

 Härnösands kommun	Kvalitetsdokument Socialförvaltningen 	
	D.nr. eller dokumenttyp:	Sid. 1 (6)

Programområde eller övergripande: Äldreomsorgen	Verksamhet:
Framtagen av: Ingrid Fagerström Utbildnings- och kvalitetssamordnare	Beslutad av: Socialnämnden 100218 § 13
Gäller from: 100218	Reviderad:

Social dokumentation

- vägledning för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen i Härnösands kommun

Postadress
SE-871 80 Härnösand

Besöksadress förvaltning
Norra Kyrkogatan 2

Tel vx
0611-34 83 00

Fax
0611-34 82 95

Bankgiro
5576-5218

Organisationsnr
212000-2403

Hemsida
www.harnosand.se

E-post
socialforvaltningen@harnosand.se



Innehållsförteckning

Social dokumentation i offentliga och enskilda verksamheter	3
Syftet med social dokumentation	3
Krav på dokumentationen	3
Generella utgångspunkter	4
Vad ska finnas i personakten och vad ska dokumenteras?	4
Vilka har rätt att ta del av dokumentationen?	5
Hur ska det dokumenteras?	6
Förvaring	6
Gallring	6



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 ska 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 styr kraven på dokumentation.

Dessa 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 kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2 006:11)

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)



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.

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 utformningen 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)

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.

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.

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.

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