

Social dokumentation,
vägledning för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen i
Härnösands kommun

Dokumentnamn	Social dokumentation vägledning för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen	Dokumenttyp Kvalitetsdokument	
Fastställd/upprättad av	Verksamhetsutvecklare	Datum 2015-07-27	Diarienummer
Dokumentansvarig/processägare	Förvaltningschef	Version 1.1	Senast reviderad Giltig t o m
Dokumentinformation	Vägledning för omvårdnadspersonal vid social dokumentation		
Dokumentet gäller för	Omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen i Härnösands kommun		
Annan information			



Social dokumentation i offentliga och enskilda verksamheter

Vägledningen i social dokumentation riktar sig till den del av socialförvaltningen som verkställer beslut om insatser för äldre såväl inom offentlig som inom enskild verksamhet.

Den sociala dokumentationen som rör enskilda personer ska tillgodose många behov. Det är därför viktigt att klargöra syftet med dokumentationen för att kunna bestämma vad som skall dokumenteras, av vem och på vilket sätt.

Syftet med social dokumentation

Den sociala dokumentationen ska uppfylla följande syften:

- säkerställa rättssäkerhet och kvalitet för den enskilde
- ge information till den enskilde och personal
- vara ett redskap för uppföljning av verksamheten
- skapa underlag för uppföljning på individnivå
- vara en motor för utveckling av verksamheten
- skapa underlag vid tillsyn

Krav på dokumentationen

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd som styr kraven på dokumentation är:

- Socialtjänstlagen (SoL) 11 kap 5-6 §§, 7 kap 3-4 §§, 12 kap
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 21 a-b §§, 23 a-b §§
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2 006:5)
- Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, Socialstyrelsens handledning (2010)

Denna skrift har tagits fram som ett led i att kvalitetssäkra verksamheten.

Innehåll

1	Generella utgångspunkter	4
1.1	Vad ska finnas i personakten och vad ska dokumenteras?	4
1.2	Vilka har rätt att ta del av dokumentationen?	5
1.3	Hur ska det dokumenteras?	6
1.4	Förvaring	6
1.5	Gallring	6
2	Social dokumentation till vad och varför?	7
2.1	Löpande anteckningar exempel	8
	Erbjudande av insatser som den enskilde avböjer:	8
	När sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast kontaktas:	8
	Utförarens kontakter av betydelse med anhöriga eller god man:	8
	Uppföljning av genomförandeplanen:	8
	Det som avviker från uppgjord planering och varför:	8
	Besök hos sjukvården exempelvis hos läkare, inläggning på sjukhus:	8
	Den enskildes upplevda situation:	8
	Besök som den enskilde får:	9
	Utflykter och besök hos släktingar:	9
	Klagomål:	9

1 Generella utgångspunkter

Den sociala dokumentationen skall vara:

Respektfull – den ska utformas med respekt för den enskildes integritet och inte innehålla omdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär

Tillräcklig – dokumentationens alla syften skall uppfyllas

Väsentlig – ska innehålla anteckningar om genomförande av beslut om insatser, faktiska omständigheter och händelser av betydelse för var och en, utifrån en helhetssyn på den enskilde.

Korrekt – samtliga anteckningar ska vara sakliga, föras löpande, vara daterade och signerade.

Enhetschefen har ansvaret för att ge förutsättningar för att en bra dokumentation sker och att den följs upp.

1.1 Vad ska finnas i personakten och vad ska dokumenteras?

Personakten bör innehålla:

- grunduppgifter om den enskilde
- kopia på utredning och beslut
- andra dokument som har betydelse för den enskilde
- aktuell beskrivning och levnadsberättelse
- genomförandeplan för planering och uppföljning på individnivå
- löpande anteckningar och sammanfattning av daganteckningar

Grunduppgifter om den enskilde:

Den enskildes namn, personnummer, adress, telefon, datum för inflyttning eller när insatsen började genomföras, speciella uppgifter av särskild individuell betydelse t ex språk, medborgarskap, kost. Uppgifter om anhöriga, god man och kontaktperson bör dokumenteras här.

Kopia på utredning och beslut :

Kopia på utredning och beslut samt på de uppföljningar som görs. Syfte och målsättning med insatsen bör klart framgå.

Andra dokument som har betydelse för den enskilde:

Annan dokumentation som anses väsentlig för att genomförandet av insatsen ska var tillfredställande.

Aktuell beskrivning och levnadsberättelse:

Grunden för den aktuella beskrivningen kan vara ett inledande samtal och gärna en levnadsberättelse. En regelbundet aktualiserad beskrivning av den enskildes behov av hjälp och stöd i vardagssituationer och under dygnet ska finnas. Här ska framgå

vilka egna resurser den enskilde har, speciella svårigheter, vanor, intressen, önskemål, anhörigas insatser, kontaktnät, dygnsrytm, matvanor mm

Plan för planering och uppföljning på individnivå:

Det ska finnas en plan på individnivå som upprättas med den enskilde och vid förekommande fall dennes närstående och dessa ska vara delaktiga i utformning av planen. Planen ska utgå från beslutet, beskriva syfte, mål och delmål, aktuella insatser, aktiviteter utifrån den enskildes behov, hur insatser ska genomföras, när och hur uppföljning ska ske, vem som har ansvaret för vad mm. Planen ska vara ett separat dokument och det ska framgå vilka som medverkat vid fastställandet. Vid revidering görs en ny plan.

Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan bedöms också kunna underlätta och effektivisera arbetet med dokumentation under pågående insats genom att den används som utgångspunkt för vad som bör antecknas i journalen. Att upprätta en plan för genomförande är inte ett självändamål. Det viktiga är att arbetet planeras, bedrivs målinriktat och följs upp. Behovet av en genomförandeplan och omfattningen av en sådan bör avgöras från fall till fall utifrån insatsens komplexitet och varaktighet. För att kunna se den enskildes situation i ett helhetsperspektiv är det motiverat att planen även innehåller uppgifter om insatser som andra huvudmän har ansvar för.

Löpande anteckningar och sammanfattning av daganteckningar:

Det är viktigt att i stor utsträckning observera och löpande anteckna händelser av social karaktär som påverkar den enskildes vardag. Det väsentligaste från dessa daganteckningar, rapportblad eller motsvarande ska regelbundet sammanfattas och föras in i personakten. Det kan handla om hur insatsen har utformats, händelser som påverkat individen, förändrat beteende, relationer, avvikelser från planering och varför etc. Det kan även dokumenteras förändringar i omgivningen och nätverk. Det är även viktigt att dokumentera att inget av större betydelse har skett för att på så sätt ändå alltid ha en aktuell lägesbeskrivning. Dokumentationen ska inte vara slentrianmässig utan var sakuppgifter som bedöms ha betydelse för den fortsatta omsorgen och för planering och uppföljning. När rapportblad har gått igenom och relevanta uppgifter tillförts den sociala delen i personakten skall dessa förstöras. En sådan genomgång skall göras regelbundet och ett rekommenderat intervall är en gång i månaden.
(exempel sidan 9)

1.2 Vilka har rätt att ta del av dokumentationen?

Den sociala dokumentationen ska vara tillgänglig för *personal* som har rätt eller skyldighet att anteckna och/eller ta del av innehållet. Det är oftast den personal som är delaktig i omvårdnaden av den enskilde och som behöver denna information för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Den *enskilde* bör hållas underrättad om innehållet i dokumentationen och har rätt att ta del av innehållet. Om den enskilde anser att något är felaktigt i dokumentationen ska detta antecknas i akten och dateras.

Anhöriga har rätt att ta del av dokumentationen om den anhörige är utsedd till företrädare. Den enskilde kan även ge sitt samtycke till att den anhörige får ta del av information och dokumentation. Detta samtycke ska dokumenteras.

1.3 Hur ska det dokumenteras?

Den sociala dokumentationen ska vara strukturerad på ett enkelt, tydligt och överskådligt sätt för att syftet skall uppnås. Information som söks ska vara lätt att hitta och det ska vara tydligt var olika uppgifter skall dokumenteras vilket innebär att strukturen måste vara känd och förankrad bland personalen. Det förutsätter i sin tur att personalen är införstådd med vikten av och syftet med dokumentationen. Samtliga anteckningar skall vara daterade och föras i kronologisk ordning. Anteckningen skall signeras så att det framgår vem som har gjort den. Rättelser skall göras på ett korrekt sätt, vilket innebär att även rättelsen ska vara daterad och signerad. Den felaktiga anteckningen får inte raderas eller göras oläslig. Samtliga åtgärder som vidtas skall antecknas. De sakförhållanden och bedömningar som legat till grund för åtgärden bör också antecknas.

1.4 Förvaring

Den sociala dokumentationen ska vara tillgänglig för den personal som är skyldig att föra anteckningar och för den som är behörig att ta del av informationen för att kunna utföra sitt arbete. Det innebär att dokumentationen skall förvaras så att den inte är tillgänglig för andra oavsett vilket system som används. Handlingar i pappersform skall förvaras i låsbart skåp som bör vara brandskyddat. Dokumentation i dator ska säkras mot intrång eller skadegörelse. Den sociala dokumentationen ska både föras och förvaras åtskild från den medicinska då lagstiftningen inte medger en sammanslagning. Personalen behöver ha tillgång både till den sociala och till den medicinska informationen för att kunna få en helhetsbild. Av praktiska skäl underlättar det om informationen finns tillgänglig på ett ställe t ex i en pärm eller i dator, men de ska då hållas åtskilda under skilda flikar eller mappar.

1.5 Gallring

Socialtjänstlagens regler om gallring (12 kap SoL) gäller i offentlig verksamhet. För enskild verksamhet gäller att dokumentationen ska bevaras så länge den har betydelse för verksamheten (7 kap 3 § SoL)¹

¹ Se Dokumenthanteringsplan 090817

2 Social dokumentation till vad och varför?

	Den enskilde	Personal	Arbetsledare	Biståndshandläggare
Beslut	Rättssäkerhet	Rättssäkerhet Planerings- underlag	Rättssäkerhet	Rättssäkerhet
Utredning	Rättssäkerhet Delaktighet	Information	Information	Underlag för beslut Rättssäkerhet
Genomförande plan	Delaktighet Inflytande Självbestämmande Rättssäkerhet	Göra lika Planering Arbetsredskap Uppföljning Individuellt bemötande	Verksamhets- Uppföljning Måluppfyllelse	Uppföljning av beslut
Dag- anteckningar	Rättssäkerhet (integritet) Individuellt bemötande Behovsuppfyllelse	Arbetsredskap Uppföljning Kontinuitet Planering Information	Arbetsledning Få information	
Journal anteckning	Rättssäkerhet (integritet) Individuellt bemötande Behovsuppfyllelse	Arbetsredskap Uppföljning Kontinuitet Planering Information	Arbetsledning Få information	Uppföljning av beslut
Inledande samtal	Ge och få information	Ge och få information	Ge och få information	
Levnads- berättelse	Behovsuppfyllelse	Göra rätt Individuellt bemötande	Arbetsledning Få information	Uppföljning av beslut

2.1 Löpande anteckningar exempel

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

Erbjudande av insatser som den enskilde avböjer:

2005-02-17 NN erbjuds idag städning eftersom vi inte städade 15/2. Tackade nej/Stina Andersson Omvårdnadspersonal/kontaktperson

När sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast kontaktas:

2005-02-22 Ringer sjuksköterskan Anna Frisk angående NN:s röda finger(pekfinger vänster hand)/ Stina Andersson vårdbiträde/kontaktperson
2005-02-28 NN låg på golvet när jag kom dit klockan 8.30. Hon hade svårt att prata och hade inte ringt på trygghetslarmet. Ringer sjuksköterskan Anna Frisk som säger att jag ska ringa efter ambulans./Stina Andersson omvårdnadspersonal/kontaktperson

Utförarens kontakter av betydelse med anhöriga eller god man:

2005-02-14 Ringer god man och berättar att NN behöver pengar till frisörbesök
m.m. /Stina Andersson Omvårdnadspersonal/kontaktperson

Uppföljning av genomförandeplanen:

2005-02-26 Uppföljning av genomförandeplanen. Närvarande var dottern Lisa, NN, undertecknad och kontaktperson Stina Andersson/Lena Carlsson, enhetschef.

Det som avviker från uppgjord planering och varför:

2005-02-10 NN hade inte fått hjälp med att stiga upp och tvätta sig idag. Vid förmiddagens besök låg hon fortfarande kvar i sängen. Larmklockan låg för långt bort (vid kläderna) för att NN skulle kunna nå den. NN fick hjälp att stiga upp, tvätta sig och äta frukost klockan 10.30. Larmklockan sattes på armen. Fyllt i avvikelseblankett och lämnat den till Stina Andersson/Anders Bengtsson Omvårdnadspersonal

Besök hos sjukvården exempelvis hos läkare, inläggning på sjukhus:

2005-03-22 NN inlagd på sjukhus, medicinkliniken, misstänkt hjärtinfarkt /Lena Carlsson enhetschef.
2005-04-05 Vårdplanering på sjukhuset. NN har haft en hjärtinfarkt. NN ska komma hem 2005-04-10/Johan Hansson biståndshandläggare.
2005-04-10 NN hem från sjukhus. Ny genomförandeplan från och med idag/ Lena Carlsson, enhetschef.

Den enskildes upplevda situation:

2005-02-15 NN säger att hon fryser om fötterna. Kommer överens om att jag ringer dottern och ber henne köpa varma sockor eller tjocka morgontofflor. Ringer dottern Lisa, hon ska köpa några sockor och tofflor/Stina Andersson Omvårdnadspersonal/kontaktperson
2005-02-15 Idag ville NN diska efter frukosten. Handdiskade lite av varje/Anders Bengtsson Omvårdnadspersonal
2005-02-27 NN berättade att hon var ledsen efter dotterns besök. Ville inte äta någon kvällsmat/Anders Bengtsson Omvårdnadspersonal

Besök som den enskilde får:

2005-02-01 NN berättade att hon haft besök av släktingar från Dalarna/Stina Andersson Omvårdnadspersonal/kontaktperson

Utflykter och besök hos släktingar:

2005-02-05 NN var en av fem boende som åkte och drack eftermiddagskaffe på kaffestugan vid hamnen/Stina Andersson Omvårdnadspersonal/kontaktperson

Klagomål:

2005-03-02 NN klagar på att hon fick bruna bönor som hon inte tål. Ringde köket och de kör ut köttbullar med potatismos. Synpunktsblankett ifyll och lämnad till kostchefen Kristina Fredriksson/Tomas Jönsson omvårdnadspersonal