

# Bilagor

BILAGA 1 Genomförandeplan

BILAGA 2 Att fylla i genomförandeplanen

BILAGA 3 Checklista för uppföljning av genomförandeplan

BILAGA 4 Löpande anteckningar

BILAGA 5 Vägledning kring löpande anteckningar

**BILAGA 1**

# Genomförandeplan

Överenskommelse för omsorgs- och serviceinsatser

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	Telefonnummer
Anhörig/närstående	Anhörig/närstående	God man
Adress	Adress	Adress
Tel.	Tel.	Tel.
Kan ringas nattetid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kan ringas nattetid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kontaktpersonal	Enhetschef/arbetsledare	LSS-/Biståndshandläggare
Tel.	Tel.	Tel.
Inskrivn i hemsjukvården <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Patientansvarig läkare	Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjuksköterska		Namn
Tel.		Tel.
Hemtjänst/stöd i hemmet fr.o.m.	Larm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Övriga uppgifter:
Dagverksamhet fr.o.m.	Nyckel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Särskilt boende fr.o.m.		
Färdtjänst fr.o.m.		

Bilagan finns att ladda ner från Gothia Kompetens webbplats: [gothiakompetens.se](http://gothiakompetens.se).

## **1. Bakgrund**

---

---

---

---

---

---

---

## **2. Social situation, nätverk och intressen**

---

---

---

---

---

---

---

## **3. Hälsotillstånd/funktionsnedsättning**

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. Omsorgs- och serviceinsatser

Morgon: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Middag: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Kväll: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Natt: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Särskilda önskemål: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## 5. Hälso- och sjukvårdsinsatser

---

---

---

---

---

---

## 6. Mål, metod och uppföljning

Mål från biståndsbeslut

6 a. Mål	6 b. Arbetsmetod	6 c. Uppföljning

## 7. Deltagare vid genomförandeplaneringen

Ort och datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

**8. Utvärdering**

**Datum/signatur**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

## 9. Översikt av vård- och omsorgsinsatserna

	Klarar själv	Behöver hjälp med – hur ges hjälpen	Datum/signatur
<b>HYGIEN</b>			
Bad och dusch	<input type="checkbox"/>	_____	
Tvättar sig – övre	<input type="checkbox"/>	_____	
Tvättar sig – nedre	<input type="checkbox"/>	_____	
Nagel- och fotvård	<input type="checkbox"/>	_____	
Tand- och munvård	<input type="checkbox"/>	_____	
Hårvård	<input type="checkbox"/>	_____	
Rakning	<input type="checkbox"/>	_____	
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	_____	
Inkontinenshjälpmedel	<input type="checkbox"/>	_____	
På- och avklädning	<input type="checkbox"/>	_____	
Särskilda önskemål	<input type="checkbox"/>	_____	
<b>FÖRFLYTTNING</b>			
Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	_____	
Utevistelse	<input type="checkbox"/>	_____	
Går i trappor	<input type="checkbox"/>	_____	
Rullstol	<input type="checkbox"/>	_____	
Går upp ur säng	<input type="checkbox"/>	_____	
Tar sig ur och i stol	<input type="checkbox"/>	_____	
Vänder sig i sängen	<input type="checkbox"/>	_____	
Särskilda önskemål	<input type="checkbox"/>	_____	



Klarar  
själv

Behöver hjälp med  
– hur ges hjälpen

Datum/signatur

### MÅLTIDER

- Kostvanor  \_\_\_\_\_
- Äta och dricka  \_\_\_\_\_
- Särskilda önskemål  \_\_\_\_\_

### LÄKEMEDEL

- Läkemedel  \_\_\_\_\_
- Särskilda önskemål  \_\_\_\_\_

### BOSTADEN

- Städning  \_\_\_\_\_
- Bäddning  \_\_\_\_\_
- Inköp  \_\_\_\_\_
- Tvätt  \_\_\_\_\_
- Ekonomi  \_\_\_\_\_
- Särskilda önskemål  \_\_\_\_\_

### AKTIVERING, INTRESSEN, SOCIALA KONTAKTER

- Kontakter  \_\_\_\_\_
- Intressen  \_\_\_\_\_
- Särskilda önskemål  \_\_\_\_\_

### KOMMUNIKATION

- Syn  \_\_\_\_\_
- Hörsel  \_\_\_\_\_
- Kan tala  \_\_\_\_\_
- Ordförståelse  \_\_\_\_\_
- Annat  \_\_\_\_\_
- Särskilda önskemål  \_\_\_\_\_

**10. Insatser som utförs i den enskildes hem av andra (t.ex. närstående eller frivilliga insatser som kan komma att påverka de beviljade insatserna):**

Beskrivning av insats:

Utförs av:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

# Att fylla i genomförandeplanen

Här finns kort vägledning kring hur du kan fylla i de olika delarna i genomförandeplanen.

## Personuppgifter

Här anges aktuell information om namn och telefonnummer med mera. I rutan ”Övriga uppgifter” kan man ange speciell information som rör den enskilde eller speciella önskemål som rör kontaktpersoner, anhöriga och liknande (till exempel att ringa en viss anhörig i första hand).

## 1. Bakgrund

Beskriv den enskildes ”personliga historia”: var han eller hon kommer ifrån eller har bott (vid inflyttning), familj, arbete och så vidare.

## 2. Social situation, nätverk och intressen

Beskriv den enskildes situation i dag: bostad, om bostaden är handikappanpassad, inre och yttre miljö, familj, släkt, vänner, grannar och andra personer som har kontakt med den enskilde. Vilka intressen har han/hon? Känner han/hon sig trygg?

### **3. Hälsotillstånd/funktionsnedsättningar**

Ange sjukdomar och funktionshinder som har betydelse och får konsekvenser för hur den enskilde klarar sig i dag.

### **4. Omsorgs- och serviceinsatser**

Ange den hjälp som omsorgspersonalen ger den enskilde när det gäller praktiska och sociala hjälp- och stödinsatser, till exempel hjälp med påklädning, dusch, bäddning, tillsyn, promenader eller andra aktiviteter. Ange också eventuella särskilda önskemål som den enskilde har.

### **5. Hälso- och sjukvårdsinsatser**

Här beskrivs de hälso- och sjukvårdsinsatser som omsorgspersonalen ger på delegation eller som ni anser vara viktiga för den enskilde, till exempel omläggningar, medicintilldelning eller hjälpinsatser enligt uppgjorda rehabiliteringsplaner, exempelvis gångträning.

### **6. Mål, metod och uppföljning**

#### **6 a. Mål**

Utgå från det övergripande målet i insatsplanen utifrån biståndsbeslutet. Formulera målen tillsammans med den enskilde och eventuella anhöriga. Målen ska vara individuella och personliga när det gäller praktiska och sociala hjälp- och stödinsatser. Exempel på mål: att kunna gå till toaletten igen efter ett lårbensbrott, utevistelse varje dag, att få känna sig trygg.

## **6 b. Arbetsmetod**

Här anges hur ni ska gå tillväga för att nå målen. Exempel på arbetsmetoder: att gångträna först med och sedan utan stöd- och hjälpmedel, att följa med ut och handla eller följa med ”promenadgruppen” eller sitta på terrassen, att få delta i olika gemensamma aktiviteter och samtal eller få hjälpen utförd på det sätt som skapar trygghet.

## **6 c. Uppföljning**

Uppföljning innebär en kontinuerlig kontroll av att hjälpinsatserna har utförts och hur resultatet blev. Har målen uppnåtts? Behöver målen eller arbetsmetoderna förändras?

## **7. Deltagare vid genomförandeplaneringen**

Den enskilde samt de personer som medverkat vid genomförandeplaneringen skriver under.

## **8. Utvärdering**

Utvärdering innebär att man värderar om hjälpinsatserna har gett önskat resultat enligt överenskommelsen. Under rubriken Datum/signatur skrivs när utvärderingen har gjorts och av vem. Frågor att ta hjälp av vid utvärderingen:

- Får du den hjälp du anser dig behöva enligt genomförandeplanen?
- Kan du vara med och påverka innehållet i hjälpen du får?
- Klarar du dig bra med den hjälp du får?
- Är det något du saknar i den hjälp du får?
- Känner du dig trygg med den hjälp du får?
- Känner du dig nöjd med personalens bemötande?
- Är det något annat du vill framföra?

## **9. Översikt av vård- och omsorgsinsatserna**

Klarar den enskilde sig utan hjälp, sätt X under rubriken *Klarar själv*. Behöver han eller hon hjälp, beskriv under rubriken *Behöver hjälp med* hur hjälpen ges.

## **10. Insatser som utförs i den enskildes hem av andra**

Ange här de hjälpinsatser som andra än omsorgspersonalen utför. Vilka är hjälpinsatserna och vem utför dem? Det kan till exempel vara närståendes insatser eller frivilliginsatser.

## Checklista för uppföljning av genomförandeplan

Denna checklista är ett hjälpmedel för att hålla planen uppdaterad. Kontrollera att genomförandeplanen innehåller:

- Namn och aktuella telefonnummer till viktiga kontakter
- Den enskildes levnadshistoria
- Beskrivning av den sociala situationen, nätverket, vardagsupplevelse och intressen
- Beskrivning av det aktuella hälsotillståndet
- Beskrivning av aktuella hjälpinsatser – morgon, middag, kväll och natt
- Individuellt utformade mål, till exempel utvecklande, bibehållande, rehabiliterande och/eller guldkantsmål.
- Arbetsmetod till varje mål, det vill säga hur målet ska uppnås
- Datum för uppföljning
- Uppföljningsresultat:
  - är målet fortfarande aktuellt?
  - är metoden den rätta?
  - räcker tiden till eller behövs det längre tid med samma mål och metod?
  - har målet uppnåtts?
  - nytt mål och metod?
- Signaturer från den enskilde (eller ombud) samt kontaktperson eller stödpersonal.

## BILAGA 4

# Löpande anteckningar

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Datum, tid	Sökord	läkttagelser	Sign.	Datum, tid

Bilagan finns att ladda ner från Kompetens webbplats: [www.gothiakompetens.se](http://www.gothiakompetens.se)





## Vägledning kring löpande anteckningar

Löpande anteckningar innebär att föra anteckningar om iakttagelser och viktiga händelser i det dagliga individuella omsorgs- och servicearbetet. Anteckningarna ger möjlighet för all berörd personal att ge och få aktuell information om den enskilde på ett lättöverskådligt sätt.

### Arbetsmoment att utgå från vid löpande anteckningar

- Fyll i namn och personnummer.
- Välj lämpligt *sökord* – se punktlistan nedan.
- Skriv en *iakttagelse* eller en händelse som är av betydelse och/eller avviker från det vanliga/normala. Fyll i datum och klockslag för din iakttagelse och signera.
- Skriv in *åtgärder*, det vill säga vad som gjordes, vilka/en handling eller insats som utfördes eller vem du tog kontakt med. Fyll i datum och klockslag och signera.
- *Uppföljning* – skriv vilket resultat det blev av åtgärden. Signera även här.

En iakttagelse kan bli åtgärdad och/eller uppföljd direkt eller vid ett senare tillfälle om den inte är av akut karaktär. Ibland kan anteckningen stanna vid att enbart vara en iakttagelse som inte kräver en åtgärd eller en uppföljning utan bara är viktig information till berörda.

## **Sökord**

- Hygien
- Klädsel
- Mat och måltider
- Toalettbesök
- Städning
- Inköp
- Förflyttningar
- Kommunikation
- Sömnvanor
- Hälsotillstånd
- Aktiviteter (arrangerade eller egna)
- Besök (åka till någon eller få besök av någon)
- Kontakter (personliga eller via telefon eller dator)

## **Etiska aspekter**

Genom att tänka på i vilket syfte dokumentationen görs har man en bra utgångspunkt för att öka sin egen medvetenhet. Det är viktigt att reflektera över om en händelse eller iakttagelse har betydelse och tillför ny information för omsorgsarbetet.

När du dokumenterar, tänk på hur du formulerar dig så att orden inte är värdeladdade eller på annat sätt blir känsliga för den enskilde. Värdeladdade ord är till exempel: väldigt, mycket, lite, snyggt, fult, bra, dåligt normalt och onormalt. Känsligt kan vara uppgifter om till exempel psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar, sjukdomar, relationer inom familjen, övergrepp och missbruk. Det som dokumenteras ska kunna läsas av de berörda, så skriv som du själv skulle vilja bli beskriven.

Exempel på vad som kan antecknas är:

- avvikelser från det normala/vanliga
- viktiga händelser
- minnesanteckningar från samtal med uppgifter som är av betydelse för berörda parter fortsatta arbete
- vad man erbjuder den enskilde men som denne för tillfället inte vill vara med på
- att man ger hjälpen på annat sätt än vanligt, till exempel matar någon som brukar äta själv
- besök hos läkare och sjukhusvistelse
- ändring av beslutade rutiner
- samtal med anhöriga, närstående, god man som gett viktig information för berörda parter
- kontakt med sjuksköterska, tandläkare, arbetsterapeut, biståndshandläggare, enhetschef, arbetsledare eller liknande.

**EGNA ANTECKNINGAR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---









## EGNA ANTECKNINGAR

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**EGNA ANTECKNINGAR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---