

RIKTLINJER FÖR DOKUMENTATION UNDER GENOMFÖRANDET

av bistånd och insats enligt SoL/LSS och HSL

RIKTLINJER

Följande riktlinjer för dokumentation enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och för hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är antagna av socialnämnden 2009-02-25 § 41. Redaktionell ändring socialnämnden 2012-05-21.

1. BAKGRUND

1.1 Syftet med dokumentation vid genomförande av insats

Vi dokumenterar för:

- Att tillförsäkra den enskildes rättsäkerhet.
- Att ha ett underlag för den individuella planeringen och insatsen. Den behövs också för att den enskilde ska kunna få kontinuitet vad gäller beslutade och överenskomna insatser. Den är också viktig för personalen för att kunna genomföra biståndet/insatsen.
- Uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.
- Kunskapsutveckling.

1.2 Verksamheter som berörs

Skyldigheten att dokumentera enligt SoL och LSS gäller för handläggning av ärenden som rör enskilda men också för genomförandet av beslut om bistånd

enligt dessa lagar. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Enligt Patientdatalagen är de som har legitimation inom hälso- och sjukvårdens område t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, psykolog etc. skyldiga att föra patientjournal.

Skyldigheten att föra patientjournal gäller även för omsorgspersonal som utför arbetsuppgifter som är delegerade från legitimerad yrkesutövare.

1.3 Dokumentationsansvar

Ansvar för dokumentationen har den som genomför insatsen. Det vill säga att när insatsen genomförs inom ramen för den beslutade nämndens verksamhet ansvarar den nämnden för att genomförandet av insatsen dokumenteras. När en beslutad insats genomförs av annan (på nämndens uppdrag) ansvarar huvudmannen för den enskilt bedrivna verksamheten för att genomförandet av insatsen dokumenteras.

I SoL/LSS regleras inte vem – yrkeskategori eller befattningshavare – som är skyldig att dokumentera genomförandet av insatser. Enligt Patientdatalagen är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, med ett personligt ansvar, skyldig att föra patientjournal.

1.4 Avgränsningar mellan SoL/LSS och HSL

Det kan ibland vara svårt att avgöra när dokumentationen ska ske i SoL/LSS och när den ska ske i HSL. En tumregel kan vara att dokumentationen sker i HSL när:

- Det handlar om medicinsk omvårdnad.
- Kontakt tas med personal som lyder under HSL t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut.
- Arbetsuppgifter som är delegerade eller instruerade av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast och som utförs i verksamheten.

I övrigt sker dokumentationen i SoL/LSS.

1.5 Definition

Med handläggning avses beslutfattare vid socialförvaltningens uppdragsavdelning.

1.6 Den enskildes insyn i dokumentationen

Inom socialtjänsten bör den enskilde hållas underbyggd om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom/henne (SoL/LSS). Inom hälso- och sjukvården har den enskilde rätten att ta del av sin journal, om det inte med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av syn-

nerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom/henne (Offentlighets- och sekretesslagen, OSL).

Det är enhetschefen eller motsvarande chef som beslutar om omsorgstagaren eller annan får ta del av de uppgifter som står i journalanteckningarna enligt SoL. För journalanteckningarna enligt HSL är det sjuksköterskan, sjukgymnasten och/eller arbetsterapeuten.

1.7 Sekretess

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgifter om enskilda personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (OSL). Det är endast den person som uppgifterna rör som får läsa de uppgifter som finns om honom/henne.

Undantag gäller för:

- Om samtycke lämnats av den som uppgifterna rör. Samtycket ska vara skriftligt och undertecknat av den enskilde.
- Vårdnadshavare till barn under 18 år.

Sekretessen gäller även gentemot närstående t.ex. maka/make, sambo och andra anhöriga. Sekretessen gäller även mellan personal om inte uppgifterna är nödvändiga för att kunna fullfölja verksamheten.

2. DOKUMENTATION

Handläggare (beslutsfattare) skickar beslut och uppdrag som utgör själva beställningen av uppdraget till enhetschefen eller motsvarande chef. I uppdraget ska finnas målsättning, samt datum för när ärendet ska omprövas. Tillsammans med uppdraget skickas också beställningen (IRF).

Utföraren ska dokumentera när beslutet/uppdraget har verkställts.

Om ett gynnande beslut/uppdrag inte har verkställts eller inte verkställs fullt ut ska det framgå av dokumentationen vilka skälen är till att det inte har verkställts. Likaså ska handläggaren informeras. Med dokumentation enligt SoL/LSS menas utredningar och anteckningar (journalanteckningar, genomförandeplan m.m.) som är knutna till den enskilde.

Dokumentationen ska innehålla följande:

- Uppdrag, beslutsunderlag och beställning från beslutsfattande handläggare.
- Journalanteckningar.
- Genomförandeplan.
- Signeringslistor.

Endast händelser av betydelse ska dokumenteras i journalanteckningarna.

Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras dokumenteras i en genomförandeplan.

Patientjournal avser alla handlingar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförs eller planeras. Patientjournalen ska i första hand fungera som stöd för den/de personer som ansvarar för patientens vård men också som informationskälla för patienten.

Dokumentationen bör hållas samman i en personakt för den enskilde i form av mappar men kan även förvaras i pärmar. Dokumentation enligt SoL, LSS och HSL ska hållas åtskilda från varandra.

2.1 Delegering/Instruering

Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast delegerar arbetsuppgifter till vårdpersonal på speciell delegeringsblankett, där uppgifterna anges. Med den delegerade arbetsuppgiften ska signeringslista medfölja. Vid en instruktion är det delegaten som avgör om en signeringslista ska medfölja. Beställningen (IRF) på delegerade/instruerade arbetsuppgifter skickas till enhetschefen.

2.2 Genomförandeplan

Utifrån beslutet/uppdraget ansvarar enhetschefen eller motsvarande chef för att en genomförandeplan upprättas, med datum för uppföljning, tillsammans

med omsorgstagaren/legal företrädare. Genomförandeplanen utgår från beslutet och/eller kvalitetskraven och beskriver mer i detalj hur insatsen ska genomföras. Syftet med en genomförandeplan är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet, vem som ska göra vad, när och hur.

Av genomförandeplanen bör bl.a. 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.

Genomförandeplan upprättas och den enskilde ska ha en kopia. Genomförandeplanen ska sparas och arkiveras.

Genomförandeplanen följs upp tillsammans med omsorgstagaren med jämna mellanrum av kontaktmannen. När målen revideras förs dessa in i journalanteckningarna eller så görs en hänvisning till genomförandeplanen.

Undantag kan framgå av de kvalitetskrav som upprättats för respektive verksamhet.

Kvalitetskrav

För att tillgodose den enskildes behov och önsningar ska den enskilde/legal företrädare vara delaktig i upprättandet av genomförandeplanen för hur insatserna ska genomföras.

- För varje person som har bistånd/insats ska det finnas en genomförandeplan.
- Genomförandeplanen ska upprättas tillsammans med den enskilde/legal företrädare inom den tid som anges i respektive verksamhets kvalitetskrav.
- Insatser ska framgå, vem som ska göra vad, när och hur ska vara tydliga i genomförandeplanen.
- Genomförandeplanen undertecknas av den enskilde alternativt legal företrädare.
- Datum för uppföljning ska framgå.
- Planen ska vara aktuell, följas upp minst en gång per år och revideras när skäl till det föreligger.

2.3 Daglig dokumentation

Alla uppgifter som kan vara av betydelse för genomförandet av insatsen bör föras in i personakten utan oskäligt dröjsmål. Den ska också visa hur situationen utvecklas för den enskilde. Exempel på sådant kan vara att en beviljad insats som inte utförs ska

dokumenteras. I dokumentationen ska det framgå om en insats är avböjd och även varför den avböjdes. Om extra insatser utförs ska även de dokumenteras och anledningen till det utökade insatsbehovet. Här är det viktigt att det skapas rutiner för hur man för dokumentationen.

I hemtjänst förs dokumentationen enligt SoL i Intraphone.

Journalanteckningarna ska:

- vara kortfattad men innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter,
- vara väl strukturerade och tydligt utformade,
- innehålla källa så det framgår var uppgifterna kommer ifrån,
- vara objektiva och sakligt grundade på ett korrekt underlag med respekt för den enskildes integritet,
- inte innehålla nedsättande värdeomdömen,
- inte innehålla uppgifter om tredje person om det inte är nödvändigt för ärendet.

Det ska framgå vem som gjort anteckningen och när (år, månad och dag). Anteckningen ska signeras och det ska framgå vem signaturen tillhör (lista på signaturförtydligande ska finnas i journalanteckningarna).

Uppgifter i journalanteckningar får inte utplånas eller göras oläslig. Vid rättelse av felaktig uppgift ska anges när rättelse har skett och vem som utfört den.

Genomförandet av ett beslut om insats eller kvalitetskrav ska dokumenteras fortlöpande. Den dokumentation som förs av personalen är inte löpande arbetsanteckningar utan är att anse som dokumentation direkt i journalen. Enhetschef eller motsvarande ska således inte ta ställning till vad som ska föras in i journalen eller göra en sammanfattning av den gjorda dokumentationen.

Kvalitetskrav

Den enskilde ska ha en egen akt/journal och daglig dokumentation.

- Dokumentationen ska avse den enskilde och vara väsentlig.
- Den dagliga dokumentationen ska avse händelser av betydelse.
- Den enskildes namn och/eller personnummer ska framgå på varje blad.
- Den dagliga dokumentationen ska vara sidnumrerad.
- Den dagliga dokumentationen ska gå att följa över tid med händelse, åtgärd och resultat.
- Dokumentationen får inte innehålla överstrukna text som gör den oläsbar.

- Dokumentationen ska vara beständig och läsbar.
- Dokumentationen ska vara daterad och signerad.

2.4 Dokumentationens förvaring

Handlingar som upprättas eller kommer in till verksamheten måste förvaras på ett sådant sätt obehöriga inte får tillgång till dem (SoL/LSS). Anteckningar som innehåller integritetskänsliga uppgifter får inte ligga framme i personallokaler eller i andra utrymmen.

Genomförandeplan i original förvaras tillsammans med den enskildes dokumentation.

Kvalitetskrav

Dokumentation som rör enskilda ska förvaras på ett tryggt och säkert sätt som inte ger möjlighet för andra än berörda att läsa denna.

- Förvaringen ska ske i såväl stöld- som brandsäkert skåp.
- Dokumentationen ska vara fri från plast och gem.

2.5 Avslutad insats

När insatserna avslutats d.v.s. insatserna upphör, omsorgstagaren flyttar till annat boende eller avlider

ska genomgång av dokumentationen ske enligt dokumenthanteringsplanen. Vilka handlingar som ska förvaras och sparas i akten beslutas av Socialnämnden i särskild dokumenthanteringsplan. Dokumentationen ska t.ex. vara rensad från kladdlappar. Därefter skickas dokumentationen enligt SoL/LSS till ansvarig enhetschef som vidarebefordrar journalanteckningarna till omsorgshandläggaren. För dokumentationen enligt HSL skickas journalanteckningarna till ansvarig sjuksköterska. Dokumentationen arkiveras därefter i SoL/LSS-akten respektive HSL-journalen och lämnas till arkivet.

För verksamhet som drivs av annan sker förvaring av handlingar efter avslutad insats enligt överenskommelse.



**Varbergs
kommun**
SOCIALFÖRVALTNING

POSTADRESS: Varbergs kommun, 432 80 Varberg
TELEFON VÄXEL: 0340-880 00 HEMSIDA: www.varberg.se