligt kundens vilja så långt det är möjligt.

En genomförandeplan behöver därför inte ”godkännas” eller vara underskriven av kunden eller dess företrädare. Har kunden varit delaktig och har möjlighet är det dock önskvärt att genomförandeplanen skrivs under.

#### **4.4.2 Om kunden avstår från att medverka vid upprättande av genomförandeplan**

Om kunden av någon anledning väljer att avstå från att medverka till att upprätta en genomförandeplan är det viktigt att hans eller hennes vilja respekteras, men genomförandeplanen upprättas ändå som ett dokument för personalen att arbeta utifrån. Informera kunden om detta och informera om att vi skriver en genomförandeplan för att hjälpen ska kunna utföras på rätt sätt. Prata med kunden om hur den vill ha hjälpen utförd och dokumentera detta i en genomförandeplan. Skriv även en anteckning i SoL/ LSS-journalen att kunden har erbjudits att delta vid upprättande av genomförandeplanen men att kunden har tackat nej. Om kunden inte kan medverka eller uttrycka sig – se punkt 4.4.5.

#### **4.4.3 Förberedelse inför samtalet**

- Den fasta omsorgskontakten bokar en tid med kunden för att upprätta genomförandeplanen. Berätta då för kunden att ni ska träffas för att diskutera hur hen vill ha sina insatser utförda, allt för att kundens behov och vilja ska tillgodoses så långt det är möjligt.
- Fråga kunden om hen vill att någon mer ska närvara vid mötet så som tex god man, anhörig eller någon vän. Det vill säga det är kunden som avgör vem eller vilka som ska närvara eller inte. Ni kan också prata om ifall kunden vill ha någon med sig under hela mötet eller bara vissa delar. Tex kan det vara så att kunden vill ha med sig sin god man när ni pratar kring aktiviteter och serviceinsatser, men när man ska prata kring hur den personliga hygien ska utföras önskar kunden inte att någon annan ska närvara. Om kunden inte kan berätta vilka den vill ha med så medverkar legal företrädare som har förordnandet att sörja för person (se vidare under 4.4.5)  
Tänk på att det är kundens vilja som ska beskrivas i genomförandeplanen oavsett vem eller vilka som i övrigt deltar.





- Den fasta omsorgskontakten läser igenom uppdragsbeskrivningen från handläggarna.
- Om insatser är beviljade nattetid eller om kunden bor på boende tar den fasta vårdkontakten kontakt med nattpersonalen för att ta reda på hur behoven tillgodoses nattetid.

#### **4.4.4 Samtalet**

Skapa en avslappnad miljö. Tänk på att samtalet inte är en intervju utan ett samtal kring hur kunden önskar få sina beviljade insatser utförda och vad just den kunden upplever som viktigt kring utförandet.

Tänk på att ställa öppna frågor, det vill säga frågor som kunden inte bara kan svara ja eller nej på. Be kunden att berätta om vad hen kan göra självständigt. Utgå från att brukaren ska använda sina egna förmågor. Det kan vara delar av ett moment tex klä på sig skjortan, men behöver hjälp med att knäppa knapparna, kan sätta tandkräm på tandborsten, bre smörgåsen. Fokus bör ligga på vad kunden kan utföra även om samtalet till slut mynnar ut i vad kunden behöver hjälp med och på vilket sätt.

Diskutera också vilket/vilka mål och önskemål som kunden har med de beviljade insatserna.

Exempel på frågor som kan ställas vid samtalet för genomförandeplanen:

- Hur har det fungerat tidigare?
- Berätta hur du brukar göra....
- Vad tycker du är svårt idag?
- Vad tycker du är viktigt när du....
- Vad skulle du vilja fortsätta med att göra självständigt?

När den fasta omsorgskontakten tycker att den fått den information som den behöver alternativt kunden eller omsorgskontakten anser att mötet varat tillräckligt länge och får fortsättas en annan dag (boka tid för detta direkt) ska samtalet rundas av med att sammanfatta vad ni kommit fram till. Läs gärna upp anteckningarna. Detta görs för att vara överens om att ni har samma bild av behoven som framkommit vid samtalet.

#### **4.4.5 Om kunden inte kan uttrycka sig**

Målet är att alla kunder ska vara delaktiga på något sätt vid upprättandet av genomförandeplanen. Den fasta omsorgskontakten får inte skriva genomförandeplanen själv utan kundens medverkan. Kunden kanske kan medverka på annat sätt genom tex bildstöd eller samtalsmatta. Om kunden inte alls kan uttrycka sig måste vi tolka kundens vilja och önskemål.

Den fasta omsorgskontakten kan inte låta bli att göra genomförandeplanen – det måste alltid dokumentera i en genomförandeplan hur hjälpen ska utföras.



I de fall kunden inte muntligt eller skriftligt kan uttrycka sig kring hur den önskar att hjälpen ska utföras, tex om kunden har kognitiv svikt, måste den fasta omsorgskontakten göra så mycket som är möjligt tillsammans med kunden ändå. Genomförandeplanen bygger på det som kunden förmedlar till personalen på olika sätt. Kundens vilja och önskemål kan många gånger tolkas genom deras reaktioner, kroppsspråk, ansiktsuttryck, egna val och observationer. Det är viktigt att vara lyhörd. Den fasta omsorgskontakten får också ta hjälpa av sina, kollegornas och teamets kunskaper och erfarenheter. Informationen till genomförandeplanen kan kompletteras av god man, anhörig eller annan närstående som känner personen väl.

#### **4.4.6 Genomförandeplanens innehåll**

I genomförandeplanen ska följande framgå:

- Datum för upprättande av genomförandeplanen.
- Viktiga övergripande saker så som tex hur kunden kommunicerar, kundens behov av kommunikationshjälpmedel eller övriga hjälpmedel.
- VAD (aktuella insatser)
- VEM som har ansvar för genomförandet av insatsen tex vårdpersonal, kunden, anhörig osv.
- HUR insatserna ska utföras. Glöm inte att även skriva in det som kunden klarar självständigt (tex klä på sig skjortan, men behöver hjälp att knäppa knapparna) och vad som är kundens vanor sedan tidigare (tex alltid sovit på vänster sida, tycker om att sova länge på morgonen).
- NÄR insatserna ska utföras. Ange cirka-tider samt frekvensen dvs hur ofta.
- Mål och delmål. Det är viktigt att målen är kundens och är individuellt utformade. Oftast är det lämpligt att målen i genomförandeplanen har en koppling till kundens vardagssituation samt uppger vad som är önskvärt och realistiskt att uppnå. För att uppnå målet är det viktigt att tillsammans med kunden välja en metod som syftar till att lära, stödja, träna eller bibehålla. Målen ska också vara mätbara dvs formulerade på ett sätt så att de kan följas upp.
- Om kunden har deltagit i upprättandet av genomförandeplanen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hens synpunkter och önskemål.  
Om kunden inte har deltagit ska det framgå varför samt på vilket sätt uppgifterna har inhämtats istället. Det ska även dokumenteras då hur kunden informerats om vad som står i genomförandeplanen tex att personalen läst upp planen för kunden.
- Vilka övriga personer som eventuellt deltagit vid upprättandet.
- Uppföljningsdatum

Genomförandeplanen ska vara så tydligt utformad att ny personal ska kunna läsa denna och snabbt få en bild av hur kunden ska bemötas samt få en bild av vad kunden behöver hjälp, när och på vilket sätt.



#### **4.4.7 Efter upprättad genomförandeplan**

Om inte genomförandeplanen skrivs in i verksamhetssystemet direkt på plats under samtalet så ska den skrivas in snarast möjligt. Glöm inte att skriva in kundens behov nattetid. Rekommendationen är att även enhetschefen läser igenom genomförandeplanen. Genomförandeplanen läses i verksamhetssystemet efter att kunden godkänt planens innehåll.

Genomförandeplanen skrivs ut och om möjligt skrivs under av kunden och den fasta omsorgskontakten. Det underskrivna originalet förvaras i kunden akt. En kopia ges till kunden om den önskar det.

Den fasta omsorgskontaktens ansvar är även att informera sina kollegor om vad som framkommit vid genomförandeplanens upprättande kring hur kundens hjälp ska utformas.

#### **4.4.8 Användning av genomförandeplanen**

Genomförandeplanen används som utgångspunkt i personalens arbete, men också som utgångspunkt vid löpande anteckningar av det som avviker från genomförandeplanen. Ju mer utförlig och detaljerad genomförandeplanen är desto bättre arbete kan personalen utföra samt desto mindre journalanteckningar behöver skrivas.

Genomförandeplanen används även av handläggarna som underlag vid uppföljning av kundens insatser.

#### **4.4.9 Revidering/uppföljning av genomförandeplanen**

Det är viktigt att genomförandeplanen hålls aktuell. Den ska därför revideras vid behov, det vill säga när hjälpen eller stödet varaktigt förändras eller om kunden önskar det. Om det är stora förändring i behovsbilden för kunden är det oftast enklast att börja från början med en ny genomförandeplan.

I övrigt uppdateras genomförandeplanen minst en gång var sjätte månad.

#### **4.4.10 Om kunden endast har matdistribution**

Om kunden endast har matdistribution och hemtjänsten inte utför någon insats annan i samband med detta så behöver inte någon regelrätt genomförandeplan upprättas. Det är viktigt att prata med kunden och dokumentera vad personalen ska göra om kunden inte öppnar när maten levereras. Det är också viktigt att kontaktpuppgifter till anhöriga och/eller andra viktiga kontakter dokumenteras i kundens journal.



#### **4.4.11 Om kunden endast har trygghetslarm**

Om kunden endast har trygghetslarm behöver inte någon regelrätt genomförandeplan upprättas. Det är viktigt att prata med kunden och dokumentera kontaktuppgifter till anhöriga och/eller andra viktiga kontakter.

### **4.5 Journalanteckningar (SoL-anteckningar och LSS-anteckningar)**

Genom journalanteckningar får vårdpersonalen kännedom om viktiga händelser som skett kring kunden. Journalanteckningar ska vara kortfattade, entydiga och det ska gå att fortlöpande följa dokumentationen i kundens journal. Journalanteckningarna ska utgå från genomförandeplanen. Avvikelse från genomförandeplanen samt viktiga händelser ska dokumenteras.

Anteckningarna i kundens journal ska vara:

**Respektfulla** – ta hänsyn till kundens integritet. Anteckningarna ska inte innehålla orelevanta omdömen, nedsättande eller kränkande uppgifter eller formuleringar.

**Korrekta** – uppgifterna i anteckningarna ska bygga på korrekta underlag och det ska framgå vem som lämnat uppgifterna. Det ska framgå vad som är fakta och vad som är bedömningar samt vem som gjort en eventuell bedömning.

**Tillräckliga** – uppgifterna i anteckningarna ska vara tillräckliga så att den säkerställer kundens rättssäkerhet och möjlighet till insyn. Anteckningarna ska ge relevant information för att utföra och följa upp insatserna.

**Väsentliga** – journalanteckningarna ska bara innehålla uppgifter av betydelse för det fortsatta arbetet och som beskriver hur situationen för kunden utvecklar sig.

**Tydliga** – alla anteckningar ska vara sakliga, tydligt formulerade, föras fortlöpande, vara daterade och signerade.

**Välstrukturerade** – journalanteckningar ska vara ordnade och skrivna i tidsordning.

De viktigaste områdena att dokumentera är:

- Avsteg från genomförandeplanen
- Händelser av betydelse för stödet
- Kontakter/samtal som ger viktig information
- Kontakter med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut



#### 4.5.1 Att tänka på när man dokumenterar

Journalanteckningarna ska utgå från genomförandeplanen. Om allt arbete utförs enligt genomförandeplanen behöver personalen inte dokumentera något. Det som avviker från genomförandeplanen ska skrivas in samt händelser av vikt.

I de fall kunden har daglig hjälp med omvårdnad eller bor på någon av kommunens boende (tex säbo, korttid, växelvårdsplats eller LSS-boende) bör minst en anteckning per månad skrivas – även om all hjälp skett enligt plan. Då kan en kort sammanfattning räcka tex all hjälp skett enligt plan.

Återge både positiva och negativa förhållande.

Undvik värdeladdade ord eller omdömen. Om det förekommer behov av värderande omdömen ska de grundas i fakta och ha en verklig betydelse för situationen. Tänk utifrån att det ska vara värdigt för personen och dess anhöriga att läsa de skriva anteckningarna.

#### 4.5.2 Exempel på olika typer av begrepp

Det är viktigt att uttrycka sig korrekt i dokumentationen. Att inte använda nedsättande ord eller egna värderingar. Det är viktigt att vi håller oss till nationella och aktuella termer.

DET VI KANSKE SÄGER....	DET VI SKA SKRIVA VID DOKUMENTATION
Bajsar, kissar på sig	Avföringsinkontinent, urininkontinent
Begriper inte, fattar inte	Har svårt att förstå, svårt att ta till sig
Besvärlig	En person som har det besvärligt
Blöja	Inkontinensskydd
Demensutredning	Utreds för nedsatt minne / minnesutredning
Dement	Kognitiv svikt, person med demenssjukdom
Förvirrad	Desorienterad, inte orienterad till tid och rum
Gapar/gapig, skriker	Verbalt utåtagerande, högljudd, rop-beteende
Handikapp	Funktionsnedsättning
Klagar	Uttrycker (sitt) missnöje
Matas/matning	Måltidshjälp
Rum	Den enskildes lägenhet (på boende) På korttid kan man skriva rum
Senil/senila personer	Person med demenssjukdom
Slåss	Fysiskt utåtagerande
”Springer” runt	Orolig, vandringsbeteende
Tjatar	Orolig. Fråga mycket, ofta
Vi har en matning	En person som behöver hjälp med att äta
Vi har en duschning	En person som behöver hjälp med att duscha
Vårt boende	Enheten där jag arbetar



#### 4.5.3 Exempel på olika typer av anteckningar

TYP AV ANTECKNING	EXEMPEL PÅ ANTECKNING
<b>Insatsen uteblir. Till exempel på grund av att kunden avböjt, inte varit hemma eller att det varit personalbrist.</b>	Vårdas på sjukhus. / Får hjälp av anhörig idag. / Tackat nej till insats. / Erbjuds städ 231011 då insatsen inte kunnat utföras idag pga personalbrist.
<b>Kontakter av betydelse med anhöriga eller god man. Personliga eller per telefon.</b>	Ringer god man för att påtala att kunden behöver pengar till frisören. / Pratad med dottern som berättat....
<b>Uppföljning och revidering av uppgjord genomförandeplan.</b>	Uppföljning av genomförandeplan är gjord. Se dokument. / Kom hem från sjukhuset idag. Ny genomförandeplan gäller från och med idag.
<b>Insatser som avviker från uppgjord genomförandeplan.</b>	Åt självständigt till frukost idag. Undertecknad behövde enbart stödja med verbalt stöd. / Kunde inte duscha idag pga ryggsmärtor.
<b>Händelser tex besök hos läkare, utflykt, inskrivning på sjukhus, besök.</b>	Är inskriven på sjukhus. Har haft en hjärtinfarkt enligt sjuksköterskan. / Kunden berättade att hon haft besök av sin son.
<b>Andra händelser av vikt så som att motiveringsarbete givit resultat.</b>	Har varit på träffpunkten och deltagit i gymnastiken för första gången.
<b>Uttryckt önskemål eller behov. Kundens upplevda situation.</b>	Kunden uppger att hon fryser om fötterna. Vi kommer överens om att jag ska ringa hennes dotter och be om varma sockar. Jag har ringt dottern. Hon handlar och tar med dessa vid sitt nästa besök.
<b>Information mellan personal med relevans för arbetet.</b>	Öppnade inte dörren idag. Kontakt togs med dottern. Kunden var hos henne.
<b>Klagomål och synpunkter</b>	Dottern har ringt och haft synpunkter på städningens kvalitet. Hänvisade till klagomålsblanketten på hemsidan.
<b>Kontakt med övrig personal som tex handläggare, enhetschef, sjuksköterska osv</b>	Kontakt tagits med handläggaren om att kunden inte längre klarar av att laga sin mat. Hembesök



<b>som gett viktig information för berörda parter samarbete.</b>	kommer att göras. / Ringer sjuksköterskan om kundens röda utslag.
<b>Insats på annat sätt än vanligt</b>	Behövde hjälp med påklädning idag. Hade ont i sin rygg och hade svårt att utföra insatsen självständigt.
<b>Ändring av biståndsbeslut och rutiner</b>	Klarar sina inköp själv numera. Insatsen avslutas enligt samtal med enhetschef och handläggare.
<b>Utförarens bedömning av i vilken utsträckning målet eller målen med insatsen har uppnåtts.</b>	Klarade av att gå hela vägen från rummet till matsalen idag, vilket varit målsättningen sedan hemkomst från sjukhuset.

#### **4.5.4 Skillnaden mellan SoL-/LSS-anteckning och hälso- och sjukvårdsanteckning**

Dokumentation av insatser enligt SoL/LSS och hälso- och sjukvården styrs av olika lagstiftningar och ska därför skrivas på olika ställen i verksamhetssystemet.

När personal utför en arbetsuppgift på delegering, ordination eller instruktion från legitimerad personal så räknas man som hälso- och sjukvårdspersonal under den tid som arbetsuppgiften utförs. Personalen har då skyldighet att dokumentera det som de upptäcker och ser som har med kundens hälsa att göra. Detta och utförandet av arbetsuppgifterna ska dokumenteras i patientjournalen under hälsoärende i verksamhetssystemet.

Dokumentationen kan bestå i att arbetsuppgiften signeras på en signeringslista som är upprättad av legitimerad personal och/eller att dokumentationen förs direkt i patientjournalen i verksamhetssystemet.

I nuvarande patientjournal Treserva Hälsoärende fördelas uppgifter i processer till vårdpersonal. I dessa processer dokumenterar vårdpersonalen händelser av vikt beroende på process tex smärta, sår, läkemedel.

Om en händelse av vikt inte har en specifik process upprättad, utförs dokumentationen i en allmän process, den så kallade kommunikationsprocessen.

#### Förklarande exempel:

Stig har feber. Vårdpersonalen observerar detta och antecknar uppgiften i den sociala dokumentationen tillsammans med åtgärd att de kontaktat sjuksköterska. Tex: ”Stig har feber. Kontaktar sjuksköterskan.” Här går ansvaret över till ansvarig sjuksköterska. Om sjuksköterskan därefter ger en instruktion (delegation/ordination) på en viss behandling och/eller observation blir





följande anteckningarna som har med ärendet att göra en hälso- och sjukvårdsanteckning. Denna ska dokumenteras av vårdpersonalen i patientjournalen.

Detta skrivs in av vårdpersonalen i verksamhetssystemet under vårdprocess i hälsoärendet.... Text Ger Stig 2 alvedon pga feber efter ordination av sjuksköterskan.

Greta har ett träningsprogram som är fördelat i verksamhetssystemet av fysioterapeut till vårdpersonal. Utförd träning dokumenteras på en signeringslista. En dag vill inte Greta utföra sin träning. Vårdpersonalen som skulle utfört träningen sätter ett streck på signeringslistan och dokumenterar i patientjournalen att Greta ej velat utföra sin träning och varför träningen avböjts.

På teamet framgår efter riskbedömning att Lennart är undernärd. Tillsammans beslutas om olika åtgärder och dietist dokumenterar ordinationer och förebyggande åtgärder i patientjournalen samt fördelar dessa till vårdpersonalen. I ordinationen framgår vilka uppföljningar som vårdpersonalen ska utföra. Resultaten dokumenterar vårdpersonalen i patientjournalen så att dietisten kan följa upp om planen för att förhindra undernäring fungerar.

Sjuksköterska ber personalen ha extra tillsyn på Greta under helgen då hon har feber och är förkyld. Det finns ingen fördelad process i patientjournalen. Vårdpersonalen dokumenterar sina iakttagelser och uppföljningar av Greta i kommunikationsprocessen.

## **4.6 Levnadsberättelse**

### **4.6.1 Vad säger lagen?**

Att upprätta en levnadsberättelse är inte lagstadgat, men vikten framhävs bland annat i de "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom" utgivna av Socialstyrelsen. I dessa riktlinjer poängteras personcentrerad vård.

### **4.6.2 Vad är en levnadsberättelse?**

Många kunder har svårt att själva berätta eller sätta ord på vad de tänker och känner. Genom levnadsberättelsen kan personal få lära känna kunden genom att få ta del av hans eller hennes liv. Exempelvis ökad kunskap om familjesituationer, tidigare arbete, intressen, musiksmak och personliga egenskaper. Sorger och glädjeämnen som funnits i livet. Vilka vanor kunden har sedan tidigare. Vilka är favoritmaten osv. Detta ger personalen en möjlighet att utföra en högre kvalitet på vården samt få en större förståelse för kundens agerande i vissa situationer.





#### **4.6.3 Hur skrivs en levnadsberättelse?**

Mall för levnadsberättelse finns i handboken på hemsidan.

Frågorna kan fyllas igenom samtal mellan kunden och personalen. Alternativt kan kunden själv eller tillsammans med närstående fylla i den.

## **5. Om verksamhetssystemet inte fungerar under kortare eller längre tid**

Enhetschefen ansvarar för att rutinerna följs kring att säkerställa att informationen från verksamhetssystemet finns att tillgå vid avbrott med verksamhetssystemet och att dokumentationen förs in i systemet i efterhand.

Om verksamhetssystemet ligger nere under en kortare eller längre tid ansvarar varje enskild medarbetare för att dokumentationsskyldigheten fullföljs genom att dokumentera för hand på avsedda blanketter (SoL, LSS och hälso- och sjukvård). Dokumentationen ska förvaras på ett säkert sätt.

När verksamhetssystemet fungerar igen ansvarar respektive medarbetare för att dokumentationen förs in i respektive journal om inget annat överenskommit med närmsta chef.

## **6. Ta del av dokumentationen**

### **6.1 Vem har rätt att läsa?**

All dokumentation som handlar om kunderna ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till det. All dokumentation ska skrivas i verksamhetssystemet. Ingen dokumentation kring kunder får göras tex i block eller böcker på personalens kontor.

#### **6.1.1 Kunden**

Kunden ska på begäran snarast få tillgång till den dokumentation som förs om hen. Vårdpersonal får inte lämna ut journalhandlingar. Vid fråga från kund om utlämnande ska alltid vårdpersonalen hänvisa till ansvarig chef. Ansvarig chef fattar beslut om utlämnande av SoL-/LSS-journal. Ansvarig legitimerad personal fattar beslut om utlämnande av journalhandling gällande hälso- och sjukvård.



### **6.1.2 Närstående**

Sekretess gäller i förhållande till närstående eller annan persona. För att ta del av en kunds dokumentation krävs kundens samtycke. Nytt samtycke måste inhämtas för varje tillfälle. Samtycket dokumenteras i kundens journal.

Vid frågor om utlämnande hänvisas alltid till ansvarig enhetschef som fattar beslut om eventuell utlämnande av journalhandling.

Kan kunden inte själv föra sin talan ska en menprövning gällande utlämnande av nödvändig information och dokumentation göras av enhetschef resp. sjuksköterska.

### **6.1.3 Personal**

Den personal som deltar i vården och omsorgen kring kunden har rätt att ta del av den dokumentation som behövs för att utföra arbetsuppgifterna. Övrigt och övrig personal stoppas av sekretesslagen att ta del av dokumentationen. Det vill säga personal som inte deltar i vården och omsorgen har inte rätt att läsa dokumentationen eller delges informationen på annat sätt. Det innebär att tex gemensam rapport för olika hemtjänstgrupper, olika avdelningar eller liknande inte är tillåtet.

## **6.2 Rapport**

Vid början av varje arbetspass har samtlig personal en skyldighet att ta del av all dokumentation – SoL, LSS och hälso- och sjukvård som är inskriven sedan senaste arbetspasset på de kunder som man har en vårdrelation till. Rapporten ska ske genom ”tyst rapport”, dvs att varje personal läser själv i verksamhetssystemet.

## **7. Övrigt**

Ingen dokumentation får ändras av någon annan än den som har skrivit dokumentationen. Ingen dokumentation får heller suddas ut i efterhand. Om det upptäcks att någon dokumentation är fel kan denna markeras som felaktig och kommer då inte att visas om journalen skrivs ut.

Det är varje personals skyldighet att meddela om de upptäcker någon dokumentation som är felaktig. Det kan tex vara något som är skrivet på fel person eller något kränkande. Om felaktigheter upptäcks ska detta snarast meddelas ansvarig enhetschef som tar beslut kring åtgärder.

Avvikelse som sker i verksamheten som påverkar kunden ska dokumenteras. Det görs i avvikelssystemet. Se ”Rutin för avvikelshantering” i kvalitetshandboken på kommunens hemsida.



## Bilaga 1 Checklista vid upprättande av genomförandeplan

Ett stöd till dig som personal när genomförandeplanen påbörjas och upprättas.

### **Kommunikation**

*Hur förstår vi varandra på ett bra sätt?*

- Talar och förstår vad andra säger
- Hur vill hen bli bemött
- Hjälpmedel; hörapparat, glasögon, bildkarta, dagsschema
- Använda tecken, gester, bilder, skriva lappar, visa/peka på föremål
- Annat modersmål än svenska?

*Påkalla hjälp*

- Trygghetslarm
- Insikt om behov

*Samtycke*

- Finns närstående
- Vill hen att närstående ska få info; samtycke / menprövning

### **Förflyttning**

*Förflyttning – prata med rehab*

- Gång
- Fallrisk
- Uppresning från stol, säng, toalett
- Själv eller med stöd av personal?
- Personligt förskrivna hjälpmedel; rullator, rullstol, turner, glidlakan, säng, lift
- Övriga hjälpmedel; särskilda skor, käpp.

*Orientering, hittar*

- i bostaden
- till gemensamma lokaler
- i närområdet
- på okänd plats

### **Personlig vård**

*Vad kan hen utföra själv/göra med stöd? Om brukaren har behov av stöd, men inte vill ha stödet – hur motivera?*

Hålla rutin, avgöra behov inom:

*Toalettbesök*

- Intimhygien/Torka sig
- Hjälpmedel, Inkontinensskydd
- vätskydd, madrasskydd

*Kropp- och hårvård (oavsett kvinna/man):*

- Deodorant, parfym
- Klippa hand- och tånaglar, fotvård
- Rakning, avlägsna hårstrån i ansiktet
- Kamma/borsta håret
- Klippa/frisör
- Använder hårtork, rulla hår, peruk
- Mjukgörande kräm
- Smink

*Dusch*

- Ta schampo/tvål
- Tvätta hela kroppen
- Intimhygien
- Torkar sig

*Munvård*

- Borsta tänderna, ta tandkräm
- Tandtråd/mellanrumsborste
- Tandprotes, brygga

*Kläder/skor*

- Avgöra om kläder är smutsiga/rena
- På- /avklädning
- Byta underkläder
- Knäppa knappar och dragkedja
- Föredrar särskild typ av kläder
- Särskilda nattkläder
- Ta på/av ytterkläder
- Stödstrumpa

### **Mat och måltid**

Hålla rutin, insikt om behov:

- Äter självständigt eller behöver stöd
- Måltidsstund i sällskap/ensam, var
- Lägga upp mat på tallrik
- Livsmedel inte gillar/äter?
- Finns särskilda önskemål om dryck
- Mellanmål, kaffe, fika
- Favoritmat eller smaker (söta eller matiga smaker, kryddigt, extra salt)
- Vikt, aptit, behövs extra energi i maten
- Tugg- sväljsvårigheter
- Dela mat, särskilda konsistenser?

*Måltidshjälpmedel*

- Specialbestick/-tallrik/-glas



- Antiglid
- Förkläde

### **Hemvård**

Hålla rutin, avgöra behov inom:

#### *Uppsnygning*

- Plocka undan
- Toalett, handfat
- Slänga sopor
- Bädda
- Diska egen disk

#### *Städ*

- Toalett, handfat
- Damma
- Dammsuga, moppa golv
- Bädda rent
- Byta handdukar
- Återvinning
- Rengöra hjälpmedel (rullator osv.)
- Särskilda önskemål

#### *Blomvård (om dessa finns)*

- vem sköter blommorna

#### *Tvätt*

- Bära tvätten till tvättstugan
- Tvätta
- Vika tvätten
- Lägga in i garderob
- Särskilda önskemål, viktigt tänka på

#### *Inköp*

- Skriva handlelista
- Ta sig till affären
- Plocka varor
- Betala
- Bära hem varorna
- Packa in varorna

### **Rutiner**

#### *Morgon*

- Vad vaknar du av. Ungefär när?
- Rutiner

#### *Förmiddag*

- Hur tillbringas förmiddagen

#### *Lunch*

- Rutiner

#### *Eftermiddag*

- Hur tillbringas eftermiddagen

#### *Kväll*

- Vanor vid sänggående. Ungefär när?

#### *Natt*

- Sover du gott om natten?
- Om du inte kan somna? Om du vaknar under natten
- Erbjudas något dricka/äta
- Toalettbesök, byta inkontinensskydd

### **Aktivitet och intressen**

*Avser enskilda/gemensamma stunder som för brukaren ger mening och glädje i vardagen.*

- Finns levnadsberättelse?
- Tycker om i vardagen
- Uppskattade stunder, vanor
- Önskemål aktivitetsschemat
- Individuell aktivitet – önskemål?
- Hobbys/intressen
- Använder dator, mobiltelefon
- Viktiga relationer
- Övriga önskemål

### **Känsla av trygghet**

#### *Psykisk hälsa*

- Ängslan, oro, nedstämdhet, ensamhet
- Vad kan underlätta

#### *Tankar om livets slut*

- Finns önskemål att tala om livets slut?

### **Ekonomi och post**

#### *Hantering av pengar*

- Betala räkningar
- Används, förvaras kontanter/bankkort
- Inköp
- God man/förvaltare

#### *Posthantering*

- Vem öppnar posten? Förvaras? Skickas?

### **Transport – Resor**

- Färdtjänst
- Ledsagning eller åker ensam
- Sjukresor