

# Dokumentation

- en vägledning för omsorgspersonal  
i äldreomsorgen

Sociala frågor  
2008

Titel: Dokumentation  
-en vägledning för omsorgs-  
personal i äldreomsorgen

Utgiven av: Länsstyrelsen i Skåne Län

Beställningsadress: Länsstyrelsen i Skåne Län  
Samhällsbyggnadsavdelningen  
205 15 MALMÖ  
Tfn: 040-25 20 00  
lansstyrelsen@m.lst.se

Copyright: Länsstyrelsen i Skåne län

Upplaga: 2500 ex

ISBN: 91-85363 -51-0

Layout: Victor Duse

Tryckt: Elanders,Malmö

Omslagsbild: H9K

## Förord

Dokumentation ska ske enligt socialtjänstlagen (SoL), både under handläggning och verkställighet. Länsstyrelsen i Skåne har gett ut en checklista för dokumentation under handläggning. I denna vägledning, som ursprungligen utarbetats under våren 2005, framgår Länsstyrelsens kriterier för dokumentation under verkställighet.

Länsstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn sett många brister i dokumentationen under verkställighet och dessutom fått många frågor om detta. Därför tog Länsstyrelsen initiativ till en arbetsgrupp med representanter från några intresserade kommuner och en privat verksamhet för att utforma en vägledning.

I arbetsgruppen ingick Bodil Green och Ingrid Rasmusson, Hörby kommun, Ing-Britt Magdesjö och Birthe Hansson, Landskrona kommun, Monica Andersson och Gunilla Ek Pedersen, Ystad kommun, Mia Eneberg och Cecilia Sixten, Örkelljunga kommun, Birgitta Svensson, Sollidens vårdhem, Burlöv samt Helén Andersson, Gunvor Landqvist, Eva Wallengren och Mats Wissman, Länsstyrelsen.

Med anledning av Socialstyrelsens utgivning av SOSFS 2006:5 har en revidering gjorts sommaren 2007 med uppdatering 2008.

Denna vägledning handlar om utförarnas dokumentation enligt socialtjänstlagen (SoL) av insatser som ska tillgodose enskildas behov av service- och omsorgsinsatser. Dokumentationen ska bl.a. ge en bild av hur den enskilde klarar sin vardag, ges full delaktighet i samhällslivet samt känner sig trygg och upplever meningsfullhet i gemenskap med andra. Det är vår förhoppning att vägledningen ska underlätta dokumentationen under verkställighet.

Gunvor Landqvist  
Socialdirektör

## Varför behövs dokumentation enligt SoL?

- För rättssäkerheten, så att den enskilde ska ha möjlighet till insyn i sitt ärende samt för att den enskilde ska få de insatser han/hon har beviljats
- För att få underlag för planering av omsorgsinsatser
- För informationsöverföring mellan personal och för att upprätthålla en kontinuitet i arbetet
- För att uppföljning och omprövning i ärendet ska vara möjlig
- För att utveckla och säkerställa kvalitet i omsorgsarbetet gentemot den enskilde samt för verksamhetsplanering och statistik
- För de anställdas rättssäkerhet i samband med klagomål och anmälningar
- För att möjliggöra insyn och tillsyn från t.ex. socialnämnden, revisorer, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och JO

## Vad står det i lagen?

Kraven på dokumentation regleras i socialtjänstlagen *och dokumentationen ska utgå från ett individuellt beslut.*

Vissa allmänna förvaltningsrättsliga regler återfinns i förvaltningslagen (FL). Ett syfte med lagen är att stärka rättssäkerheten och att underlätta för medborgaren att bättre kunna ta tillvara sin rätt i sina kontakter med myndigheter. Dessa ska lämna upplysningar, vägledning råd och hjälp till enskilda i frågor som rör deras verksamhetsområde. Språket ska vara så lättbegripligt som möjligt (4 -6 §§ FL).

I socialtjänstlagen finns mer preciserade bestämmelser om hur dokumentationen ska vara utformad. I 11 kap 5 § SoL står det om dokumentation:

*Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.*

För att dokumentationen ska kunna fylla sin huvuduppgift krävs att den innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Endast de uppgifter som har betydelse med hänsyn till verksamhetens art och den enskilde individen behöver dokumenteras. Ansvariga får inte låta bli att dokumentera under någon längre tid och det ska alltid vara möjligt att följa vad som händer.

I socialtjänstlagens 11 kap. 6 § står det vidare:

*Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas.*

Värderingar eller kränkande omdömen får inte förekomma. Den enskilde ska kontinuerligt informeras om att det förs anteckningar och att han/hon har rätt att ta del av dessa.

Av socialtjänstlagens 3 kap. 5 § framgår:

*Insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.*

Även vid omfattande behov av insatser från hemtjänsten har den enskilde rätt att kunna påverka sin egen vardag. Det ska t.ex vara möjligt att själv kunna ha inflytande på sina tider och att göra det man fortfarande kan. Hjälpen ska inriktas på att stödja oberoendet.

## Vad ska social akt/journal hos utföraren innehålla?

- Kopia av biståndsutredning
- Kopia av biståndsbeslut
- Eventuell levnadsberättelse
- Genomförandeplan
- Löpande anteckningar
- Individuell signeringslista alternativt anteckning av ej utförda insatser

1. **Biståndsutredningen** ger underlag till genomförandeplanen. I vissa fall kan samtycke krävas, exempelvis för känsliga uppgifter.
2. Av **biståndsbeslutet** ska det framgå vad som beviljats genom att beslutet är specificerat, eller genom att beslutet utgör grund för den konkretisering som sker i den sociala genomförandeplanen.
3. **Levnadsberättelsens** syfte är att underlätta för personal att se den enskilde som en individ bakom de funktionshinder och/eller sjukdomar som den enskilde har och är av särskilt värde då det gäller personer som drabbats av demenssjukdomar.

Samtalet som leder till upprättandet av en levnadsbeskrivning öppnar för möjligheten att komma in på frågor som är av särskild vikt för den enskilde; det som har varit, nuvarande livssituation och framtiden.

Tillsammans med den enskilde och/eller anhöriga beskrivs frågor som rör:

- bostadsförhållanden
- släkt och familj
- tidigare arbete
- kultur/språk
- vardagsvanor
- intressen; husdjur, vilken musik man lyssnat till osv.

Det är frivilligt för den enskilde att medverka i upprättandet av en levnadsbeskrivning och den görs alltid med respekt för den personliga integriteten.



Foto: Mark Altamero

**4. Genomförandeplanen** är en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen. I genomförandeplanen konkretiseras det beviljade biståndet. Av planen ska framgå den enskildes behov och önskemål, både fysiska, sociala, psykiska och existentiella.

#### **Följande uppgifter ska finnas tillgängliga:**

##### **Faktauppgifter**

- Den enskildes namn, persondata och adress
- Uppgifter om anhörig, kontaktperson, biståndshandläggare, enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, hemsjukvård osv
- Uppgift om god man eller förvaltare
- Uppgift om andra insatser som exempelvis färdtjänst
- Namn på de personer som deltagit i genomförandeplaneringen
- Datum för upprättandet av genomförandeplan
- Datum för uppföljning

Övriga uppgifter; exempelvis vägbeskrivning

Observera att skyddad identitet kan föreligga, vilket kräver extra uppmärksamhet.

##### **Nuvarande situation**

Med levnadsbeskrivningen som eventuell utgångspunkt förs samtal kring den enskildes nuvarande situation.

För att få en helhetssyn förs samtal kring hur den enskilde klarar sig i sitt dagliga liv och vad han/hon behöver för att känna sig trygg och för att få meningsfullhet i vardagen.

##### **Exempel på frågor som kan beröras:**

- Vad kan den enskilde klara själv och vilket stöd behöver han/hon?
- Hur upplever den enskilde sitt hälsotillstånd: syn, hörsel, förflyttning?
- Vilken kontakt finns och vilka kontakter önskar den enskilde ha med anhöriga, vänner och/ eller frivilligorganisationer?
- Hur ser den enskilde på sin framtid?



## Omsorgsinsatser

Tillsammans genomförs en planering för genomförandet av beviljade insatser. Här görs en beskrivning av **vilka** insatser som blivit beviljade av kommunens handläggare. Därefter förs en diskussion utifrån den enskildes önskemål om **hur** insatserna ska utföras. Överenskommelsen mellan den enskilde och utföraren innefattar även **när** och **vem** som ska utföra insatsen. Även det angivna **målet/delmålet** med aktuell insats diskuteras och dokumenteras. Underrubriker som kan finnas:

- Mål/delmål
- Vad
- Hur
- När
- Vem

5. Ett syfte med **löpande anteckningar** i en journal är att få en aktuell bild av den enskildes situation och hur situationen utvecklas för den enskilde. Anteckningarna ska inte vara mer omfattande än vad som behövs och beskriva det som är viktigt. De ska föras kontinuerligt, i kronologisk ordning samt vara daterade och signerade. Se exempel på löpande anteckningar, bilaga 1.

*”Åtgärder som vidtas” kan vara:*

Erbjudande om insatser, som den enskilde avböjer

När sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast kontaktas

Utförarens kontakter av vikt med anhörig eller god man

Uppföljning av den sociala genomförandeplanen

*”Faktiska omständigheter” kan vara:*

Det som avviker från uppgjord planering och varför

Kontakter med vårdcentral, inläggning på sjukhus etc.

*”Händelser av betydelse” kan vara:*

Den enskildes upplevelser

Besök som den enskilde får

Utflykter och besök hos släktingar

Klagomål/synpunkter

6. Av **signeringslistan** ska framgå vilka insatser som blivit utförda, när och av vem. Används signatur vid signering ska signeringsnyckel finnas.

### **Vem har ansvar för dokumentationen och vem skriver?**

*Nämnden har i kommunal verksamhet det yttersta ansvaret för att lagstadgad dokumentation sker och huvudmannen för enskild verksamhet om insatserna genomförs i den enskilda verksamheten. Personalen behöver utbildning, tid och tydliga rutiner för att kunna sköta dokumentationen på ett bra sätt. Vem som dokumenterar är upp till varje organisation att avgöra. Kontaktmannen är en möjlighet.*

### **Vem har rätt att läsa?**

*Den enskilde:* Den enskilde har rätt att ta del av allt som skrivs om honom och har också rätt att framföra om han anser att något i dokumentationen är felaktigt. Detta ska i så fall dokumenteras i den sociala journalen.

*Anhöriga:* I förhållande till anhöriga gäller sekretess. För att som anhörig ha rätt att ta del av information om den enskilde krävs att anhörig är utsedd som företrädare. I alla andra fall måste den enskilde ge sitt samtycke till att anhörig får ta del av information och dokumentation. Samtycket ska dokumenteras.

*Personal:* Den personal som deltar i omsorgen om den enskilde har rätt att ta del av den dokumentation som behövs för att utföra arbetsuppgifterna.

### **Får man ha arbetsmaterial?**

Med arbetsmaterial menas de anteckningar som används för att underlätta informationsöverföring mellan personalen. Det kan t.ex. vara anteckningar om inköp som behöver göras, att en genomförandeplan uppdaterats och bör läsas osv. Anteckningarna förstörs när de inte längre behövs. Även arbetsanteckningar ska föras och förvaras i enlighet med sekretesslagens bestämmelser och med respekt för den enskildas integritet.

## Hur ska dokumentationen förvaras?

*Förvaring:* Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till dem. De ska också förvaras, så att de inte förstörs ex. av skadegörelse, brand, stöld och vatten. Det ställer krav på olika lösningar beroende på om dokumentationen finns på papper eller i datamedium.

*Medium – papper eller dator:* Den enskilde ska på begäran snarast få tillgång till den dokumentation som förs om honom/henne oberoende om dokumentationen förs på papper eller med hjälp av dator. Det innebär att det alltid ska finnas möjlighet att kunna läsa och skriva ut dokumentationen. För inkommande handlingar måste en fysisk akt finnas.

*Gallring:* I socialtjänstlagen och personuppgiftslagen anges reglerna för gallring. Huvudregeln för socialtjänstlagen är att uppgifter ska gallras fem år efter att sista anteckningen gjordes. Varje kommun är skyldig upprätta en arkivplan, där gallringsbestämmelser ingår. Vissa akter ska bevaras för forskningens skull. Det finns olika regler om gallring för socialtjänsten resp. hälso- och sjukvården.

## Vad mer att tänka på?

*Signering:* Dokumentationen ska innehålla uppgift om vem och vilken befattningshavare som har gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes. En allmän handling kan inte ändras på annat sätt än att det framgår att en ändring gjorts. Det är därför inte tillåtet att skriva med blyerts eller stryka över text.

*Ej gemensam dokumentation:* Dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen måste hållas åtskild eftersom det är olika lagar som styr verksamheten. Om samma pärm används ska flikar skilja dokumentationen från de olika lagrummen åt.

## Bilaga I

### Exempel på löpande anteckningar

Nedan finns några exempel på löpande anteckningar. De följer checklistan över vad som kan vara åtgärder som vidtas, faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

*Erbjudande av insatser som den enskilde avböjer:*

2008-02-17 NN erbjuds idag städning eftersom vi inte städade 15/2. Tackade nej. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*När sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast kontaktas:*

2008-02-22 Ringer sjuksköterskan Stina Frisk ang. NNs röda finger. (pekfinger vänster hand). /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

2008-02-28 NN låg på golvet när jag kom dit klockan 8.30. Hon hade svårt att prata och hade inte ringt på trygghetslarmet. Ringer sjuksköterskan Stina Frisk som säger att jag ska ringa efter ambulans. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*Utförarens kontakter av betydelse med anhöriga eller god man:*

2008-02-14 Ringer god man och berättar att NN behöver pengar till frisörbesök m.m. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*Uppföljning av genomförandeplanen:*

2008-02-26 Uppföljning av genomförandeplanen. Närvarande var dottern Lisa, NN, undertecknad och kontaktperson Stina Andersson. /Stina Carlsson enhetschef

*Det som avviker från uppgjord planering och varför:*

2008-02-10 NN hade inte fått hjälp med att stiga upp och tvätta sig idag. Vid förmiddagens besök låg hon fortfarande kvar i sängen. Larmklockan låg för långt bort (vid kläderna) för att NN skulle kunna nå den. NN fick hjälp att stiga upp, att tvätta sig och att äta frukost klockan 10.30. Larmklockan sattes på armen. Fyllt i avvikelseblankett och lämnat den till Stina Andersson. /Stina Bengtsson vårdbiträde

*Besök hos sjukvården exempelvis hos läkare, inläggning på sjukhus:*

2008-03-22 NN inlagd på sjukhus, medicinkliniken, misstänkt hjärtinfarkt. /Stina Carlsson enhetschef

2008-04-05 Vårdplanering på sjukhuset. NN har haft en hjärtinfarkt. NN ska komma hem 2008-04-10./Stina Hansson biståndshandläggare

2008-04-10 NN hem från sjukhus, ny genomförandeplan från och med idag. /Stina Carlsson enhetschef

*Den enskildes upplevda situation:*

2008-02-15 NN säger att hon fryser om fötterna. Kommer överens om att jag ringer dottern och ber henne köpa varma sockor eller tjocka morgontofflor. Ringer dottern Lisa, hon ska köpa några sockor och tofflor. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

2008-02-15 Idag ville NN diska efter frukosten. Handdiskade lite av varje. /Stina Bengtsson vårdbiträde

2008-02-27 NN berättade att hon var ledsen efter dotterns besök. Ville inte äta någon kvällsmat. /Stina Bengtsson vårdbiträde

2008-03-14 NN berättade idag att hon inte varit ute sedan sommaren 2006. Längtar efter att få komma ut någon gång. Är rädd att hon ska ramla igen om hon går ut ensam eftersom hon är så yr. Blir överens om att jag ska be biståndshandläggaren om ett hembesök så att NN kan få ett beslut på om hon kan få komma ut. Kontaktar biståndshandläggaren Stina Hansson. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*Besök som den enskilde får:*

2008-02-01 NN berättade att hon haft besök av släktingar från Dalarna. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*Utflykter och besök hos släktingar:*

2008-02-05 NN var en av fem boende som åkte och drack eftermiddagskaffe på kaffestugan vid hamnen. /Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson

*Klagomål:*

2008-03-02 NN klagar på att hon fick bruna bönor som hon inte tål.

Ringde köket och de kör ut köttbullar med potatismos.

Klagomålsblankett ifylld och lämnad till kostchefen Stina Bengtsson.

/Stina Jönsson vårdbiträde





Östra Boulevarden 62 A, 291 86 Kristianstad  
Kungsgatan 13, 205 15 Malmö  
Tel 044/040-25 20 00, Fax 044/040-25 21 10  
Epost [lansstyrelsen@m.lst.se](mailto:lansstyrelsen@m.lst.se)  
[www.m.lst.se](http://www.m.lst.se)

[www.m.lst.se](http://www.m.lst.se)