



# Riktlinjer för Dokumentation

enligt Socialtjänstlagen och Patientdatalagen inom  
Vård och äldreomsorgsförvaltningen i  
Alingsås kommun

Dokumenttyp:	Riktlinjer
Dokumentet gäller för, personalkategori:	Alla
Fastställsedatum, nämnd, paragraf:	2015-04-27 Vård och äldreomsorgsnämnden
Diarienummer:	2015.110.720 VÄN
Dokumentansvarig, befattning och namn:	SAS, Christine Sjökvist
Senast uppdaterat:	2015-03-15
Uppdateras nästa gång:	Inom två år eller vid nya lagkrav, författningar

1	Dokumentation.....	4
1.1	Inledning – varför dokumentera?.....	4
1.2	Organisation och ansvar i Alingsås kommun.....	4
1.3	Verksamhetssystem.....	4
2	Lagar som styr dokumentation.....	4
2.1	Förvaltningslagen, FL (1986:223).....	4
2.2	Patientdatalag, SFS (2008:355).....	5
2.3	Socialtjänstlagen, SoL (2001:453).....	5
3	Dokumentation i hälso- och sjukvård.....	5
3.1	Den legitimerade personalens dokumentation.....	5
3.1.1	Vad gör legitimerad personal.....	5
3.1.2	Patientjournal.....	5
3.1.3	Syfte och innehåll.....	5
3.1.4	Sjuksköterskans dokumentation.....	6
3.1.5	Arbetsterapeutens och fysioterapeutens dokumentation.....	6
4	Social dokumentation.....	6
4.1	Biståndshandläggarens dokumentation.....	6
4.1.1	Vad gör biståndshandläggare.....	6
4.1.2	Den enskildes integritet.....	6
4.1.3	Samtycke.....	7
4.1.4	Personakt.....	7
4.1.4.1	Avslutar personakt.....	7
4.1.5	Ansökan och beslut om bistånd.....	7
4.1.6	Överlämningsdokument/beställning.....	7
4.1.7	Dokumentation - journalanteckningar.....	8
4.1.8	Uppföljning.....	8
4.2	Boendesamordnarens dokumentation.....	8
4.2.1	Vad gör boendesamordnare.....	8
4.2.2	Verksamhetsanteckningar.....	8
5	Dokumentation i genomförandet.....	8
5.1	Enhetschefens dokumentation.....	8
5.1.1	Vad gör enhetschef.....	8
5.1.2	Personakt.....	8
5.1.3	Samtycke.....	9
5.1.3.1	Syfte och innehåll social dokumentation.....	9
5.1.4	Genomförandeplan.....	9
5.1.4.1	Vem ansvarar för att genomförandeplanen upprättas.....	9
5.1.4.2	Syfte med genomförandeplan.....	9

5.1.4.3	När ska genomförandeplanen upprättas.....	9
5.1.4.4	Förändringar i genomförandeplanen.....	10
5.1.4.5	Uppföljning.....	10
5.1.4.6	Revidering av genomförandeplan.....	10
5.1.5	Verksamhetsanteckningar.....	10
5.1.6	Ankomstsamtal.....	10
5.1.7	Verkställighet.....	10
5.1.8	Genomförandeanteckningar.....	10
5.2	Vårdpersonalens dokumentation.....	11
5.2.1	Vad gör vårdpersonal.....	11
5.2.2	Den enskildes integritet.....	11
5.2.2.1	Syfte och innehåll social dokumentation.....	11
5.2.3	Levnadsberättelse.....	11
5.2.4	Genomförandeplan.....	11
5.2.4.1	Vem ansvarar för att genomförandeplanen upprättas.....	11
5.2.4.2	Syfte med genomförandeplan.....	11
5.2.4.3	När ska genomförandeplanen upprättas.....	11
5.2.4.4	Förändringar i genomförandeplanen.....	12
5.2.4.5	Uppföljning och utvärdering.....	12
5.2.4.6	Revidering av genomförandeplan.....	12
5.2.5	Anteckningar.....	12
5.2.6	Vad ska inte dokumenteras.....	12
5.2.7	Hur ska man dokumentera?.....	12
5.2.8	Hur ska man inte dokumentera.....	13
5.2.9	Anteckningar hälso- och sjukvård.....	13
5.2.10	Signeringslista.....	13
6	Referenser.....	13

# 1 Dokumentation

## 1.1 Inledning – varför dokumentera?

Dokumentation och handläggning av ärende som rör den enskilde är en central uppgift i den kommunala verksamheten och regleras i olika lagar. Dokumentation är en skyldighet enligt gällande lagstiftning. Det ska alltid finnas ett syfte med det som dokumenteras och dokumentationen ska ses som ett redskap för att planera, genomföra, följa upp och utveckla verksamheten.

Dokumentation är viktigt för att visa att insatserna är individuellt utformade utifrån den enskildes behov och önskemål:

- som underlag för planering av vård/omsorg
- möjliggöra att se och följa det arbetssätt och förhållningssätt personalen har och utifrån det utveckla arbetsmetoder
- upprätthålla en kontinuitet i arbetet
- verksamhetsplanering, statistik och kvalitetssäkring
- möjliggöra den enskildes rätt till insyn i sitt ärende
- alla inblandade parter rättssäkerhet
- uppföljning och omprövning i ärendet
- underlättar för förvaltningen och nämnd att följa upp sin verksamhet
- möjliggör för tillsynsmyndigheter att göra tillsyn.
- en förutsättning för att inhämta data för forskning inom området.

## 1.2 Organisation och ansvar i Alingsås kommun

Vård och äldreomsorgsförvaltningens verksamhet innefattar sociala, medicinska och rehabiliterande insatser. Förvaltningen är organiserad i en planeringsavdelning och en myndighetsavdelning. Verksamheten är organiserad i en avdelning för kvarboende/hemtjänst och en avdelning för äldreboendeboende samt en avdelning för Hälso- och sjukvård med fysioterapeut, arbetsterapeut, sjukgymnast samt sjuksköterska, i detta dokument kallad legitimerad personal.

Hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård utförs även av privata utförare inom ett valfrihetssystem. Några särskilda boenden drivs på entreprenad där ansvaret för hälso- och sjukvård ingår helt eller delvis i deras ansvar.

## 1.3 Verksamhetssystem

Samtliga yrkeskategorier dokumenterar i ett gemensamt verksamhetssystem men i olika kategorier. Externa utförare av hemtjänst och särskilda boende som drivs på entreprenad dokumenterar i kommunens verksamhetssystem dock inte utförare som utför mindre än 1200 timmar per månad.

# 2 Lagar som styr dokumentation

## 2.1 Förvaltningslagen, FL (1986:223)

Förvaltningslagen innehåller grundläggande regler om hur förvaltningsmyndigheter i kommunen ska handlägga ärenden och sköta kontakter med allmänheten. Förvaltningslagens syfte är att tillgodose den enskildes rättssäkerhet. Lagen innehåller bland annat regler om myndighetens serviceskyldighet, om snabb handläggning av ärenden, om enkelt myndighetsspråk och om muntliga inslag i handläggningen.

## 2.2 Patientdatalag, SFS (2008:355)

Patientdatalagen anger att all legitimerad personal har skyldighet att föra journal. I patientdatalagen föreskrivs när och i vilken omfattning patientuppgifter ska dokumenteras. Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården ska patientjournal föras. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

## 2.3 Socialtjänstlagen, SoL (2001:453)

Av socialtjänstlagen 11 kap. 5-6 § framgår vilka krav som ställs om hur och i vilken omfattning dokumentation ska föras. Skyldigheten att dokumentera omfattar både handläggningen och genomförandet. Kravet på att använda gemensamma begrepp, individuell planering och individriktat synsätt återfinns i lagstiftningen, föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

## Dokumentation i hälso- och sjukvård

### 2.4 Den legitimerade personalens dokumentation

#### 2.4.1 Vad gör legitimerad personal

- ansvarar för att personuppgifterna (huvudbilden) i verksamhetssystemet är aktuella
- upprättar patientjournal
- dokumenterar i patientjournalen
- tar del av aktuella genomförandeanteckningar

#### 2.4.2 Patientjournal

I patientjournalen samlas handlingar som rör en patient. Patientjournalen innehåller anteckningar som görs i samband med vård och behandling liksom handlingar som upprättas eller inkommer med uppgifter om en patients hälsotillstånd, andra personliga förhållanden samt vårdåtgärder.

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar som har gjorts och som ligger till grund för olika beslut. Såväl den planerade som den genomförda vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Även råd i telefon ska dokumenteras. En väl förd patientjournal utgör dessutom grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten.

Med patientjournal avses alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförs eller planeras. Som journalhandling räknas allt material som innehåller information om vården, exempelvis signeringslistor, laboratorieuppgifter, remisser, remissvar, röntgensvar, foton och epikriser från andra vårdgivare. Patientjournalen avslutas när den inte är aktuell, all dokumentation ska skrivas ut och bifogas akten. Akten lämnas till administrationen för arkivering.

#### 2.4.3 Syfte och innehåll

##### Patientjournalens syfte

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för

- patienten
- uppföljning och utveckling av verksamheten
- tillsyn och rättsliga krav
- uppgiftsskyldighet enligt lag
- forskning

##### Patientjournalens innehåll

- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar
- uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
- undersökningsresultat
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdhygienisk smitta
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård

Anvisningar för hur hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska utföras inom vård- och äldreomsorgsförvaltningen finns inlagt i verksamhetssystemet.

## **2.4.4 Sjuksköterskans dokumentation**

En patientjournal ska innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation. Omvårdnadsdokumentationen ska, utifrån patientens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen ska utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ger ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Omvårdnadsåtgärderna ska sammanfattas i en omvårdnadsepikris i samband med utskrivningen av patienten.

Dokumentationen förs i verksamhetssystemet enligt VIPS – modellen, som är en modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen med hjälp av sökord. Till varje sökord finns hjälptext som vägledning för innehållet och för att dokumentationen ska föras in under det mest lämpliga sökordet.

Dokumentationen ska innehålla

- anamnes
- omvårdnadsstatus, omvårdnadsdiagnos
- omvårdnads mål, omvårdnadsplan
- omvårdnadsresultat
- omvårdnadsepikris

## **2.4.5 Arbetsterapeutens och fysioterapeutens dokumentation**

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster dokumenterar i verksamhetssystemet utifrån en sökordsmodell. Till varje sökord finns hjälptext och anvisningar för vad som ska dokumenteras var.

Dokumentationen ska innehålla

- anamnes
- funktionsstatus
- bedömning, funktionell diagnos
- mål
- åtgärd
- resultat

# **3 Social dokumentation**

## **3.1 Biståndshandläggarens dokumentation**

### **3.1.1 Vad gör biståndshandläggare**

- ansvarar för att personuppgifterna (huvudbilden) i verksamhetssystemet är aktuella
- upprättar personakt
- dokumenterar i journalanteckningar och verksamhetsanteckningar
- registrerar upprättade och inkomna handlingar
- avslutar akten då ärendet upphör och lämnar den till arkivering

### **3.1.2 Den enskildes integritet**

Handlingar som upprättas och gäller den enskilde ska begränsas till uppgifter som bedöms vara tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga i förhållande till vad saken gäller.

### **3.1.3 Samtycke**

Den enskildes samtycke ska alltid dokumenteras, av dokumentationen ska det framgå:

- vilka myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte
- om närstående får kontaktas och i vilket syfte
- vilka sakkunniga som får kontaktas och i vilket syfte
- när samtycket lämnats
- när samtycket återkallats

### 3.1.4 Personakt

Personakt upprättas när ett nytt ärende startar och förvaras på myndighetsavdelningen. Personakten utgör grunden för all dokumentation i ett enskilt ärende. Alla handlingar som rör den enskilde samlas här. Inkomna handlingar som rör ärendet ska förvaras i akten. En förteckning över inkomna och upprättade handlingar ska finnas längst fram i personakten.

#### 3.1.4.1 Avslutar personakt

Akten avslutas när ärendet upphör. Då ska all dokumentation (verksamhetsanteckningar, journalanteckningar och anteckningar SOL) skrivas ut och bifogas akten. Akten lämnas för arkivering.

### 3.1.5 Ansökan och beslut om bistånd

- ansökan och anmälan ska alltid dokumenteras
- vad ansökan och anmälan avser ska framgå
- när en utredning inte inleds ska det dokumenteras
- en utredning ska göras enligt 11 kap. socialtjänstlagen. Det som är av betydelse för att ett korrekt beslut ska kunna fattas ska alltid dokumenteras samt vem som lämnat uppgifterna
- uppgifter ska inhämtas från specialister inom verksamhetsområdet för att bedöma den enskildes förmåga till fysisk, psykisk eller social rehabilitering samt vid behov från andra myndigheter. Se 4.2.3. samtycke
- biståndshandläggare beslutar om insatser enligt 4 och 5 kap. socialtjänstlagen
- rätten till bistånd ska utformas utifrån socialtjänstlagen 3 kap. 5 § och utifrån "Riktlinjer för bistånd" som antagits av vård och äldreomsorgsnämnden. När särskilda skäl finns kan avsteg från riktlinjerna göras. Detta ska då framgå av utredningen och beslutas av
- arbetsutskottet
- utredningen som ligger till grund för beslut ska alltid kommuniceras före beslut och avslag ska alltid kommuniceras och meddelas skriftligt. Information om besvärshänvisning ska lämnas
- vid behov ska biståndshandläggaren bistå den enskilde vid överklagan
- yttrande till domstol fastställs av arbetsutskottet

Av dokumentationen ska framgå:

- om standardiserade bedömningsmetoder har använts i utredningen
- den bedömning som gjorts av den enskildes behov
- den enskildes förmåga att själv kunna tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt
- hur den enskilde uppfattar sina behov och hur dessa kan tillgodoses. Uttrycker den enskilde inte hur han/hon uppfattar sina behov och hur de kan tillgodoses ska detta dokumenteras
- vilka andra insatser som övervägts tillsammans med den enskilde
- vilka faktiska omständigheter och händelser som ligger till grund för bedömningen
- mål med insatserna

### 3.1.6 Överlämningsdokument/beställning

Av överlämningsdokument/beställning ska följande framgå:

- den bedömning som gjorts av den enskildes behov
- hur uppföljningen ska genomföras
- vad som ingår i uppdraget
- vilket eller vilka mål som gäller för insatserna

### 3.1.7 Dokumentation - journalanteckningar

Dokumentationen ska göras i nära anslutning till när informationen har kommit till biståndshandläggarens kännedom. Dokumentationen utformas med respekt för den enskildes integritet och ska vara skriven på ett lättbegripligt språk så att de som berörs utan hinder kan ta del av innehållet. Följande ska framgå av dokumentationen:

- samtycke som har lämnats
- önskemål om utförare
- när och hur beställning har lämnats till utförare

- behov av kommunikationsstöd och när det har använts
- förordnande av god man eller förvaltare
- har den enskilde skyddade personuppgifter
- när och av vilka skäl insatserna avslutas samt i vilken utsträckning målet eller målen uppnåtts

### **3.1.8 Uppföljning**

Dokumentation i samband med uppföljning. Följande ska dokumenteras:

- när och på vilket sätt följs det upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd
- vilken bedömning som har gjorts av om insatsen har genomförts enligt beslut
- åtgärder som vidtas för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts med den enskilde
- på vilket sätt har insatsen följts upp
- hur den enskilde uppfattar insatsen i förhållande till sina behov
- om standardiserade bedömningsmetoder som en del i uppföljningen har använts och i så fall vilka
- vilken bedömning har gjorts av den enskildes situation
- om några behov av åtgärder har identifierats vid uppföljningen
- har den enskilde framfört klagomål på handläggningen

## **3.2 Boendesamordnarens dokumentation**

### **3.2.1 Vad gör boendesamordnare**

- ansvarar för att personuppgifterna (huvudbilden) i verksamhetssystemet är aktuella
- dokumenterar i verksamhetsanteckningar
- registrerar upprättade och inkomna handlingar

### **3.2.2 Verksamhetsanteckningar**

Verksamhetsanteckningar ska föras vid fördelning av särskilt boende, korttidsboende och växelvård

## **4 Dokumentation i genomförandet**

### **4.1 Enhetschefens dokumentation**

#### **4.1.1 Vad gör enhetschef**

- ansvarar för att personuppgifterna (huvudbilden) i verksamhetssystemet är aktuella
- beslutar om insatser i det särskilda boendet och korttidsboendet
- dokumenterar datum för verkställighet
- ansvarar för att genomförandeplan upprättas, följs upp och är aktuell
- dokumenterar i verksamhetsanteckningar
- tar löpande del av anteckningar

#### **4.1.2 Personakt**

Personakten utgör grunden för all dokumentation i ett enskilt ärende. Alla handlingar som rör den enskilde samlas här. Personakten upprättas och förvaras på myndighetsavdelningen. Handlingar som ska förvaras i akten är ansökningar, beslutsunderlag och beslut, verksamhetsanteckningar, genomförandeplan, handlingar som upprättas i genomförandet, handlingar och brev som inkommer, eventuellt expertutlåtande, t ex läkarutlåtande, samt uppgifter om planerade och genomförda insatser.

#### **Den enskildes integritet**

Handlingar som upprättas och gäller den enskilde ska begränsas till uppgifter som bedöms vara tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga i förhållande till vad saken gäller.



### 4.1.3 Samtycke

Den enskildes samtycke ska alltid dokumenteras, av dokumentationen ska det framgå:

- när samtycket lämnats
- vilka myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte
- om närstående får kontaktas och i vilket syfte
- vilka sakkunniga som får kontaktas och i vilket syfte
- när samtycket återkallats

#### 4.1.3.1 Syfte och innehåll social dokumentation

Syftet med social dokumentation är att tydliggöra det omsorgsarbete som ska bedrivas utifrån beviljat bistånd och tydliggöra den enskildes behov, önskemål och upplevelser av sin situation. Säkerställa att den enskilde får den hjälp och det stöd som beviljats och säkerställa att insatserna är av god kvalitet och leder till förbättringar för den enskilde. Kunna utvärdera och följa upp den enskildes uppfattning om den hjälp och det stöd som ges. Dokumentationen ska även innehålla följande:

#### 4.1.4 Genomförandeplan

Genomförandeplanen är en del av dokumentationen, fortsättning och utveckling av biståndsbeslutet. Den enskilde ska ha inflytande över hur hjälpen ges och genomförandeplanen ska upprättas tillsammans med den enskilde. Den enskildes rätt att få bevara sin särprägel, sina vanor och sin identitet ska värnas och framgå av dokumentationen. Kan den enskilde inte delta i upprättandet erbjuds närstående/god man att delta istället. Information från tidigare utförare av hemtjänst, korttid, dagverksamhet ska inhämtas inför upprättandet av genomförandeplanen. Beställningar överförs till genomförandeplanen.

##### 4.1.4.1 Vem ansvarar för att genomförandeplanen upprättas

Enhetschefen ansvarar för att en genomförandeplan upprättas för alla som har insatser, detta kan delegeras till kontaktperson/vårdpersonal. Har den enskilde **enbart** trygghetslarm upprättas ingen genomförandeplan, en plan upprättas av larmorganisationen i det system som hanterar trygghetslarm. Vald utförare ansvarar för att genomförandeplan upprättas. Den enskilde kan tacka nej till att delta i upprättandet av genomförandeplanen, då upprättar utföraren en genomförandeplan utifrån den kunskap och kännedom som finns om den enskilde. På korttidsboende upprättas en tillfällig genomförandeplan.

##### 4.1.4.2 Syfte med genomförandeplan

Genomförandeplanen ger den enskilde möjlighet att framföra sina önskemål, synpunkter och vad som är viktigt för att få ett värdigt liv och känna välbefinnande. Det tydliggör för den enskilde hur och när insatserna ska utföras. Genomförandeplanen är också ett arbetsredskap för personalen där det tydligt framgår **vad** som ska utföras, **hur** det ska utföras, **när** det ska utföras samt vilka mål den enskilde har.

##### 4.1.4.3 När ska genomförandeplanen upprättas

Det första planeringsmötet ska genomföras så snart som möjligt efter inflyttning/beställning av insats. Senast två veckor efter inflyttning/beställning ska en genomförandeplan vara upprättad. Den enskilde ska skriva under genomförandeplanen och få en kopia. Om den enskilde inte vill skriva under genomförandeplanen trots att man är överens ska detta dokumenteras. Kan den enskilde inte skriva under kan en närstående eller god man skriva under. Kan inte genomförandeplanen skrivas under av någon ska detta dokumenteras. Ett exemplar ska skickas till biståndshandläggaren senast två veckor efter beställning/inflyttning på boende. Korttidsboendet skickar inte in genomförandeplanen.

##### 4.1.4.4 Förändringar i genomförandeplanen

Genomförandeplanen ska alltid vara aktuell. Behov av förändringar i genomförandeplanen ska göras omgående. När mindre förändringar görs på genomförandeplanen behöver inte den enskilde skriva under den, men det ska dokumenteras att man kommit överens med den enskilde om förändringarna och varför de görs.

##### 4.1.4.5 Uppföljning

Enhetschefen ansvarar för att uppföljning och utvärdering görs var tredje månad.

Följande ska dokumenteras:

- när och på vilket sätt följs det upp att den enskilde får den beslutade insatsen utförd
- vilken bedömning som har gjorts av om insatsen har genomförts enligt beslut
- åtgärder som vidtas för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts med den enskilde
- på vilket sätt har insatsen följts upp
- hur den enskilde uppfattar insatsen i förhållande till sina behov
- om standardiserade bedömningsmetoder som en del i uppföljningen har använts och i så fall vilka
- vilken bedömning har gjorts av den enskildes situation
- om några behov av åtgärder har identifierats vid uppföljningen
- har den enskilde framfört klagomål i samband med uppföljningen
- om kommunikationsstöd använts

#### **4.1.4.6 Revidering av genomförandeplan**

Revidering av genomförandeplan ska göras vid behov dock minst en gång per år. Vid revidering ska den enskilde delta om det är möjligt och om den enskilde vill. Närstående/god man, legitimerad personal, demenssjuksköterska, med flera kan delta om det är relevant. Alla yrkesgrupper kan initiera behov av revidering.

#### **4.1.5 Verksamhetsanteckningar**

Verksamhetsanteckningar förs löpande under genomförandet. Dokumentationen ska innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Av dokumentationen ska det framgå:

- vilken hänsyn som tagits till den enskildes synpunkter och önskemål
- när och hur genomförandeplanen ska följas upp
- om det inträffat händelser som medfört att insatsen helt eller delvis inte har kunnat genomföras som planerat
- åtgärder som vidtagits
- behov av kommunikationsstöd och när det används
- när och av vilka skäl insatserna avslutas samt i vilken utsträckning målet eller målen uppnåtts
- förordnande av god man eller förvaltare
- har den enskilde skyddade personuppgifter

#### **4.1.6 Ankomstsamtal**

Det ska framgå när ankomstsamtal på särskilt boende genomförts och vad som framkommit, detta dokumenteras under rubrik "Ankomstsamtal".

#### **4.1.7 Verkställighet**

Enhetschefen fyller alltid i datum för verkställighet i verksamhetssystemet samt skriver i verksamhetsanteckningar datum för inflyttning på boende och korttidsboende samt datum när insatserna påbörjas i hemtjänst.

#### **4.1.8 Genomförandeanteckningar**

Enhetschefen tar löpande del av vårdpersonalens anteckningar.

### **4.2 Vårdpersonalens dokumentation**

#### **4.2.1 Vad gör vårdpersonal**

- ansvarar för att personuppgifterna (huvudbilden) i verksamhetssystemet är aktuella
- upprättar levnadsberättelse när det är möjligt och lämpligt
- dokumenterar i genomförandeplanen, på uppdrag av enhetschef
- dokumenterar i anteckningar, SoL

- gör en sammanfattning inför uppföljning av korttidsboende
- för signeringslista vid delegerade uppgifter
- dokumenterar i "anteckningar hälso- och sjukvård"

#### **4.2.2 Den enskildes integritet**

Handlingar som upprättas och gäller den enskilde ska begränsas till uppgifter som bedöms vara tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga i förhållande till vad saken gäller.

##### **4.2.2.1 Syfte och innehåll social dokumentation**

Syftet med social dokumentation är att tydliggöra det omsorgsarbete som ska bedrivas utifrån beviljat bistånd och tydliggöra den enskildes behov, önskemål och upplevelser av sin situation. Säkerställa att den enskilde får den hjälp och det stöd som beviljats och säkerställa att insatserna är av god kvalitet och leder till förbättringar för den enskilde. Kunna följa upp och utvärdera.

##### **4.2.3 Levnadsberättelse**

Kontaktpersonen ansvarar för att en levnadsberättelse upprättas om den enskilde vill medverka till det. Levnadsberättelsen underlättar för personalen att se den enskilde som en individ och är av stort värde särskilt i arbetet med personer med demenssjukdomar.

##### **4.2.4 Genomförandeplan**

Genomförandeplanen är en del av dokumentationen, fortsättning och utveckling av biståndsbeslutet. Den enskilde ska ha inflytande över hur hjälpen ges och genomförandeplanen ska upprättas tillsammans med den enskilde. Den enskildes rätt att få bevara sin särprägel, sina vanor och sin identitet ska värnas och framgå av dokumentationen. Kan den enskilde inte delta i upprättandet erbjuds närstående/god man att delta istället. Information från tidigare utförare av hemtjänst, korttid, dagverksamhet ska inhämtas inför upprättandet av genomförandeplanen. Beställningar överförs till genomförandeplanen.

###### **4.2.4.1 Vem ansvarar för att genomförandeplanen upprättas**

Enhetschefen ansvarar för att en genomförandeplan upprättas för alla som har insatser, detta kan delegeras till kontaktperson/vårdpersonal. Har den enskilde enbart trygghetslarm upprättas ingen genomförandeplan, en plan upprättas av larmorganisationen i det system som hanterar trygghetslarm. Vald utförare ansvarar för att genomförandeplan upprättas. Den enskilde kan tacka nej till att delta i upprättandet av genomförandeplanen, då upprättar utföraren en genomförandeplan utifrån den kunskap och kännedom som finns om den enskilde. På korttidsboende upprättas en tillfällig genomförandeplan.

###### **4.2.4.2 Syfte med genomförandeplan**

Genomförandeplanen ger den enskilde möjlighet att framföra sina önskemål, synpunkter och vad som är viktigt för att få ett värdigt liv och känna välbefinnande. Det tydliggör för den enskilde hur och när insatserna ska utföras. Genomförandeplanen är också ett arbetsredskap för personalen där det tydligt framgår vad som ska utföras, hur det ska utföras, när det ska utföras samt vilka mål den enskilde har.

###### **4.2.4.3 När ska genomförandeplanen upprättas**

Det första planeringsmötet ska genomföras så snart som möjligt efter inflyttning/beställning av insats. Senast två veckor efter inflyttning/beställning ska en genomförandeplan vara upprättad. Den enskilde ska skriva under genomförandeplanen och få en kopia. Om den enskilde inte vill skriva under genomförandeplanen trots att man är överens ska detta dokumenteras. Kan den enskilde inte skriva under kan en närstående eller god man skriva under. Kan inte genomförandeplanen skrivas under av någon ska detta dokumenteras. Ett exemplar ska skickas till biståndshandläggaren senast två veckor efter beställning/inflyttning på boende. Korttidsboendet skickar inte in genomförandeplanen.

###### **4.2.4.4 Förändringar i genomförandeplanen**

Genomförandeplanen ska alltid vara aktuell. Behov av förändringar i genomförandeplanen ska göras omgående. När mindre förändringar görs på genomförandeplanen behöver inte den enskilde skriva

under den, men det ska dokumenteras att man kommit överens med den enskilde om förändringarna och varför de görs.

#### **4.2.4.5 Uppföljning och utvärdering**

Enhetschefen ansvarar för att uppföljning och utvärdering görs var tredje månad och dokumenteras. Vidtagna åtgärder i samband med utvärdering ska framgå av dokumentationen.

#### **4.2.4.6 Revidering av genomförandeplan**

Revidering av genomförandeplan ska göras vid behov dock minst en gång per år. Vid revidering ska den enskilde delta om det är möjligt och om den enskilde vill. Närstående/god man, legitimerad personal, demenssjuksköterska, med flera kan delta om det är relevant. Alla yrkesgrupper kan initiera behov av revidering.

#### **4.2.5 Anteckningar**

Anteckningar SoL är det som dokumenteras utifrån genomförandeplan och beställning. Både positiva och negativa avvikelser från genomförandeplanen och viktiga händelser samt åtgärder dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå:

- vilken hänsyn som tagits till den enskildes synpunkter och önskemål
- när och hur genomförandeplanen ska följas upp
- om det inträffat händelser som medfört att insatsen helt eller delvis inte har kunnat genomföras som planerat
- åtgärder som vidtagits
- behov av kommunikationsstöd och när det har använts

Anteckningar är dokumentation vilket innebär att de inte kan raderas eller ändras. Anteckningar förs löpande under genomförandet och ska innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information.

**Tillräcklig dokumentation** innebär att nyanställd personal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter med stöd av det som finns dokumenterat i genomförandeplan och anteckningar

**Väsentlig dokumentation** innebär att det är väsentligt för genomförandet. Det ska inte vara onödigt detaljerat exempelvis inte innehålla dagliga rutiner utan det som avviker från det vanliga och det som är planerat.

**Korrekt dokumentation** innebär krav på den enskildes rätt till integritet, det ska vara sakligt och inte innehålla ovidkommande omdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär. Ingen dokumentation om tredje man.

#### **4.2.6 Vad ska inte dokumenteras**

Det är inte meningen att det ska dokumenteras dagligen ex om den enskildes humör, att man utför planerade insatser, att anhöriga kommer på besök eller annat som bedöms som vanligt förekommande och inte påverkar den enskilde eller insatsens utförande.

Det som inte ska dokumenteras kan vara viktig information som ska förmedlas till kollegor i arbetslaget eller till natten/nattpatrull och från natten/nattpatrull till dagpersonalen. Denna information lämnas via meddelarfunktionen i verksamhetssystemet alternativt via telefon.

#### **4.2.7 Hur ska man dokumentera?**

Dokumentationen ska föras med respekt för den enskildes integritet dvs. inga värderande omdömen. Beskriv korrekt och sakligt det som hänt "tänk foto" vad såg jag. Använd enkelt språk så att den som berörs utan hinder kan ta del av innehållet. Beskriv person och händelser på det sätt som du själv skulle vilja bli beskriven. Ställ dig frågan " Skulle jag vilja att någon skrev så här om mig?" "För vems skull skriver jag detta"?

#### **4.2.8 Hur ska man inte dokumentera**

Exempel på hur man inte dokumenterar

"NN har gapat och skrikit så jag har fått ont i huvudet", " har varit jobbig", dessa beskrivningar utgår från personalens arbetssituation och inte om den enskildes situation. Beskriv istället vad du iakttagit

under dagen. Ex på hur du kan beskriva händelsen. NN har gått fram och tillbaka i korridoren och bankat i väggen och ropat under stora delar av dagen.

"Verkar förvirrad" det är en tolkning som någon gjort, beskriv istället vilka iakttagelser du gjort, ex på hur du kan skriva NN har vid flera tillfällen under dagen talat osammanhängande och kunde inte minnas var han bor.

"Har ätit jättebra" vad är jättebra? Beskriv istället fakta exempel "vad personen har ätit"

#### **4.2.9 Anteckningar hälso- och sjukvård**

Händelser som är kopplade till det som är beställt av legitimerad personal antecknas här. Anteckningar är löpande händelser av vikt, anteckningar om hur beviljade insatser har kunnat genomföras, hur det har fungerat samt både positiva och negativa avvikelser.

Exempel på vad som ska antecknas enligt HSL;

- förändringar i hälsotillstånd
- uppföljning av vård och behandling
- uppföljning av rehabiliterande insatser och hjälpmedel
- iakttagelser, kontroller och mätningar
- effekter och biverkningar av läkemedel och behandlingar
- riskbedömningar (risk för undernäring/fall/trycksår)
- munvård
- nutrition
- infektioner och hygien

#### **4.2.10 Signeringslista**

Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ett ansvar att dokumentera utförd insats på signeringslista. Signeringslistor kan även förekomma vid uppgifter som inte är delegerade.

## **5 Referenser**

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. 2000, *VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*, FoU 48, Vårdförbundet, Stockholm. ISBN 91-7043-045-4

Nilsson, A & Carlsson, T. 2004 *Dokumentera mera. Social dokumentation inom omsorgen om äldre och funktionshindrade.*

Nilsson, A & Carlsson, T. 2009 Social Dokumentation ett steg till

Nilsson, A & Carlsson, T. 2012 Social dokumentation i praktiken

Norström, C. & Thunved, A. *Nya sociallagarna, med kommentarer, lagar och författningar som den lyder 1 januari, 2005*

Patientdatalagen SFS 2008:355

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSF 2008:14

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, SOSF 1997:14

Socialstyrelsen 2015. *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, SOSFS 2014:5

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamheten SOSFS 2011:9