

Riktlinje för dokumentation, inklusive genomförandeplan

- vid genomförandet av insatser enligt socialtjänstlagen, SoL och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

FASTSTÄLLD AV VÅRD- OCH OMSORGSKONTORETS LEDNINGSGRUPP 2013-09-30
ANSVARIG FÖR REVIDERING: SOCIALT ANSVARIG SAMORDNARE, SAS.

Innehållsförteckning

1. BEGREPPSFÖRKLARINGAR	4
2. INLEDNING.....	7
3. FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH PERSPEKTIV	7
3.1 PROFESSIONELLT BEMÖTANDE	8
3.2 SALUTOGENT FÖRHÅLLNINGSSÄTT	8
<i>och tro.</i>	9
3.3 REHABILITERANDE FÖRHÅLLNINGS- OCH ARBETSSÄTT	9
3.4 BARNPERSPEKTIV.....	10
3.5 VÄRDIGT LIV I ÄLDREOMSORGEN	10
3.6 BEHOVSORIENTERAT SYNSÄTT.....	12
3.6.1 <i>Utredningsmetod: "Äldres behov i centrum" och användning av nationella termer och begrepp, ICF</i>	13
4. DOKUMENTATION I SOCIALJOURNAL.....	14
4.1 ANSVAR	14
4.2 VARFÖR SKA VI DOKUMENTERA?	15
4.3 VAD SKA MAN SKRIVA I JOURNALEN?	15
4.4 HUR SKRIVER MAN I JOURNALEN?	16
4.5 TIPS: GRANSKA DOKUMENTATIONEN	17
4.6 GRÄNSDRAGNING MELLAN DOKUMENTATION FÖR MEDICINSKA OCH SOCIALA BEHOV	18
5. GENOMFÖRANDEPLAN.....	19
5.1 UPPRÄTTA EN NY PLAN.....	20
5.1.1 <i>Ingår det olika delar i insatsen?</i>	21
5.1.2 <i>Formulera mål</i>	21

5.1.3 Beskriv när och hur.....	22
5.1.4 Den enskildes inflytande och delaktighet.....	22
5.1.5 Deltagare i planeringen.....	24
5.1.6 Datum när planen fastställs.....	24
5.1.7 Uppföljning av planen.....	24
5.1.8 Om den enskilde avböjer att delta vid upprättandet av planen.....	25
5.2 ANDRA PLANER OCH VERKTYG SOM KAN BEHÖVAS.....	25
5.3 FLYTTNING MELLAN VERKSAMHETER.....	26
5.4 SAMMANFATTNING.....	26
6. ATT TÄNKA PÅ VID BYTE AV UTFÖRARE.....	28
7. FÖRVARING AV JOURNAL OCH GENOMFÖRANDEPLAN.....	28
7.1 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT.....	28
8. SPECIELLT FÖR BARN OCH UNGA.....	30
9. DOKUMENTATION VID AVVIKELSER, KLAGOMÅL ELLER LEX SARAH RAPPORT.....	31
10. ARBETSANTECKNINGAR.....	31
11. AVSLUTA ETT ÄRENDE.....	31
12. REFERENSER.....	33
BILAGA 1: ICF.....	34
BILAGA 2: LATHUND OCH SAMTALSGUIDE VID UPPRÄTTANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDEPLAN.....	40

1. Begreppsförklaringar

Nedan följer förtydliganden av vad som avses med återkommande ord och begrepp som används i detta dokument. Definitionerna är hämtade från socialstyrelsens ”Termbank” om inte annat anges.

Anhörig

Med anhörig avses i detta dokument en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna.

Allmän handling

Handling som har upprättats hos eller kommit in till en myndighet och som förvaras hos myndigheten.

Avvikelse

En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet¹.

Brukare

Brukare används som samlande begrepp för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten oavsett vilken typ av insatser det handlar om. Insatserna kan röra allt från stöd och service till mer omfattande bistånd, och en brukare kan vara allt från ett nyfött barn till en mycket gammal människa... Eftersom termen brukare står för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten är det inte lämpligt att kalla någon för brukare när man avser en särskild grupp eller enstaka individer - det kan uppfattas som en sorts avståndstagande. Beroende på sammanhang kan därför andra mer precisa benämningar vara lämpliga att använda i stället. I detta dokument används ordet ”den enskilde” istället för brukaren.

Dokumentera

Att skriva, fotografera eller spela in på band.

Genomförande

Verkställighet av en beslutad insats.

Genomförandeplan

Denna plan beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. Genomförandeplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående. Det ska finnas mål för planerade insatser utifrån den enskildes behov. Genomförandeplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Handling

Med handling avses i detta dokument en framställning i skrift eller bild eller upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel. En handling kan upprättas eller inkomma i samband med vården och omsorgen och innehålla

¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

uppgifter om personen, eller uppgifter om vidtagna eller planerade åtgärder. Ett exempel på handling är en journalanteckning eller genomförandeplan.

Insats

Med insats avses här individuellt behovsprövat stöd (sker hos myndighetsutövningen) enligt SoL och enligt 9 § LSS.

Journal

Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ärenden och genomförande av insatser görs kontinuerligt och i kronologisk ordning. *Kommentar:* Journalen ska inte förväxlas med den patientjournal som ska föras enligt patientdatalagen (2008:355).

Legal företrädare

Med legal företrädare avses en formellt utsedd god man, förvaltare eller vårdnadshavare för barn under 18 år.

Missförhållande:

Med missförhållanden som ska rapporteras avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Närstående

Med närstående avses i detta dokument en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till, det kan exempelvis vara en vän eller särbo.

Personakt

En personakt innehåller handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats inom vård- och omsorgsnämnden. *Kommentar:* Personakten kan vara elektronisk eller fysisk eller både och. Den kan innehålla handlingar som har kommit in till eller upprättats inom socialtjänsten.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan beskriver insatser och åtgärder som den enskilde har behov av från hälso- och sjukvård och från äldre- och funktionshindersomsorg och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering. Den samordnade individuella planen utformas tillsammans med den enskilde och eller dennas anhörig eller närstående och förutsätter samtycke från den enskilde.

Även aktiviteter som planeras av andra huvudmän än inom vård och omsorg dokumenteras. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Den samordnade individuella planen används i samband med pågående insatser och åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Samordnad plan enligt LPT och LRV

Samordnad plan enligt LPT och LRV är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser och åtgärder från hälso- och sjukvård och eller äldre- och funktionshindersomsorg för den enskilde. Efter samordnad vård- och omsorgsplanering upprättas den inför ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. En chefsöverläkare är ansvarig för att den samordnade planen enligt lagen (1991:1128) om

psykiatrisk tvångsvård, LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV tas fram, justeras och följs upp. Den samordnade planen är upprättad efter att ha justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

Samordnad vård- och omsorgsplanering

Samordnad vård- och omsorgsplanering utförs gemensamt av personal inom olika verksamheter inom vård- och omsorgskontoret. Den samordnas inom och mellan den kommunala hälso- och sjukvården och äldre- och funktionshindersomsorgen.

Samordnad vård- och omsorgsplanering kan även ske med berörda utanför vård- och omsorgsområdet såsom exempelvis skola, försäkringskassa och arbetsförmedling. Den enskilde eller dennes anhörig och eller närstående ska ha möjlighet att delta i den samordnade vård- och omsorgsplaneringen.

Uppdrag

Utredning och beslut som kommer från myndighetsutövningen till verksamhets-utföraren.

Utredning

All den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett ärende hos nämnden.

Vårdplan

Med vårdplan avses här en plan som beskriver hälso- och sjukvård och rehabilitering för en enskild patient.

Ärende

Ett ärende uppkommer hos myndighetsutövningen genom en ansökan, begäran, anmälan eller på annat sätt och avslutas genom ett beslut.

Förkortningar av lagar

HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
PDL	Patientdatalagen
SoL	Socialtjänstlagen

2. Inledning

Detta är en riktlinje som tagits fram för att ge vägledning och stöd till all personal i vård- och omsorgskontorets verksamheter med arbetet kring social dokumentation under genomförandet av insatser enligt socialtjänstlagen, SoL och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Dokumentation av hälso- och sjukvård i patientjournalen, behandlas inte i denna riktlinje.

Grundtanken är vi fortlöpande ska dokumentera hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går och att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet med den enskilde bedrivs på rätt sätt.

Det ska gå att kronologiskt följa vårt arbete med genomförandet samt följa de förändringar och händelser som påverkar genomförandet eller den enskildes behov.

Dokumentation ska vara skriven på ett sånt sätt att andra berörda medarbetare och den enskilde, kan förstå den och vad som gjort att till exempel ett visst arbetsätt planerats.

Vi dokumenterar så att stödet och hjälpen ges på ett rättssäkert sätt. Den enskildes rättssäkerhet är central. Lagar, förordningar och föreskrifter och flera bestämmelser ska stärka både barn och vuxna och tillförsäkra dem särskilda rättigheter, bland annat för att arbetet inte ska utföras godtyckligt eller partiskt.

Dokumentationen är nödvändig för att fortlöpande kunna planera och även följa upp om insatserna är av god kvalitet och om vi tillgodoser den enskildes behov och att den enskilde tillförsäkras skäliga eller goda levnadsvillkor.

Tillsammans med vissa grunduppgifter, utredning, beslut, genomförandeplan samt eventuella andra planer och uppföljningar av dessa, utgör journalanteckningar, den "sociala dokumentationen".

Mer ingående beskrivning av dokumentation inom socialtjänsten finns i föreskriften SOSFS 2006:5 "*Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförandet av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*", och i Socialstyrelsens publikationer: "*Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*", "*Handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga*" samt "*Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning- Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*".

3. Förhållningssätt och perspektiv

I den inledande paragrafen i socialtjänstlagen sägs det att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Vidare ska socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet. Vägledande principer i socialtjänstlagen är helhetssyn, frivillighet, självbestämmande, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet².

Den verksamhet som bedrivs med stöd av LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. De bärande principerna i svensk handikappolitik är tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet.

3.1 Professionellt bemötande³

Ett professionellt bemötande ska kännetecknas av respekt, ödmjukhet och empati samt förmåga att skapa och upprätthålla en förtroendefull relation med den enskilde. Det handlar också om att vara tydlig, saklig och kunna uttrycka sig så att den enskilde kan förstå. Som professionell måste man kunna bedöma när det egna yrkeskunnandet inte är tillräckligt och när någon annan instans bör kontaktas. Det ingår också att kunna hantera människor i kris och att hantera motstridiga intressen och konflikter samt att inte skuldbelägga någon.

3.2 Salutogent förhållningssätt⁴

Vid ett salutogent förhållningssätt fokuserar man på de faktorer som bidrar och vidmakthåller hälsa, mer än vad som orsakar sjukdom.

Motsatsen till salutogenes eller socialt synsätt är patogenes eller medicinskt synsätt, som försöker förklara varför människor blir sjuka.

Ett viktigt begrepp som hör till salutogent eller socialt förhållningssätt är känslan av sammanhang. Känslan av sammanhang byggs upp av tre faktorer; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Aron Antonovsky menar att graden av känslan av sammanhang (KASAM) ligger till grund för hur frisk eller sjuk den enskilde känner sig⁵.

² Socialstyrelsen (2011), ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten Individ- och familjeomsorg äldreomsorg handikappomsorg (SoL och LSS)”

³ Äldres behov i centrum, Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF, Preliminär version 2013-02-15, Socialstyrelsen.

⁴ Begreppet **salutogenes** myntades av Aaron Antonovsky (1923-1994). Salutogenes betyder hälsans ursprung och härrör från latinets *salus* (hälsa) och grekiskans *genesis* (ursprung).

⁵ Carlsson T, Nilsson A (2012), ”Social dokumentation I praktiken. En handbok med övningar”

Begriplighet

Begriplighet handlar om man kan begripa sin tillvaro och vilken roll man själv spelar. I vilken utsträckning man upplever tillvaron förnuftsmässigt gripbar, ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig. Om man inte förstår vad som händer och inte upplever att man blir förstådd, kan en känsla av övergivenhet, rädsla, oro och otrygghet infinna sig. Begripligheten stärks om personalen ger tydlig och för den enskilde anpassad information och kunskap om situationen.

Hanterbarhet

Hanterbarhet innebär att man upplever sig ha egna resurser och möjlighet att med stöd av andra kunna hantera och möta krav och situationer som är avgörande för hur ens liv utvecklas. Hanterbarhet stärks om personalen uppmuntrar, stödjer, motiverar, ger hjälp till självhjälp eller kompenserar oförmågan hos den enskilde att hantera en viss situation.

Meningsfullhet

Innebär att man upplever tillvaron som meningsfull och det är en motivationsfaktor för att kunna och vilja hantera utmaningar i livet. Delaktighet är något viktigt för meningsfullheten, samt att den enskilde har hittat eller utvecklar livsområden som känns angelägna. Det kan handla om relationer, aktiviteter och intressen, existentiella livsfrågor och så vidare.

Detta sociala synsätt leder till att de insatser som ges inriktas på att stödja den enskilde i att skapa egna strategier för att hantera olika livssituationer eller för att bevara, utveckla eller förändra sin livssituation.

I det allmänna rådet om värdegrunden i socialtjänsten, SOSFS 2012: 3 sägs det: *den nämnd som har ansvar för verksamhet inom socialtjänsten ... bör beakta följande aspekter i syfte att verka för att äldre personer ska uppfatta sin tillvaro som meningsfull:*

- *Personalen beaktar den äldre personens behov av socialt innehåll i insatserna.*
- *Personalen skapar förutsättningar för den äldre personen att uppleva en meningsfull tillvaro, alltifrån möjligheten att utöva någon fysisk aktivitet till att han eller hon kan leva enligt sin kultur, livsåskådning och tro.*
- *Personalen bidrar till att stärka den äldre personens självkänsla och tilltro till sin egen förmåga.*

3.3 Rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt

Rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt är viktigt i kontakten med den enskilde för att skapa förutsättningar för att den enskilde utifrån sina egna resurser och förutsättningar ska kunna behålla sin hälsa, funktionsnivå och förmågor. Detta är ett teamarbete där även arbetsterapeut och sjukgymnast bidrar med sin kompetens. Rehabiliterande insatser integreras på ett naturligt sätt genom att aktivitet och träning vävs in i vardagsaktiviteter. Det innebär att aktivt uppmuntra och motivera den enskilde till att göra det denne klarar själv.

3.4 Barnperspektiv

I både SoL och LSS finns inskrivet om att det ställs krav på personal att ha ett barnperspektiv. Barnperspektivet är aktuellt både när insatser ges till barnet direkt eller när insatser ges till någon annan i barnets familj. I båda lagstiftningarna framgår att när åtgärder berör barn ska det särskilt beaktas och hänsyn ska tas till barnets bästa. Det framgår dessutom att när en insats rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Det finns ett generellt och ett kollektivt barnperspektiv som innefattar en syn på barns behov rent allmänt, men det finns också ett mer specifikt och individuellt barnperspektiv som man bara kommer åt genom att samtala med barnet självt eller med anhöriga som står barnet nära. På det sättet är barns behov ett relativt begrepp som måste bedömas utifrån varje enskilt barn och varje situation. Insatser kan både ges till barnet direkt eller till någon annan i barnets närhet. När insatser ges till en person som är barn eller har barn i sin närhet ska även detta perspektiv komma fram i genomförandeplanen. Detta kan uppkomma i alla vård- och omsorgsnämndens verksamheter och berör därför både äldre- och funktionshinderomsorg.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit dokumentet ”Vägledning för barnperspektivet i vård och omsorgsnämndens verksamheter”⁶ detta dokument anger vad som ska göras för att barnperspektivet ska genomsyra alla verksamheter inom vård- och omsorg.

3.5 Värdigt liv i äldreomsorgen⁷

Den 1 januari 2011 infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 4 § om en *nationell värdegrund* för äldreomsorgen⁸. Värdegrunden innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Med värdighet menar man att en person även vid hög ålder har rätt att leva sitt liv utifrån sin identitet och personlighet vilket innebär att hon eller han bör få stöd i att behålla sina intressen och vanor, men även i vissa fall att bryta ett mönster av vanor. Man talar om värdighet utifrån framför allt följande fem områden:

- Privatliv och kroppslig integritet
- Självbestämmande
- Individanpassning och delaktighet
- Insatser av god kvalitet

⁶ http://www.intranat.norrkoping.se/gemensamt/kontor/vardotsorg/styrdokument-och-riktlinj/unga-vuxna/vagledning_barnperspektiv.pdf

⁷ Värdigt liv i äldreomsorgen, Prop. 2009/10:116

⁸ Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänsten, SOSFS 2012: 3

- Gott bemötande

Med välbefinnande menar man i detta sammanhang, upplevelsen av den egna livssituationen. Att känna sammanhang och mening hela livet, ha tillgång till familj och nära vänner, en god hälsa och känna trygghet i tillvaron kan utgöra en allmän beskrivning av välbefinnande. Värdegrunden omfattar att äldre personer ska kunna känna trygghet och meningsfullhet och verksamheten har ansvar för att alla insatser genomförs på ett sådant sätt.

Trygghet⁹ är en grundläggande faktor som är viktig för de enskilda som behöver vård- och omsorgsnämndens stöd. De insatser som ges enligt SoL och LSS ska leda till trygghet för den enskilde. Vad som leder till trygghet är inte detsamma som att faktiskt vara utom fara, utan trygghet är snarare ett samlingsbegrepp för fysiska, psykiska och existentiella aspekter på välbefinnande.

Ett relationsorienterat arbetssätt är ett av sätten att öka förutsättningarna för att den enskilde kan känna sig trygg med insatserna som ges. Det är viktigt att verksamheten organiseras så att det är möjligt att relationer kan byggas upp mellan kontaktman och andra i personalgruppen och den enskilde. En förutsättning för ett relationsbaserat arbetssätt är god personalkontinuitet.

Den andra faktorn som lyfts fram i den nationella värdegrunden för äldreomsorgen, är meningsfull tillvaro. Vård- och omsorgsnämndens ska verka för att äldre personer får möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Personalen ska verka för att äldre personer ska uppfatta sin tillvaro som meningsfull genom att:

- beakta den äldre personens behov av socialt innehåll i insatserna,
- skapa förutsättningar för den äldre personen att uppleva, en meningsfull tillvaro, alltifrån möjligheten att utöva någon fysisk aktivitet till att han eller hon kan leva enligt sin kultur, livsåskådning och tro.
- bidra till att stärka den äldre personens självkänsla och tilltro till sin egen förmåga.

Vård- och omsorgsnämnden antog lokala värdighetsgarantier för Norrköpings äldreomsorg den 1 januari 2013¹⁰.

⁹ Socialstyrelsen (2012), "Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial".

¹⁰ Se broschyren: "Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen i Norrköpings kommun"

3.6 Behovsorienterat synsätt¹¹

Även om tankarna om ett behovsorienterat synsätt har startat inom äldreomsorgen är det helt giltigt för alla personer, som behöver stöd och hjälp i sin vardag. Fler och fler kommuner i landet har börjat tillämpa detta synsätt även inom funktionshinderområdet.

Rapporter från såväl tillsyn som forskning¹² visar att utredningar ofta saknar en tydlig beskrivning och bedömning av vilka behov den äldre personen har, däremot finns omfattande beskrivning av sjukdomshistoria, brister i bostaden och närmiljön. Hur dessa faktorer påverkar den äldre personens eget genomförande av olika handlingar och aktiviteter i den dagliga livsföringen beskrivs sällan och bedömningen inriktas i stället direkt på en matchning av det lokala utbudet av insatser. Det innebär att behov uttrycks direkt i termer av insatser och tjänster, t.ex. den sökande har behov av matdistribution på grund av en stroke, det arbetssättet kännetecknar en utbudsstyrd organisation.

Det som bör styra insatserna är behovet. Att låta behoven styra utredningen och genomförandet ställer större krav på hela organisationen. När de individuella behoven får styra innebär det ökad flexibilitet och anpassning från hela verksamheten, vilket i sin tur ställer högre krav på den professionella kompetensen. Handläggare och utförare förväntas ha lyhördhet för individen och dennes situation och de behöver kunskaper om behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för att kunna bedöma och analysera hur målen för de enskilde bäst kan uppnås.

För att verkligen utreda behov måste man förstå vad som är problemet för den sökande just nu och hur mycket det begränsar den dagliga livsföringen. Det kräver en bredare beskrivning av den enskildes situation och svårigheter för att bedöma vilka begränsningarna är och deras omfattning. I stället för att matcha direkt till utbudet, t.ex. matdistribution i det tidigare exemplet, behöver handläggaren gå igenom den äldre personens eget genomförande av olika aktiviteter, t.ex. att planera för matlagning eller inköp, handla, hantera pengar, ta sig till och från affär, lyfta och bära, tillaga mat, duka fram och plocka undan, diska eller att äta. En sådan utredning leder till flera olika handlingsalternativ men också till att otillfredsställda behov blir synliggjorda. Detta arbetssätt kännetecknar en behovsstyrd organisation.

Forskningen visar att behovsbedömning till skillnad från insatsbedömning ställer större krav på handläggaren och ökar kravet på en professionell kunskap. För att även fånga och tillgodose behov av trygghet, gemenskap och meningsfullhet som är några av de bakomliggande värden som finns i målen för socialtjänstens

¹¹ <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012april/Documents/Information-om-utredning-enligt-ICF.pdf>

¹² Äldres behov i centrum, Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF, Preliminär version 2013-02-15, Socialstyrelsen.

insatser till äldre personer ställs det ännu större krav på handläggarens kompetens och professionalitet. Det är tydligt att det behövs stöd både för att stärka ett behovsorienterat synsätt och för att åstadkomma en ändamålsenlig dokumentation.

3.6.1 Utredningsmetod: "Äldres behov i centrum" och användning av nationella termer och begrepp, ICF

Utredningsmetoden "Äldres behov i centrum" har arbetats fram nationellt just i syfte att försöka få till stånd en tydligare behovsbedömning. Man menar att det krävs att man utreder och dokumenterar på ett enhetligt och strukturerat sätt, för att kunna fokusera på den enskildes behov och dennes förmågor. För verksamheterna innebär modellen att information om individen hanteras lika av alla aktörer, vilket minskar risken för missförstånd. Både handläggare och utförare får stöd i att arbeta behovsinriktat och systematiskt.

Att använda samma begrepp när vi beskriver något är att möjliggöra god kommunikation och handlar i mångt och mycket om säkerhet, kvalitet och effektivitet. Genom att utreda enligt denna metod; "Äldres behov i centrum", beskrivs varje individs behov utifrån den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

Sedan 2008 har Socialstyrelsen således haft regeringens uppdrag att utveckla en modell för att beskriva behov och insatser inom äldreomsorgen (SoL). Resultatet är en modell som stöder ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation med nationellt fackspråk. Modellen utgår från ett behovsorienterat arbetssätt, "Äldres behov i centrum".

En avgränsad del av modellen introducerades nationellt 2013 som ett första led innan den gemensamma informationsstrukturen är färdigutvecklad. Introduktionen kommer att omfatta ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation med tillämpning av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, för att beskriva och bedöma behov¹³.

ICF¹⁴ är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Den är en utveckling av flera tidigare klassifikationer av individers hälsotillstånd och är antagen av WHO som därmed vill att medlemsstaterna ska använda ICF.

Målet med ICF är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk samt en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF möjliggör bland annat en

¹³ <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012april/Documents/Information-om-utredning-enligt-ICF.pdf>

¹⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health

jämförbar klassificering av varje individ utifrån vars och ens egen situation, se vidare bilaga 1.

Utredningsmetoden kan användas med fördel även inom funktionshinderområdet. Flera av Sveriges kommuner är redan igång med det arbetet.

4. Dokumentation i socialjournal

Skyldigheten kring dokumentation återfinns i 11 kap. Socialtjänstlagen, SoL och 21 § i Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Dokumentationsskyldigheten gäller alla individuellt behovsprövade insatser som beviljats enligt dessa lagstiftningar.

För att socialtjänsten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt.

Att insatserna dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om de leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Dokumentationen ska utvisa vilka beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Det är framför allt viktigt att den enskilde får en korrekt handläggning av ärendet och i förekommande fall en insats av god kvalitet.

4.1 Ansvar

Handläggaren ansvarar för att utreda behovet och att inom delegationen fatta beslut om insatser. När beslut är fattat ska handläggaren se till att utföraren får information om de beviljade insatserna och tillräcklig information om den enskilde. Därefter ansvarar utföraren för att planera hur identifierade behov och beviljade insatser ska genomföras och att dokumentera detta.

Det är chefen som är ytterst ansvarig för att dokumentationen sker. Chefen ansvarar för att de lokala förutsättningarna finns för personal att dokumentera på ett riktigt sätt. Chefen ska se till att personalen får den utbildning och det stöd som behövs. Chefen ska fortlöpande arbeta för att föreskrifternas krav på dokumentation alltid är uppfyllda och väl kända av berörda medarbetare.

Vård- och omsorgspersonal ska fortlöpande dokumentera hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går och följa upp om arbetet med den enskilde bedrivs på rätt sätt, enligt genomförandeplanen.

Kontaktmannen ska upprätta och följa upp genomförandeplanen, samt ansvarar för att aktuell kunskap förmedlas vidare till övrig personal kring den enskildes utformning av stödet.

Dokumentationsombud ska ge stöd och handledning åt sina kollegor samt introducera nya medarbetare avseende dokumentation och andra funktioner som finns i verksamhetssystemet. Lyfta upp frågeställningar och förbättringsförslag som berör verksamhetssystemet och området ”vård- och omsorgsdokumentation”.

Socialt ansvarig samordnare, SAS, arbetar med övergripande med frågor som rör social dokumentation och sociala avvikelser samt det sociala innehållet i verksamheterna. SAS ansvarar för att de övergripande förutsättningarna finns, så att dokumentationen kan genomföras.

4.2 Varför ska vi dokumentera?

Dokumentationen är ett arbetsredskap för personalen, så att de på rätt sätt ska kunna tillgodose den enskildes faktiska behov enligt ett myndighetsbeslut.

Dokumentationen har en central betydelse i bl.a. handläggning, uppföljning, individuell planering och för den enskildes möjlighet till insyn i ärendet. Men också för kvalitetssäkring och forskning är det viktigt att dokumentationen är av så god kvalitet som möjligt.

Upprättandet av genomförandeplan är ett led i att kvalitetssäkra hur den enskildes beviljade insatser praktiskt genomförs samt göra det möjligt att följa upp arbetet och att fortlöpande dokumentera i journalen hur det går med genomförandet av insatserna.

4.3 Vad ska man skriva i journalen?

Det är händelser av betydelse under genomförandet som ska dokumenteras i en journal.

Det är både vad som faktiskt görs, det som inte blir gjort av någon anledning, som dokumenteras. Även hur situationen utvecklar sig för den enskilde dokumenteras i journal, samt vad som har kommit fram av betydelse vid samtal med den enskilde och andra¹⁵.

- ❑ när insatsen eller olika delar av insatsen påbörjats,
- ❑ när genomförandeplanen upprättats,
- ❑ när genomförandeplanen har följts upp och reviderats,
- ❑ på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen,
- ❑ om det har inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat,
- ❑ vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen,

¹⁵ Socialstyrelsen (2011), ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten Individ- och familjeomsorg äldreomsorg handikappomsorg (SoL och LSS)”

- ❑ om den enskildes behov har förändrats, till exempel så kan ett förändrat hälsotillstånd kan kräva att man måste förändra sättet och tidpunkten för att genomföra en social insats,
- ❑ vad som har kommit fram av betydelse vid samtal eller andra kontakter med den enskilde eller andra i samband med genomförandet, till exempel samtal som kontaktman haft med den enskilde.
- ❑ när och angående vilken fråga man till exempel har kontaktat legitimerad personal, anhöriga eller handläggare,
- ❑ när en handling har kommit in eller upprättats, och
- ❑ när insatsen har avslutats och av vilka skäl.

Dokumentera också:

- ❑ om klagomål har förts fram mot genomförandet av en beslutad insats och i så fall eventuella åtgärder som vidtagits,
- ❑ om den enskilde berörs av ett individuellt tillsynsärende eller en anmälan enligt 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS, det vill säga om det har kommit in en Lex Sara rapport, eller om anmälan om allvarligt missförhållande har gjorts,
- ❑ om den som genomför insatsen har gjort en anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL, det vill säga om en anmälan är gjort till socialnämnden att de behöver ingripa till ett barns skydd,
- ❑ om systematiska bedömningsinstrument har använts och i så fall vilka,
- ❑ om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig,
- ❑ om den enskilde berörs av ett ärende som gäller utlämnande av en handling eller en uppgift ur en handling enligt 2 kap. tryckfrihetsförordningen.

Grunden för dokumentationen kring genomförandet av en insats är de uppgifter som lämnats från myndighetsutövningen. Av dokumentationen i verksamheten ska det framgå både vad som faktiskt görs och också hur situationen utvecklas för den enskilde. Det är i praktiken personalen i verksamheten som i huvudsak utför dokumentationen. Hur det går att utföra insatserna enligt planeringen i den upprättade genomförandeplanen, (tillvägagångssätt, när och av vem) är en viktig utgångspunkt för vad som behövs dokumenteras i journalen.

Den enskilde eller den legala företrädaren ska hållas underrättad om att journalanteckningar och andra anteckningar som förs om henne eller honom, samt att den enskilde har rätt att ta del av dokumentationen. Om den enskilde anser att en anteckning är oriktig ska det antecknas i journalen.

I dokumentationen är det bra om det sociala synsättet märks på så sätt att dokumentation fokuserar på att identifiera och beskriva de faktorer som bidrar till att bevara och främja den enskildes hälsa.

4.4 Hur skriver man i journalen?

Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskilde, vara tydlig samt innehålla tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Den enskilde ska kunna ha

insyn i dokumentationen. Glöm inte att syftet med dokumentationen är att dokumentera hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går.

- Skriv respektfullt och ta hänsyn till den enskildes integritet och skriv inte ovidkommande saker, använd inte värderande, nedsättande eller kränkande uppgifter eller formuleringar.
- Skriv korrekt, uppgifterna ska bygga på ett rätt och sant underlag och det ska framgå vem som har lämnat uppgifterna. Det ska även framgå vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar samt vem som gjort en viss bedömning eller lämnat fakta av till exempel en viss situation.
- lämna tillräcklig och rättssäker information så att andra både kan förstå, genomföra, och följa upp till exempel de planerade åtgärderna som du dokumenterat.
- Ta bara med väsentliga uppgifter av betydelse för det fortsatta arbetet och som visar hur situationen och behoven för den enskilde utvecklar sig eller förändras.
- Skriv tydliga, sakliga och vara ha fullständiga meningar som kan förstås av alla.
- Undvik att skriva förkortningar och sårskivningar.
- Anteckningar ska vara väl strukturerade så att det är lätt att hitta uppgifter.
- Anteckningarna ska föras löpande, det vill säga i kronologisk ordning.
- Anteckningarna ska vara daterade och signerade med namn och tjänstetitel.

4.5 Tips: Granska dokumentationen

Ett sätt att lokalt kvalitetssäkra och förbättra dokumentationen är att granska en eller flera journaler i den egna dagliga verksamheten, utifrån till exempel följande frågeställningar:

- Står anteckningarna i kronologisk ordning och är de daterade och signerade med namn och tjänstetitel?

Har man dokumenterat:

- när insatsens startade?
- när genomförandeplanen upprättats eller följts upp?
- händelser av betydelse, det vill säga beslut och åtgärder som har betydelser för insatsernas utförande?
- på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över praktiska genomförandet av insatsen?
- om det inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat?

- ❑ vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen?
- ❑ om den enskildes behov har förändrats?
- ❑ om den enskilde berörs av ett klagomål, en rapport om en avvikelse eller ett missförhållande?

4.6 Gränsdragning mellan dokumentation för medicinska och sociala behov

Ett stort antal personer som får insatser enligt SoL eller LSS får samtidigt åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) av personal som är anställda av kommunen eller en enskild verksamhet. Det kan gälla äldre personer som bor i särskilda boendeformer, personer med funktionshinder som deltar i dagverksamhet. Ibland är det en och samma person som genomför både insatser enligt SoL eller LSS och åtgärder enligt HSL. I andra situationer är det särskild personal som svarar för åtgärderna enligt HSL. Både genomförande av insatser enligt SoL eller LSS och åtgärder inom hälso- och sjukvården ska dokumenteras¹⁶.

Vid genomförandet av insatser inom vård och omsorg flyter ofta medicinska och sociala insatser samman. Det är inte möjligt att ha generella regler kring vad som är en insats enligt SoL eller LSS respektive en åtgärd enligt HSL.

Ett sätt att tänka när man som icke legitimerad personal¹⁷ ska besluta om man ska dokumentera enligt Socialtjänstlagarna eller enligt Hälso- och sjukvårdslagen är att klargöra om händelsen man ser behov av att dokumentera kan härröras till genomförandet av en beviljad social insats eller till en delegerad hälsosjukvårdsuppgift eller skyldigheten att rapportera förändrat hälsotillstånd. Då detta är klarlagt är det lättare att hänföra viss händelse till rätt lagstiftning. Man får alltså för varje person och varje enskild insats ta ställning till om det är en insats enligt SoL respektive LSS eller en åtgärd enligt HSL vid den tidpunkt då insatsen ges.

Då det gäller iakttagelser av till exempel ett förändrat hälsotillstånd, kan det vara av vikt att dokumentera detta både i den sociala journalen och se till att det även blir dokumenterat i patientjournalen, enligt särskilda anvisningar för detta. Ett förändrat hälsotillstånd kan kräva att man måste förändra sättet och tidpunkten för att genomföra en social insats. Det är bra att alltid skriva både i den sociala journalen och i patientjournalen när och angående vilken fråga man har kontaktat legitimerad personal.

¹⁶ Socialstyrelsen (2011), ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten Individ- och familjeomsorg äldreomsorg handikappomsorg (SoL och LSS) sid 190”

¹⁷ Legitimerad personal är: sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret har man skyldighet att föra journal vid vård av patienter enligt PDL 3 kap. 1 §. I särskilda boendeformer och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS, har kommunen ansvar för att ge hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterske- arbetsterapeut och sjukgymnastnivå. Från och med 2014 har vård- och omsorgsnämnden även ansvar för att tillgodose medborgarnas behov av hemsjukvård upp till samma nivå.

5. Genomförandeplan

Tillsammans med löpande journalanteckningar är genomförandeplanen grunden för den sociala dokumentationen kring den enskildes beviljade insatser.

I föreskriften ”Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS” (SOSFS 2006:5) framgår bland annat att hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan. Det är i den verksamhet som utför det praktiska genomförandet som ska föra journalanteckningar och upprätta genomförandeplan.

Genomförandeplanen hör till den enskildes personakt, vilket innebär att den ska finnas i verksamhetssystemet (original). Den enskilde ska ha en kopia av planen och den ska vara tillgänglig så den kan vara ett levande arbetsdokument för berörd personal.

Här nedan beskrivs varför och hur en genomförandeplan ska upprättas samt följas upp.

Genomförandeplanen ska ha sin grund i det beslut och det mål som finns för insatsen, det kommer från myndighetsutövningen i form av ett uppdrag. Den personal som ska upprätta en genomförandeplan ska därför ha läst uppdraget innan personalen genomför samtalet med den enskilde. Genomförandeplanen ska beskriva när och hur insatsen praktiskt ska genomföras.

Genomförandeplanen ska utformas så att den är praktiskt användbar i det dagliga arbetet hos den enskilde. Om den enskilde inte själv kan avgöra kring sin genomförandeplan får legal företrädare alternativt närstående vara ett stöd vid utformandet av en plan.

En insats ska dokumenteras i en genomförandeplan om det inte framgår av någon annan plan eller är uppenbart obehövligt. Hur omfattande en genomförandeplan ska vara avgörs från fall till fall och beror på insatsens storlek, komplexitet och varaktighet. Även den enskildes kommunikationsförmåga avgör hur omfattande en genomförandeplan bör vara.

Ytterst ansvarig för att en genomförandeplan upprättas är verksamhetens enhetschef. Det är oftast den enskildes på förhand utsedda kontaktman¹⁸ som ansvarar för att:

1. planen upprättas,
2. är känd och tillgänglig för samtliga berörda inom t.ex. en arbetsgrupp, samt
3. ser till att genomförandeplanen följs upp när den ska, läs vidare under avsnittet ”Uppföljning av planen”.

5.1 Upprätta en ny plan

En ny genomförandeplan upprättas alltid vid ett nytt beslut eller en ny insats och så snart verksamheten tagit emot ett uppdrag från myndighetsutövningen. Det ska ske senast 3 veckor efter att insatsen påbörjats. Genomförandeplanen upprättas av kontaktman under ett personligt möte med den enskilde och de personer som den enskilde vill ha med¹⁹, vid avtalad tidpunkt och plats. I undantagsfall kan annan teknik användas vid upprättandet, som exempelvis telefonsamtal.

Kontaktmannen ska inför mötet även ha tagit del av andra planer som kan finnas upprättade för den enskilde, som till exempel vårdplan förutom den enskildes utredning och beslut. Det görs för att ha kunskap om och kunna ta hänsyn till dessa, då genomförandet planeras av praktiska insatser.

Har den enskilde en annan etnisk bakgrund är språk, mat och kultur områden att speciellt beakta när genomförandeplanen upprättas²⁰.

En ny genomförandeplan upprättas när något händer med den enskilde eller om något händer i den enskildes liv som förändrar behovet av utförande av insatser och tidpunkter²¹.

Av en genomförandeplan bör det framgå:

- om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka,
- vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den,
- när och hur insatsen eller delar av den ska genomföras,
- på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen,
- vilka personer som har deltagit i planeringen,
- när planen har fastställts, och
- när och hur planen ska följas upp.

¹⁸ Se vidare i ”Riktlinje för kontaktmannaskap inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter”

¹⁹ se vidare under avsnitt 5.1.5 Deltagare i planeringen

²⁰ Se vidare i ”Mångfaldsplanen Handlingsplan för mångfaldsarbete gällande äldre personer och personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund än svensk”

²¹ Se vidare under avsnitt 5.1.7 Uppföljning av planen

5.1.1 Ingår det olika delar i insatsen?

Enligt SOSFS 2006:5

Av genomförandeplanen bör det framgå om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka.

Hemtjänst är den insats som består av flera delar, såsom exempelvis ledsagning, städning och personlig vård²². Alla delar av en insats ska beskrivas i genomförandeplanen.

För att kunna se den enskildes hela situation bör genomförandeplanen innehålla uppgifter om andra insatser som utförs av kommunen och insatser som andra huvudmän ansvarar för.

Om den enskilde har flera parallella insatser som utförs av olika verksamheter såsom till exempel hemtjänst, dagverksamhet, boendestöd, särskilt boende eller bostad med särskild service, daglig verksamhet, ledsagning, upprättas en genomförandeplan inom respektive verksamhet. Detta görs även i de fall den enskilde till exempel har hemtjänst där ansvaret för genomförandet av personlig omvårdnad och serviceinsatser kan vara delat mellan kommunen och enskild verksamhet.

5.1.2 Formulera mål

Enligt SOSFS 2006:5

Av genomförandeplanen bör det framgå vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den.

Ett uppdrag kommer från myndighetsutövningen som bland annat innehåller ett övergripande mål för insatsen. Mål ska vara tydliga och uppnåbara och utgå från den insats som beviljats. Verksamheten ska sedan bryta ner myndighetsutövningens mål.

För personalen i verksamheten kan det underlätta att tillsammans med den enskilde tänka *”Hur ska vi bäst utifrån den enskildes vilja genomföra bostad med särskild service (eller vilken insats som nu är beviljad)?”*.

Mål ska dessutom vara personliga och utgå från den enskildes vardagssituation. Målen ska handla om det som är meningsfullt för just den här personen och det ska vara relevant för insatsen. Att fråga den enskilde om mål kan vara svårt, men att fråga *”vad är viktigt för dig?”* är enklare. Utifrån svaret kan det sedan vara möjligt att formulera mål. Exempel på målformuleringar kan vara:

- Att få stöd/hjälp med t.ex. måltider, personlig vård, dusch, hårvård, påklädning, hushållsgöromål,
- Att få hjälp med

²² Se vidare i riktlinje, *”Hemtjänst Riktlinjer för utredning, beslut och utförande enligt Socialtjänstlagen”*

- Att genom stöttning kunna....
- Känna trygghet genom att...
- Kunna delta i...
- Att få....
- Att åter kunna...
- Upprätthålla/bibehålla förmågan att...
- Ersätta bristande förmåga att...

Det finns olika typer av mål²³. *Utvecklande mål* - Används när något ska bli starkare, bättre, mer eller mindre. Det kan handla om att känna mer trygghet, klara något bättre eller bryta något som är destruktivt.

Bevarande eller bibehållande mål - Används när förmågor, funktioner eller färdigheter ska bevaras. Det kan handla om fortsätta att klara en fritidsaktivitet, att kunna bibehålla förmågan att äta själv och så vidare.

Rehabiliterande mål - Används när strävan är att återfå en förmåga. Det kan handla om att återigen kunna klä på sig, eller att kunna gå ut själv.

5.1.3 Beskriv när och hur

Enligt SOSFS 2006:5

Av genomförandeplanen bör det framgå när och hur insatsen eller delar av den ska genomföras.

När och hur insatsen ska genomföras är en följd av det mål den enskilde har med insatsen. Genomförandeplan ska därför beskriva när och hur målen ska uppnås. Har den enskilde beviljats en insats som innebär återkommande stöd under dygnet kan det vara lämpligt att gå igenom ett dygn.

När en insats ska genomföras kan också handla om att insatsen startar i och med att den enskilde trycker på larmet. Det kan även handla om att den enskilde har önskemål om exempelvis hur dags den vill duscha.

Hur detaljerad planen bör vara beror på hur viktigt det är för den enskilde hur insatsen utförs. För en person med autism kan det vara mycket viktigt att insatser som ges sker på ett likadant vis varje gång. För en annan person kan det vara viktigt att insatsen utförs flexibelt, beroende på hur den enskilde mår eller på grund av andra omständigheter.

5.1.4 Den enskildes inflytande och delaktighet

Enligt SOSFS 2006:5

Av genomförandeplanen bör det framgå på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen.

²³ Carlsson T, Nilsson A, (2012), "Social dokumentation I praktiken. En handbok med övningar"

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Enligt 6 § LSS ska den enskilde i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över när och hur insatser ges. Att upprätta en genomförandeplan förutsätter den enskildes samtycke och medverkan.

I genomförandeplanen ska på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över planeringen framgå. Det kan gå till på flera sätt. Det bästa är naturligtvis att den enskilde är med när genomförandeplanen upprättas och då är det något att beskriva. Ett exempel på formulering kring det är *”Kalle var med på mötet när hans insatser planerades och deltog genom att ge uttryck för sina åsikter eller nicka eller skaka på huvudet åt det andra sa som han hade åsikter om”*.

Om den enskilde bara kan vara med en stund vid planeringen, eller av någon anledning inte är med alls, är det viktigt att beskriva hur personalen förberett den enskilde innan och tagit reda på vad som är viktigt för den enskilde, samt hur det tas tillvara vid samtalet kring genomförandeplan. Ett exempel på formulering kring det är *”Maria var med första stunden vid mötet och gav då uttryck för vad som är viktigt för henne. Andra delar har kontaktmannen Olle och Maria pratat om innan mötet, såsom exempelvis hur Marias måltider ska utformas när hon mår dåligt”*.

Om den enskilde inte kan föra sin egen talan är det viktigt att det finns en legal företrädare eller närstående som gör det kring genomförandeplan. Det ska i så fall framgå i genomförandeplanen, på vilket sätt inflytandet utövats samt att inflytandet har tagits tillvara genom den legala företrädaren eller närstående. Hur den enskilde utövat inflytande över planeringen beskrivs vid specifikt ställe i genomförandeplanen, se vidare under rubriken beskrivning av genomförandeplan.

Vem som tycker vad kan också framgå genom att det skrivs vem som tycker vad, *”Stina tycker att det är viktigt att...”*, alternativt *”Stinas make tycker att det är viktigt att...”*.

Att förstå sin genomförandeplan

Planen ska vara tydligt skriven med enkelt språk, utan förkortningar, så den är förståelig av alla på ett respektfullt vis. Låt gärna en kollega testa läsbarheten och förståelsen i genomförandeplanen. Vid behov beskrivs överenskommelsen även med bilder eller symboler, dessa kan till exempel fotograferas eller sparas ned i den enskildes dator eller på annat sätt vara tillgänglig så den enskilde kontinuerligt kan ta del av vad som överenskommit i genomförandeplanen. Vid behov ska genomförandeplanen översättas till den enskildes hemspråk. En del personer är mer vana vid muntlig information, och då får genomförandeplanen gås igenom muntligen efter att den tecknats ner.

Vem ska delta vid upprättandet

Det är den enskilde som avgör om den vill ha någon med sig när en genomförandeplan upprättas. En legal företrädare har till uppgift att företräda sin huvudman (den enskilde). Det innebär att en legal företrädare inte kan gå emot sin

huvudman. När den enskilde uttrycker att den inte vill ha med en legal företrädare, ska det dokumenteras i journal. När den enskilde har en legal företrädare kan den ges möjlighet att delta när planering ska ske av hur en insats ska genomföras om den enskilde själv vill det eller underrättas när genomförandeplanen är fastställd om den enskilde vill det. Även närstående har möjlighet att delta när planering ska ske av hur en insats ska genomföras om den enskilde själv vill det, alternativt att de underrättas om genomförandeplanens innehåll om den enskilde vill det.

5.1.5 Deltagare i planeringen

Enligt SOSFS 2006:5 Av genomförandeplanen bör det framgå vilka personer som har deltagit i planeringen.
--

Både vilka personer som deltar och också vilken koppling till den enskilde personerna har, ska framgå i planen.

Det finns tillfällen när det är betydelsefullt att en handläggare medverkar vid upprättandet. Det gäller framförallt när det gäller planering av beviljade insatser till barn och unga, vid externa placeringar eller då ett långt motiveringsarbete föregått beviljandet av en insats.

5.1.6 Datum när planen fastställs

Enligt SOSFS 2006:5 Av genomförandeplanen bör det framgå när planen har fastställts.

Genomförandeplanen upprättas när berörda sitter ned och samtalar om hur den enskilde vill ha insatsen genomförd.

Planen fastställs först när den är nedtecknad i verksamhetssystemet och den enskilde får ta del av den och samtycka till att det var vad den enskilde menade vid samtalet. Den här processen ska ske så snabbt som möjligt, men senast 3 veckor efter att insatsen påbörjats.

I korttidsboende bör genomförandeplanen fastställas inom en vecka efter det att den enskilde kommit dit.

5.1.7 Uppföljning av planen

Enligt SOSFS 2006:5 Av genomförandeplanen bör det framgå när och hur planen ska följas upp.
--

Planen ska följas upp var sjätte månad efter fastställande. När det är frågan om en helt ny insats för en person ska genomförandeplanen följas upp tidigare än 6 månader, när det ska ske beror på insatsens omfattning, komplexitet och vad som framkommer i kontakten med den enskilde.

När och hur den nyupprättade genomförandeplanen ska följas upp, är lämpligt att bestämma direkt vid upprättandet. Vid uppföljningen ska personalen se till att genomförandeplanen finns tillgänglig så att den enskilde kan påminna sig om innehållet.

Kontaktsmannen eller annan som följt upp planen ansvarar för att göra anteckningar i journalen med hänvisning till genomförandeplanen. Om den enskilde inte själv vill delta vid uppföljningen av planen antecknas det i journalen.

Vid förändringar i den enskildes behov samt önskemål om när och hur hjälpen och stödet ska ges, ska alltid genomförandeplanen revideras. Om det inte sker någon förändring, ska ändå personalen följa upp planen var sjätte månad efter fastställande. Det ska dock inte gå längre än två år sedan en ny genomförandeplan upprättas.

Enligt värdighetsgarantier²⁴ i äldreomsorgen och kontaktsmannaskapsriktlinjen för alla vård- och omsorgskontorets verksamheter ska den enskilde erbjudas samtal kring insatserna med kontaktsmannen en gång per månad. Om den enskilde har önskemål om tätare samtal med kontaktsmannen ska det tillgodoses. Dessa samtal kan föras utifrån genomförandeplanen, men kan också handla om andra saker.

Insatserna som beviljas ska leda till trygghet för den enskilde. Det är viktigt att i samband med uppföljning av genomförandeplan också följa upp om utförandet av insatsen utförs på ett tryggt sätt för den enskilde.

5.1.8 Om den enskilde avböjer att delta vid upprättandet av planen

Den enskilde har möjlighet att avböja att delta vid upprättandet av genomförandeplanen. Detta ska då dokumenteras i den enskildes journal och skälet till detta. En genomförandeplan behöver ändå upprättas som ledning för personalens arbete med den enskilde²⁵. Genomförandeplanen dokumenteras då i samma mall. Stor hänsyn ska vid dessa tillfällen tas till hur den enskilde på olika sätt uttrycker att denne önskar att insatserna blir utförda, även om denne inte deltar i själva upprättandet av planen.

5.2 Andra planer och verktyg som kan behövas

För att få en heltäckande bild av en persons livssituation och behov av bemötande kan personalen ibland behöva genomföra kartläggningar, skaffa sig mer information om den enskilde och hur den enskildes olika insatser ska samordnas.

²⁴ Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen i Norrköpings kommun. Vård- och omsorgskontoret.

²⁵ Socialstyrelsen (2012), ”Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser”

Om den enskilde har flera insatser som utförs av olika verksamheter inom vård- och omsorgskontoret kan en plan för samordning behöva upprättas. Detta för att tydliggöra vilka rutiner som ska finnas mellan verksamheterna för att det ska fungera för den enskilde.

Rehabiliterings-, vårdplaner eller till exempel kommunikationsplaner behöver i ibland upprättas. De kan handla om konkreta överenskomna vardagliga handlings- och arbetssätt och dessa ska ses som ett komplement till genomförandeplanen.

Välkomstsamtal eller uppstartsamtal är verktyg som används i många verksamheter och information som framkommit vid det samtalet kan komma till användning då planeringen av genomförandet av insatsen ska ske.

Upprättandet av den enskildes ”Levnadsberättelse” eller motsvarande, kan öka kunskapen om den enskildes önskemål, behov och resurser.

Det kan finnas en ”Individuell plan” enligt LSS, en del information från den kan behöva tas hänsyn till vid upprättandet av genomförandeplanen. Det gäller även när den enskilde har insatser från landstinget eller socialkontoret, då kan en samordnad individuell plan²⁶ finnas upprättad som innehåller information att ta hänsyn till vid upprättandet av genomförandeplanen.

5.3 Flyttning mellan verksamheter

Om den enskilde flyttar eller byter utförare av insatsen, så kan aktuell genomförandeplan delges den nya verksamheten om den enskilde godkänner det. Den nya verksamheten upprättar sedan en ny genomförandeplan tillsammans med den enskilde.

5.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis att tänka på då en genomförandeplan upprättas och används i det dagliga arbetet är att:

- Genomförandeplanen ska ha sin grund i det beslut och det mål som finns för insatsen, det kommer från myndighetsutövningen i form av ett uppdrag.
- Genomförandeplanen ska utformas så att den är praktiskt användbar i det dagliga arbetet hos den enskilde.
- Mål och delmål i planen ska vara tydliga och uppnåbara och de ska vara personliga och utgå från den enskildes vardagssituation.
- Genomförandeplanen ska beskriva när och hur den enskilde önskar att insatsen praktiskt ska genomföras.

²⁶ En samordnad individuell plan brukar kallas SIP

- Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över när och hur insatser ges.
- Att upprätta en genomförandeplan förutsätter den enskildes samtycke och medverkan.
- Det är den enskilde som avgör om den vill ha någon med sig när en genomförandeplan upprättas.
- Om den enskilde inte själv fullt ut kan ta avgöra innehållet i sin genomförandeplan, får legal företrädare alternativt närstående vara ett stöd vid utformandet av planen.
- Det finns tillfällen när det är betydelsefullt att en handläggare medverkar vid upprättandet.
- Hur omfattande en genomförandeplan ska vara avgörs från fall till fall och beror på insatsens storlek, komplexitet och varaktighet. Även den enskildes kommunikationsförmåga avgör hur omfattande en genomförandeplan bör vara.
- Planen ska vara tydligt skriven med enkelt språk, utan förkortningar, så den är förståelig av alla.
- Vid behov beskrivs överenskommelsen även med bilder eller symboler enligt den enskildes behov.
- Har den enskilde en annan etnisk bakgrund, är språk, mat och kultur områden som man speciellt måste ta hänsyn till när genomförandeplanen upprättas²⁷.
- Vid behov ska genomförandeplanen översättas till den enskildes hemspråk.
- En del personer är mer van vid muntlig information, och då får genomförandeplanen gås igenom muntligen efter att den tecknats ner.
- När det är frågan om en helt ny beviljad insats är det ofta nödvändigt att genomförandeplanen följas upp och revideras mycket oftare i början, annars minst var fjärde eller var sjätte månad beroende på om det är ett barn eller en vuxen uppdraget gäller.

²⁷ Se vidare i ”Mångfaldsplanen Handlingsplan för mångfaldsarbete gällande äldre personer och personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund än svensk”

- Den enskilde har möjlighet att avböja att delta vid upprättandet av genomförandeplanen, detta ska då dokumenteras i den enskildes journal och skälet till detta. En genomförandeplan bör ändå upprättas som ledning för personalens arbete med den enskilde²⁸. Stor hänsyn ska vid dessa situationer tas till hur den enskilde på andra sätt visar och uttrycker att denne önskar att insatserna blir utförda.
- Om den enskilde inte vill delta i uppföljningen av planen ska även detta antecknas i journalen. Personalen behöver då själva revidera plan för att till exempel anpassa tider och arbetsätt till den enskildes behov.

6. Att tänka på vid byte av utförare

Om den enskilde flyttar eller byter utförare av insatsen, så kan aktuell genomförandeplan och journal delges den nya verksamheten om den enskilde godkänner det. Men den nya verksamheten upprättar alltid en ny genomförandeplan enligt riktlinjen för genomförandeplanen.

7. Förvaring av journal och genomförandeplan

Löpande journalanteckningar och genomförandeplan upprättas och förvaras i verksamhetssystemet. Har den enskilde en hemmapärm kan genomförandeplanen förvaras där.

Berörd personal som arbetar med att utföra insatserna hos den enskilde måste ha daglig tillgång till genomförandeplanen.

Upprättade handlingar utanför verksamhetssystemet eller handlingar i papper eller annan form, förvaras i låsbara utrymmen som kommit in till verksamheten. Sådana handlingar förvaras i den enskildes fysiska personakt i låsbara brandsäkra utrymmen.

7.1 Sekretess och tystnadsplikt

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (26 kap. 1 § OSL)²⁹.

²⁸Socialstyrelsen (2012), ”Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser”

²⁹ Socialstyrelsen, (2012). ”Sekretess- och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården”.

En sekretessbelagd uppgift får inte röjas över *sekretessgräns* vare sig muntligen, skriftligen eller på annat sätt. Begreppet *tystnadspliktgräns* används på motsvarande sätt. Innanför en sekretess- eller tystnadspliktsgräns gäller inre sekretess, det vill säga: uppgifter får bara lämnas mellan befattningshavarna i den utsträckning som är normal eller behövlig.

Bestämmelser i sekretesslagen gäller för den som är eller har varit verksam hos arbetsgivaren. Den gäller även för elever i arbetsplatsförlagd utbildning, praktikanter och förtroendevalda.

Att ha tystnadsplikt eller iaktta sekretess, innebär att du som anställd eller uppdragstagare (kontrakterad) inom vård och omsorgsnämndens verksamheter är förbjuden att muntligen, skriftligen eller på annat sätt föra vidare uppgifter, som du genom din anställning, eller i ditt uppdrag kommer i kontakt med uppgifter om enskilda personer, till obehöriga. Det är av största vikt att sekretessbelagda uppgifter inte förvaras eller sprids där det finns risk att obehöriga personer kan se dem eller lyssna; t ex talar man inte om innehållet i sekretessbelagda handlingar på bussen eller spårvagnen eller på andra platser dit allmänheten har tillträde, eller förvarar uppgifter på ett sätt så att obehöriga kan se dem.

Personal får inte föra vidare uppgifter om enskilda människors personliga förhållanden, om det inte klart framgår att uppgiften kan föras vidare utan att den enskilde eller någon närstående lider men.

Att lida men innebär att bli utsatt för fysisk eller psykiskt obehag av något slag. Så snart det finns en minsta risk för att någon kan bli utsatt för psykiskt eller fysiskt obehag genom att uppgifter om individens personliga förhållanden lämnas ut till obehöriga, är du också skyldig att hålla på sekretessen. Även till synes oskyldiga uppgifter, till exempel en enskilds klients adress eller telefonnummer, skall hållas skyddat.

Obehöriga är inte bara din egen familj, din bästa vän eller en besökande på din arbetsplats, utan normalt även kollegor på arbetsplatsen eller andra verksamheter inom kommunen när de inte behöver uppgifterna för sitt eget arbete. Grundregeln är att olika personer i berörd verksamhet får ta del av sekretessbelagda uppgifter i den mån det behövs för att de skall kunna handlägga ett ärende eller ge service till den enskilde. Uppgifter får dock inte lämnas till någon som inte har med ärendet att göra. Inte heller får man lämna ut andra uppgifter än de som har betydelse i den aktuella situationen.

Dokumenterade personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem. Anteckningar som innehåller integritetskänsliga uppgifter får inte sättas upp på till exempel anslagstavlor i personallokaler eller andra utrymmen. Inga dokument får hanteras ovarsamt så att någon obehörig får åtkomst eller kännedom om dessa.

Om uppgifterna finns elektroniskt, bestämmelserna om behörighetsstyrning följas, detta kontrolleras med hjälp av ”loggar”.

Med meddelarfrihet avses den grundlagsfästa rätten att muntligen i viss utsträckning lämna normalt sekretessbelagda uppgifter för publicering i tryckt skrift, i radio, TV eller annat massmedium. När meddelarfriheten är starkare än sekretessen, får arbetsgivaren inte efterforska vem som brutit sin tystnadsplikt. Det är dock förbjudet att lämna ut sekretessbelagda uppgifter angående enskilda personliga och/eller ekonomiska förhållanden. Den så kallade meddelarfriheten som gäller i andra sammanhang för information till massmedierna, gäller alltså inte.

Om en person ger dig tillåtelse att lämna ut sekretessbelagd uppgift som rör individen själv, har du rätt att göra det. Du bör dock kontrollera att någon anhörig till den som ger tillåtelse inte skadas av att uppgiften lämnas ut.

Om du lämnar ut uppgifter som du är skyldig att sekretesshålla, kan du åtalas inför domstol och dömas för brott mot tystnadsplikten. För dig som är anställd kan arbetsgivaren vidare vidta disciplinära åtgärder eftersom du i ett sådant läge brutit mot ditt anställningsavtal. Det är alltså ett allvarligt brott att bryta mot tystnadsplikten. Tala därför alltid med din arbetsledare när något är oklart inom det här området.

8. Speciellt för barn och unga

Omvårdnaden ska planeras, dokumenteras och följas upp samt kontinuerligt anpassas så att den svarar mot barnets aktuella situation.

Att dokumentera på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen innebär att både beskriva hur barnet eller ungdomen respektive vårdnadshavarna har kommit till tals och vad de har för tankar, åsikter och förslag kring genomförandet av insatsen. Vuxna och barn uttrycker sig på olika sätt eller kan ha olika synpunkter och önskemål. I dokumentationen är det därför viktigt att särskilja vem som säger vad.

Det är lämpligt att målen i en genomförandeplan för barn och unga har en tydlig koppling till barnets eller den ungas vardagssituation och ger uttryck för vad som är önskvärt och realistiskt att uppnå. Det är viktigt att genomförandeplanen hålls aktuell och återkommande följs upp tillsammans med vårdnadshavarna och barnen.

9. Dokumentation vid avvikelser, klagomål eller lex Sarah rapport

I den enskildes journal ska det dokumenteras att och när en rapport om ett klagomål eller missförhållande, Lex Sarah, som berör insatsernas genomförande, inkommit samt kort beskrivs vad rapporten innehåller. Man behöver också dokumentera, i den enskildes journal, de åtgärder som vidtas eller planerar att vidtas, samt de eventuella kontakter som tas som berör den enskilde. Anteckna även i den enskildes journal, att, när och med vem kontakt har tagits inför och under utredning och beslut, det kan vara de kontakter som tas med den enskilde, dennes legala företrädare eller eventuellt med anhöriga om den enskilde har gett medgivande till det. Man ska även dokumentera vad man har sett då man följer upp de åtgärder man vidtagit med anledning av rapporten.

Avvikelsenummer och eventuellt diarienummer av en inkommen rapport eller slutförd utredning ska skrivas in i den enskildes journal.

Observera att själva rapporten eller utredningen av en avvikelse inte är en del av den enskildes personakt utan utgör en allmän handling ”inkommen till eller upprättad inom myndighet”. För mer information se ”Riktlinjer för synpunkter och klagomål” samt ”Riktlinjer Lex Sarah och socialavvikelser”.

10. Arbetsanteckningar

Utöver löpande journalanteckningar, genomförandeplaner och andra liknande handlingar som upprättas för arbetet med den enskilde förekommer dokumentation av mer praktisk art som inte regleras i någon lag, till exempel arbetsanteckningar och rapportböcker av olika slag.

I vissa fall kan vård- och omsorgspersonalen behöva göra löpande arbetsanteckningar. Arbetsanteckningar är att anse som arbetsmaterial och ska förstöras när de inte längre är aktuella. Det är dock viktigt att anteckningarna granskas innan de förstörs eftersom de kan innehålla uppgifter som ska tillföras journalen. Eftersom alla uppgifter som kan vara av betydelse för genomförandet av insatsen bör föras till personakten utan oskäligt dröjsmål är det viktigt att det finns rutiner för hur man ska gå igenom arbetsanteckningarna³⁰.

11. Avsluta ett ärende

När ett ärende avslutas ska en slutanteckning göras i journalen där även skälet till att ärendet avslutas ska anges, för mer ingående hantering se instruktioner angående detta i verksamhetssystemet. Fysisk personakt i den verksamhet som genomfört insatserna måste rensas innan den arkiveras. Personakter lämnas efter cirka 3 år efter avregistrering, av enheterna, till ”Mellanarkivet”. Arkivassistenten

³⁰ Socialstyrelsen (2011), ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten Individ- och familjeomsorg äldreomsorg handikappomsorg (SoL och LSS) sid 193”

vid "Mellanarkivet" har därefter ansvar för leverans till Norrköpings stadsarkiv för slutförvaring, efter ytterligare cirka 2 år. Mellanarkivet är organisatoriskt placerat under myndighetsutövningen.

I övrigt angående arkivering se vård- och omsorgskontorets "Instruktioner för arkivering av brukarjournaler" den finns på vård- och omsorgskontorets intranät, se även Norrköpings kommuns "Dokumenthanteringsplan 89" som finns på intranätet.

12. Referenser

Tryckta referenser: Carlsson T, Nilsson A (2012), "Social dokumentation I praktiken. En handbok med övningar". Gothia förlag.

Socialstyrelsen (2011), "*Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten Individ- och familjeomsorg äldreomsorg handikappomsorg (SoL och LSS)*".

Socialstyrelsen (2012), "*Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning. Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser*".

Socialstyrelsen (2012), "*Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial*".

SOSFS 2006:12, Socialstyrelsen (2006), "*Handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga*".

SOSFS 2006:5, Socialstyrelsen (2006), "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS".

Socialstyrelsen (2012) Äldres behov i centrum, Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Preliminär version 2013-02-15

Från vård- och omsorgskontorets intranät:

"Hemtjänst Riktlinjer för utredning, beslut och utförande enligt Socialtjänstlagen".

"Riktlinje för kontaktmannaskap inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter".

"Mångfaldsplanen Handlingsplan för mångfaldsarbete gällande äldre personer och personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund än svensk".

"Riktlinje för genomförandeplan".

"Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen i Norrköpings kommun".

Bilaga 1: ICF

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Den är en utveckling av flera tidigare klassifikationer av individers hälsotillstånd och är antagen av WHO som därmed vill att medlemsstaterna ska använda ICF. Därför har Socialstyrelsen gett ut ”Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa”. Informationen nedan är hämtad ur kortversionen samt ur barn- och ungdomsversionen.

ICF ska fungera som statistiskt verktyg, forskningsverktyg, kliniskt verktyg, socialpolitiskt verktyg och utbildningsverktyg och kan användas i hela världen. ICF möjliggör en jämförbar klassificering av varje individ utifrån vars och ens egen situation.

Mål för ICF

Målet för klassifikationen är att erbjuda

- ett samlat och standardiserat språk,
- en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.

Syfte med ICF

Syftet med ICF klassifikation är att

- ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer.
- skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd för att förbättra kommunikation mellan olika användare såsom hälso- och sjukvårdspersonal, personal inom socialtjänst, forskare, politiker och allmänhet inklusive personer med funktionshinder.
- möjliggöra jämförelse av data mellan länder och mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter och andra relaterade verksamheter över tid.
- tillhandahålla ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

ICFs olika delar

ICF består av två delar, där del 1 innehåller funktionstillstånd såsom kroppsfunction, kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet. Del 2 innehåller omgivningsfaktorer och personliga faktorer.

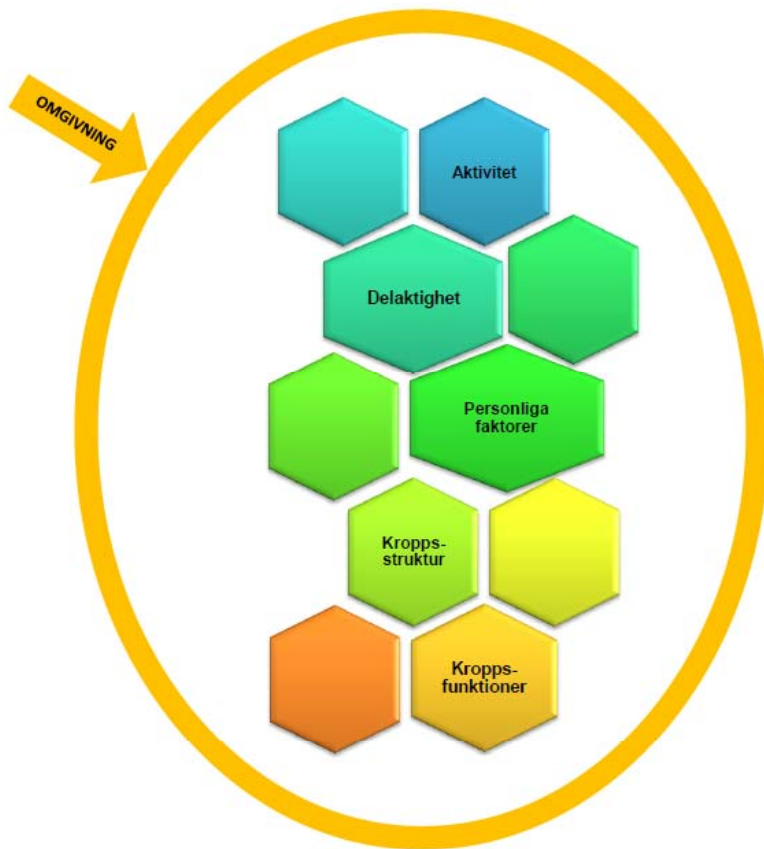


Bild 1: Visar ICFs olika delar.

Kroppsfunktion och kroppsstruktur

Kroppsfunktioner är kroppens fysiska och psykologiska funktioner medan Kroppsstruktur är kroppens olika delar och deras komponenter.

Aktivitet och delaktighet

ICF har 9 olika kapitel inom området aktiviteter och delaktighet, här infångas framförallt den sociala omsorgen.

Kapitel 1, Lärande och att tillämpa kunskap

Kapitlet handlar om lärande, tillämpning av kunskap som är inlärd, tänkande, problemlösning och beslutfattande. Här inryms

- **målinriktade sinnesupplevelser** såsom till exempel att se och att lyssna,
- **grundläggande lärande** såsom till exempel att härma, att repetera, att lära sig läsa och skriva, att räkna och beräkna samt att förvärva färdigheter,
- **att tillämpa kunskap** såsom till exempel att fokusera uppmärksamhet, att tänka, att läsa och skriva, att räkna och beräkna samt att lösa problem och fatta beslut.

Kapitel 2, Allmänna uppgifter och krav

Kapitlet handlar om allmänna aspekter på att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera arbetsgång och hantera stress. Det handlar om att

- företa en enstaka uppgift och mångfaldiga uppgifter,
- genomföra daglig rutin,
- hantera stress och andra psykologiska krav.

Kapitel 3, Kommunikation

Kapitlet handlar om allmänna och specifika drag i kommunikation genom språk och symboler och som innefattar att ta emot och förmedla budskap, att genomföra samtal och att använda olika kommunikationsmetoder och kommunikationshjälpmedel. Här inryms

- **att kommunicera – att vara mottagare** såsom till exempel ta emot talade meddelanden, ta emot icke verbala meddelanden, ta emot meddelanden på teckenspråk, att ta emot skrivna meddelanden,
- **att kommunicera – att vara sändare** såsom till exempel att tala, uttrycka icke verbala meddelanden, att uttrycka meddelanden på teckenspråk, att skriva meddelanden,
- **konversation och användning av kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker** såsom till exempel konversation, diskussion eller att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker.

Kapitel 4, Förflyttning

Kapitlet handlar om att röra sig genom att ändra kroppsställning eller att förflytta sig från en plats till en annan, att bära, flytta eller hantera föremål, att gå, springa eller klättra och att använda olika former av transportmedel. Här inryms

- **att ändra och bibehålla kroppsställning** såsom till exempel att ändra grundläggande kroppsställning, att bibehålla kroppsställning, att förflytta sig själv,
- **att bära, flytta och hantera föremål** såsom till exempel att lyfta och bära föremål, att flytta föremål med hjälp av benen, handens finmotoriska användning, användning av hand och arm,
- **att gå och röra sig omkring** såsom till exempel att gå, att röra sig omkring på olika sätt, att röra sig omkring på olika platser, att förflytta sig med hjälp av utrustning,
- **att förflytta sig med hjälp av transportmedel** såsom till exempel att använda transportmedel, att vara förare, att rida på djur för transport.

Kapitel 5, Personlig vård

Kapitlet handlar om egen personlig vård, att tvätta sig och torka sig själv, att ta hand om sin kropp och ta hand om sina kroppsdelar (kroppsvård), att sköta toalettbehov, att klä sig, att äta och dricka och att sköta sin egen hälsa.

Kapitel 6, Hemliv

Kapitlet handlar om att genomföra husliga och dagliga och uppgifter som att skaffa bostad, mat, kläder och andra förnödenheter, hålla rent, reparera och ta hand om personliga ägodelar och andra hushållsföremål samt att hjälpa andra. Här inryms

- **att skaffa förnödenheter** såsom till exempel att skaffa bostad, att skaffa varor och tjänster,
- **hushållsgöromål** såsom till exempel att bereda måltider, hushållsarbete,
- **att ta hand om hushållsgöromål och att bistå andra** såsom till exempel att ta hand om hemmets föremål och att bistå andra.

Kapitel 7, Mellanmännsliga interaktioner och relationer

Kapitlet handlar om att genomföra de handlingar och uppgifter som behövs för grundläggande och sammansatta interaktioner med människor på ett i sammanhanget lämpligt och socialt sätt. Här inryms

- **allmänna mellanmännsliga interaktioner** såsom till exempel grundläggande och sammansatta mellanmännsliga interaktioner,
- **särskilda mellanmännsliga relationer** såsom till exempel att ha kontakt med okända personer, formella relationer, informella sociala relationer, familjrelationer och intima relationer.

Kapitel 8, Viktiga livsområden

Kapitlet handlar om att engagera sig och utföra sådana uppgifter och handlingar som krävs vid utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner. Här inryms

- **utbildning** såsom till exempel informell utbildning, förskoleutbildning, skolutbildning, yrkesutbildning, högre utbildning,
- **arbete och sysselsättning** såsom till exempel lärlingskap (arbetsförberedelse), att skaffa, behålla och sluta ett arbete, betald sysselsättning, obetald sysselsättning,
- **ekonomiskt liv** såsom till exempel grundläggande ekonomiska transaktioner, komplexa ekonomiska transaktioner och ekonomisk självförsörjning.

Kapitel 9, Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Kapitlet handlar om de handlingar och uppgifter som krävs för att engagera sig i ett organiserat socialt liv utanför familjen, i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. Det innefattar samhällsgemenskap, rekreation och fritid, religion och andlighet, mänskliga rättigheter, politiskt liv och medborgarskap.

Omgivningsfaktorer

Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Inom detta område finns det ytterligare fem underkapitel, dessa är

- Produkter och teknik
- Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar
- Personligt stöd och personliga relationer
- Attityder
- Service, tjänster, system och policies

För varje komponent av funktionstillstånd (som är del 1 i ICF) ska hänsyn tas till omgivningsfaktorer och ska ses utifrån perspektivet hos den person vars situation beskrivs. Omgivningsfaktorer är underlättande eller hindrande och det kan ha betydelse hur ofta en faktor är hindrande för personen och om det är möjligt att förhindra eller inte. Detta mäts på en skala för hinder och en för underlättande:

- INGET hinder
- LÄTT hinder
- MÅTTLIGT hinder
- SVÅRT hinder
- TOTALT hinder

- INGET underlättande
- LÄTT underlättande
- MÅTTLIGT underlättande
- SVÅRT underlättande
- TOTALT underlättande

Omgivningsfaktorer kan även vara ej specificerat hinder, ej specificerat underlättande eller ej tillämbart.

Personliga faktorer

De handlar om personens status, ålder, kön och livserfarenhet. Dessa faktorer klassificeras inte för närvarande i ICF, men de kan ändå vara viktiga vid tillämpning av ICF.

Etiska riktlinjer för användning av ICF

I Socialstyrelsens barn- och ungdomsversion av ICF lyfts etiska riktlinjer för klassifikationen³¹. Man menar där att varje vetenskapligt verktyg kan användas felaktigt och missbrukas, därför har socialstyrelsen sammanställt några grundläggande riktlinjer för en etisk användning av ICF. Delar av dessa följer nedan.

³¹ Se vidare sid 330 i Socialstyrelsens ”Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa Barn- och ungdomsversion” (2010).

Respekt och förtroende

- ICF ska användas så att enskilda människors inneboende värde och autonomi respekteras.
- ICF ska inte användas för att stämpla människor eller på annat sätt identifiera dem enbart i termer av en eller flera kategorier av funktionshinder.
- I klinisk miljö ska ICF användas med full kännedom, samarbete och samtycke av de personer vars nivå av funktionshinder klassificeras. Om begränsningar i en persons kognitiva kapacitet hindrar detta ska personens talesman delta aktivt.
- Den kodade informationen enligt ICF, ska betraktas som personlig information och vara föremål för gällande regler för konfidentialitet som är lämpliga för det sätt som data ska användas på.

Social användning av ICF-information

- ICF-information ska i så stor utsträckning som möjligt användas med personernas samverkan för att stärka deras val och deras kontroll över sina liv.
- ICF-information ska användas för utveckling av socialpolitik och politisk förändring som söker stärka och stödja personers delaktighet.
- ICF och information som erhålls genom dess användning ska inte användas för att neka etablerade rättigheter eller på annat sätt inskränka legitima rättigheter till bidrag för individer eller grupper.
- Personer som klassificeras under samma ICF-kod kan ändå skilja sig åt i många avseenden. Lagar och förordningar som hänvisar till ICF-klassifikationer ska inte förutsätta större homogenitet än avsett och ska försäkra att de vars nivåer av funktionstillstånd klassificeras betraktas som individer.

Bilaga 2: Lathund och samtalsguide vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan

Före mötet: Inför mötet ska du ha läst utredning och beslut samt andra planer/motsvarande som eventuellt redan finns upprättade för berörd person. Skriv ut "Brukarkortet" och ta med det också för genomgång.

Vid mötet: Presentera dig och verksamheten du kommer ifrån och syftet med besöket. Beskriv kort vilken roll en kontaktman har. Berätta vilka fler som arbetar i arbetsgruppen. Lämna eventuellt ett "vykort" med dessa uppgifter på till den enskilde inklusive telefonnummer till handläggare.

Vid mötet: Presentera dig och verksamheten du kommer ifrån och syftet med besöket. Beskriv kort vilken roll en kontaktman har. Berätta vilka fler som arbetar i arbetsgruppen. Lämna eventuellt ett "vykort" med dessa uppgifter på till den enskilde inklusive telefonnummer till handläggare.

1. Låt den enskilde presentera sig och berätta lite om sig själv.
2. Informera om att vi har dokumentationsskyldighet samt skyldighet att upprätta en genomförandeplan. Vill personen ta del av dokumentationen så kan denne få det.
3. Gå tillsammans med den enskilde igenom att alla uppgifter på "brukarkortet" stämmer och är ifyllda.
4. Kanske behöver du anteckna annan praktisk information: t.ex. portkod, husdjur, vägbeskrivning, hur hantera en eventuell nyckel?
5. Gå tillsammans med den enskilde igenom dennes nuvarande beslut om insatser och den övergripande målsättningen med dessa. Ta reda på om det är några begränsningar i beslutet (t.ex. tid).
6. Gå tillsammans med den enskilde igenom alla inledande uppgifter i genomförandeplansmallen och fyll i dessa.
7. Formulera sedan vardagligt konkreta och realistiska mål utifrån personens förutsättningar. Utgå från den/de beslutade insatserna, gå igenom dessa, en i taget, och ställ öppna frågor, till exempel: **Vad vill du att den här insatsen/hjälpen/stödet ska leda till?** Formulera detta sedan som ett mål:, t.ex.
 - Att få stöd/hjälp med... måltider, personlig vård, dusch, hårvård, påklädning, hushållsgöromål osv.
 - Att genom stöttning kunna....
 - Känna trygghet genom att...
 - Kunna delta i...
 - Att få....
 - Att åter kunna...
 - Upprätthålla/bibehålla förmågan att...
 - Ersätta bristande förmåga att...

TIPS:

Ta tid på dig vid samtalet.

Skapa trygghet i mötet, bygg upp ett förtroende.

Var lyhörd för vanor och önskemål.

Tänk på att du är en gäst i den enskildes hem.

Om personen har svårighet att kommunicera är en noggrann beskrivning i genomförandeplanen viktig, till skillnad från den som själv för dagen kan beskriva hur hjälpen och stödet ska utföras.

Fråga om personen vill få någon information av dig.

Är det något annat personen önskar framföra?

Ibland behöver man kanske ha ett till möte, eller höras av i telefon.

Hjälp och tipsa den enskilde/dennes förestädare, vem denne kan vända sig till om en fråga väcks som inte tillhör ditt eller din arbetsgrupps område.

Skriv respektfull utan egna värderingar om den enskilde.

Skriv tydliga meningar som kan förstås av alla.

8. För varje delmål, fråga: Hur skulle du vilja att insatsen/hjälpen/stödet praktiskt utföras? Vad är viktigt för dig ...? Vad kan du göra själv...? Är det nåt särskilt vi behöver tänka på...?

9. För varje delmål, fråga: När (vecka? veckodag? tidpunkt?) skulle du vilja att insatsen/hjälpen/stödet utfördes...?

10. Skriv direkt ned det som ni överenskommer. Sammanfatta kontinuerligt muntligt vad som sagts för att minimera missförstånd mellan er.

11. Visar det sig att det kan finnas behov av att samordna olika biståndsbeslut med någon annan verksamhet eller med landstinget, så notera detta och planera tillsammans med den enskilde att göra en vård- och omsorgsplanering. Besluta vem av er som ska ta initiativet till denna samordning. Ps: Individuell plan enligt LSS upprättas med stöd av myndighetshandläggare, kontakta denne om det behövs.

12. Bestäm tid och sätt varpå denna plan ska följas upp.

13. Så snart du har tillgång till verksamhetssystemets så skriver du in de överenskommelser du och den enskilde/företrädare har kommit fram till i den digitala genomförandeplanen (original). Ett exemplar lämnas ett till den enskilde, ett exemplar till personalgruppen som praktiskt ska utföra insatserna.

14. De anteckningar du gjort under samtalet förstörs i en "sekretesstugg" efter det du fört in överenskommelsen i dokumentationssystemets genomförandeplan.

15. Anteckna i den enskildes sociala journal att genomförandeplanen är upprättad och i stora drag vilka överenskommelser man gjort angående målsättningar, hur och när man ska genomföra insatserna praktiskt, samt annat av vikt som framkommit.

Genomförandeplanen ska innehålla följande uppgifter:

Den enskildes namn:

Adress och telefonnummer:

Vårdnadshavare: *Hjälpstext: Namn, adress och telefonnummer, då det är frågan om barn och ungdomar under 18 år.*

Legalföreträdare: *Hjälpstext: till exempel god man, namn, adress och telefonnummer.*

Namn på verksamhet som genomför insatsen, telefon nr till denna verksamhet olika tider på dygnet och veckan:

Namn på kontaktman, samt telefon nr till dennes arbetsplats: förs troligen över från nya verksamhetssystemet?

Vilka personer har deltagit i upprättandet av planen: *Hjälpstext, Ange namn, titel/relation.*

På vilket sätt den enskilde utövat inflytande över denna planering: *Hjälpstext: Har den enskilde utövat inflytandet vid ett personligt möte, telefonsamtal eller annat? Om det är barn eller ungdomar under 18 år, beskriv på vilket sätt denne utövat sitt inflytande i förhållande till vårdnadshavare finns det t.ex. olika åsikter om mål eller tillvägagångssätt, beskriv det och i vilken mån hänsyn tagits till den enskildes önskan, notera detta i journalen.*

Den enskilde är tillfrågad men inte önskar delta:

För barn eller ungdomar under 18 år, ange vem som tackat nej: barnet/ungdomen eller vårdnadshavare

Hjälp¹text: notera anledning till detta i den enskildes journal.

Beskriv på vilket sätt eventuell legal företrädare/vårdnadshavare/ god man/ anhörig/närstående har varit delaktig i upprättandet/uppföljningen av genomförandeplanen:

Vårdnadshavare/ god man/ anhörig/närstående är tillfrågade men önskar/kan inte delta:

Hjälp¹text: notera denna anledning i den enskildes journal.

Den enskilde önskar inte att god man/anhörig deltar:

Beskriv vad som är viktigt och nödvändig för den enskilde: Hjälp¹text: t.ex. Beskriv om det behövs, vad som är viktigt att veta när det gäller kommunikation, förflyttning och bemötande, den enskildes önskemål angående vad som är viktigast för denne då insatserna utförs (lokala värdegarantier i äldreomsorgen), viktigt kring högtider, livsåskådning, osv. Detta kan framkomma ev. från den enskilde eller närstående eller i utredning, alternativt framgår det av t.ex. andra planer och kartläggningar, som du bara kan hänvisa till.

Beskriv eventuella andra insatser personen har från andra verksamheter eller huvudmän: Hjälp¹text: Det kan gälla insatser och stöd som kommer från andra verksamheter, tex. Korttidsboende, Daglig verksamhet, matdistribution, internethandel, eller insatser från landstinget, skola, fritid. Samtala med den enskilde kring vilka insatser som en eventuell samordning behövs, planera i sådant fall tid för att upprätta t.ex. en samordnad individuell vårdplan (beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och den ska klargöra vilka insatser som den enskilde behöver och vem som ska samordna och ansvara för de olika insatserna).

Detta är "den andra delen" i planen:

Beviljad insats/er: Hjälp¹text: Välj först vilken insats som är beviljad enligt uppdraget, välj bland insatsrubrikerna i, som finns längst bak i denna lathund.

Beskriv om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka: Hjälp¹text: den enskilde kan t.ex. inom ramen för hemtjänstinsatsen både behöva hjälp med städning och ledsagning.

Mål/ delmål för insatsen/ behovet: Hjälp¹text: Beskriv konkreta mål/delmål för varje delinsats/ behov eller grupper av delinsatser: Målen/delmålen ska vara individuellt utformade och bygga vidare på de mål som redan fastställts av handläggaren tex. Att den enskilde önskar att... bibehålla förmågan... delta i.. återkunna... bli självständig i att... att känna... För t.ex. personer med demens eller för barn och unga kan dessa mål behöva förändras ofta.

Hur? Hjälp¹text: Beskriv hur den enskilde önskar att denna insats praktiskt ska genomföras dvs. arbets- och tillvägagångssätten, för att nå mål/ delmål?

När? Hjälp¹text: När ska insatserna praktiskt utföras T.ex. veckodag och tid. Ange även fr.o.m. datum då den planerade insatsen startar: Om möjligt ange vem eller vilka som ska ge insatsen/ insatserna.

Hur och var och när (datum) ska vi följa upp denna planering?

Hjälp¹text: När ska närmaste uppföljning göras av hela planen eller delar av planen/mål, mins var 6:e månad för vuxna, minst var 4:e månad för barn och unga under 18 år. Ange när, hur och var uppföljningen ska ske t.ex. i den enskildes bostad, eller via telefon, med anhörig eller ej.

Erbjud personen en samtalstid med kontaktperson, Hur och var och när? Hjälp¹text: Varje månad ska detta erbjudas enligt värdighetsgarantier och kontaktmannaskapsriktlinjen i Norrköping, med kontaktmannen, angående hur det går med hjälpen och stödet eller annat som den enskilde vill samtala om.

Namn och befattning på den som upprättat planen:

Behov/mål/ delmål
Hur ska det genomföras?
När ska det genomföras?
Av vem/ vilka

Samtalsguide och lathund vid uppföljning av genomförandeplan

Datum för uppföljning, namn och titel på den som gjort uppföljningen:

Vilka deltog vid uppföljningen:

Gäller uppföljningen hela planen eller delar av den? *Hjälp*text: *Beskriv om uppföljningen avser hela denna genomförandeplan eller delar av den t.ex. insatser/behov eller mål eller tillvägagångssätt. Det som framkommer ska också dokumenteras i den enskildes sociala journal.*

1. Gå tillsammans med den enskilde/företrädare igenom att alla uppgifter på "brukarkortet" fortfarande är aktuella.
2. Gå tillsammans med den enskilde igenom att de befintliga inledande uppgifterna i genomförandeplanen stämmer och är ifyllda.
3. Fråga personen om det är något som förändrats i dennes livssituation eller behov som vi behöver känna till.
4. Gå tillsammans med den enskilde igenom dennes nuvarande genomförandeplan, beslutad insats/del insats/behov, ett i taget, alternativt gå igenom endast den insats som tidigare tidsbegränsats till detta uppföljningsdatum.

TIPS:

Fråga om det är någon information som personen vill få av dig.

Erbjud personen en samtalstid (varje månad) med kontaktmannen angående hur det går med hjälpen och stödet.

Är det något annat personen önskar framföra?

Ibland behöver man kanske ha ett till möte, eller höras av i telefon.

Skriv respektfull utan egna värderingar om den enskilde.

Skriv tydliga meningar som kan förstås av alla.

Förslag på frågeställningar:

- **Vad tycker du om den beviljade insatsen/delinsatsen/behovet i stort?** Är det något som behöver tas bort eller läggas till? Anteckna svaret. Om något behöver förändras ska man överenskomma vem som ska kontakta handläggare och när detta ska ske. Anteckna detta.
- **Tycker du att insatsen leder till det du anser dig behöva hjälp och stöd med?** Dvs. arbetar man mot målet/uppstår målet? Är det något som behöver förändras? Anteckna detta.
- **Vad tycker du om sättet som hjälpen och stöden utförs på?** Är det något som behöver förändras? Är det något som saknas? Tycker du att vi tar hänsyn till de som är viktigast för dig då vi ger hjälpen och stödet? Anteckna detta.
- **Hur upplevs tidpunkten** för när insatsen praktiskt utförts? Är det något som behöver förändras?
- Eventuellt behöver man göra en ny överenskommelse som antecknas angående till exempel, nytt mål/delmål, nytt sätt varpå insatsen ska utföras, eller ny tidpunkt för när det ska utföras. Om insatser/behov inte längre är aktuella, eller om nya behov uppstått ska man överenskomma vem som ska kontakta handläggare och när detta ska ske. Anteckna detta.
- Avsluta med frågan: **Känner du dig trygg med den hjälp du får?** Samtal en stund angående detta och anteckna om det är något de som ger hjälp och stöd kan förbättra.

1. Skriv ned direkt det som ni överenskommer. Sammanfatta kontinuerligt muntligt vad som sagts för att minimera missförstånd mellan er.
2. Bestäm tid och sätt varpå denna plan nästa gång ska följas upp.
3. Så snart du har tillgång till dokumentationssystemet så skriver du in de överenskommelser du och den enskilde har kommit fram till i den digitala genomförandeplanen (original).
4. Ett exemplar lämnas till den enskilde, ett exemplar till personalgruppen som praktiskt ska utföra insatserna.
5. De anteckningar du gjort under samtalet förstörs i en "sekretesstugg" efter det du fört in överenskommelsen i verksamhetssystemets genomförandeplan. Dokumentera i den enskildes sociala journal att uppföljning är gjord och eventuellt att planen har reviderats så att det nu finns en ny upprättad plan och annat av vikt som framkommit.

Uppföljningen av hela eller delar av planen visar att:

- Behovet är tillgodosett/Mål och tillvägagångssätt fortsätter. Dvs. genomförandeplanen kvarstår.
- Behovet har delvis tillgodosetts/Målet med insatsen nås delvis = mål eller tillvägagångssätt (vad, hur och när) behöver helt eller delvis förändras. Dvs. ny plan upprättas, denna plan avslutas, t.o.m. datum anges.
- Behovet har inte tillgodosetts/Målet nås inte = Mål el. tillvägagångssätt (vad, hur och när) planeras om, el. insatsen avslutas (handläggare kontaktas). Dvs. ny plan upprättas, denna plan avslutas, t.o.m. datum anges alternativt att denna plan avslutas, t.o.m. datum anges.
- Behovet har tillgodosetts/Målet med insatsen har uppnåtts = insatserna avslutas (handläggare kontaktas). Dvs denna plan avslutas, t.o.m. datum anges.
- Annat, beskriv: