



Dokumentation inom SoL, LSS och HSL



 Eda kommun	Styrdokument	
	Dokumenttyp	Riktlinje
	Beslutad av	Kommunstyrelsen 2015-03-10, § 50
	Dokumentansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ALB
	Reviderad	Kommunstyrelsen 2016-02-09, § 41 Kommunstyrelsen 2017-04-03, § 67 Kommunstyrelsen 2019-04-23, § 97

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	4
1.1	Definitioner.....	4
1.1.1	Personakt.....	4
1.1.2	Journalhandling.....	4
1.2	Syfte.....	4
2	Regelverk.....	4
3	Ansvar.....	5
4	Metod.....	8
4.1	Dokumentationsskyldighet.....	8
4.1.1	Socialtjänst och LSS.....	8
4.1.2	Hälsa- och sjukvård.....	8
4.2	Struktur och innehåll.....	8
4.3	Språket.....	8
4.3.1	Tolkning och översättning.....	8
4.4	Sekretess.....	9
4.4.1	Inre sekretess.....	9
4.4.2	Yttre sekretess.....	9
4.5	Samtycke.....	9
4.6	Skyddad identitet.....	9
4.7	Behörighet och loggning.....	10
4.8	Förvaring och hantering.....	10
4.8.1	Förvaring av handlingar där insatsen utförs.....	10
4.8.2	Kopiering av handlingar/lagring i andra media.....	10
4.8.3	Utskrift samt hantering av utskrivna handlingar.....	10
4.8.4	Arkivering.....	11
4.9	Dataavbrott.....	11
4.10	Dokumentationsgranskning.....	11
4.11	Utlämnande av handlingar.....	11

1 Bakgrund

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven.

Dokumentationen är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården och omsorgen. Den utgör ett arbetsverktyg eller informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat vårdtagaren/brukaren/klienten tidigare.

Dokumentationen ger även den enskilde möjligheten att få insyn i och vara delaktig i utformningen av hjälpinsatserna/vården. Den är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

1.1 Definitioner

1.1.1 Personakt

Enligt Socialstyrelsens termbank anges personakt som en ”akt som innehåller handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats inom socialtjänsten”. Handlingarna i en personakt ska hållas ordnade på ett sådant sätt att det enkelt och överskådligt går att följa och granska handläggningen av ett ärende och genomförandet av en insats.

1.1.2 Journalhandling

I Patientdatalagen 1 kap §3 anges följande definition: ”Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.” Enligt patientdatalagen ska en sammanhållen patientjournal eftersträvas oavsett profession. Patientjournalen består av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

1.2 Syfte

Syftet med att dokumentera är att bidra till en god och säker vård.

2 Regelverk

Arkivlagen (SFS 1990:782)

Förvaltningslagen (SFS 2017:900)

Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)

Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400)

Patientdatalagen (SFS 2008:355)

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)

Dataskyddsförordningen (GDPR)

Smittskyddslagen (SFS 2004:168)

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården mm (HSLF-FS 2018:54)

Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården mm (SOSFS 2004:11)

3 Ansvar

Nämnden, d.v.s. den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård, ansvarar för att

- säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner för handläggning och dokumentation enligt SoL, LSS och HSL
- ledningssystemet innehåller en dokumenterad informationssäkerhetspolicy
- utse en eller flera personer som som leder och samordnar informationssäkerhetsarbetet i verksamheten.

Verksamhetschef ansvarar för att

- riktlinjer och rutiner upprättas för handläggning och dokumentation i ärenden som rör den enskilde enligt SoL, LSS och HSL
- rutiner finns för att kunna spåra och identifiera åtgärder som rör den enskilde
- överföring av uppgifter, som rör den enskilde, mellan vårdgivare/enhet/handläggare säkerställs
- säkerställa att behörigheter begränsas till vad som är nödvändigt för att ge insatser av en god kvalitet samt en god och säker vård.

MAS/MAR ansvarar för att

- upprätta rutiner för dokumentation inom hälso- och sjukvården
- journalföringen möter kraven i Patientdatalagen
- i patientsäkerhetsberättelsen beskriva hur arbetet med informationssäkerhet bedrivits under föregående år.

Områdeschef för handläggare ansvarar för att

- upprätta rutin för dokumentation i ärenden som rör den enskilde enligt SoL och LSS och att dokumentationen möter kraven i lagstiftning och föreskrifter
- informera om rutiner för dokumentation respektive handläggning inom SoL och LSS
- fylla i och skicka behörighetsregistrering till systemförvaltaren vid nyanställning, förändring samt avslutad anställning
- säkerställa och följa upp att personalen har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter
- handleda handläggare i den fortlöpande dokumentationen.
- följa upp hur rutinerna följs
- handläggare har den kompetens som krävs avseende dokumentation samt vidta förbättringsåtgärder vid brister i dokumentationen
- följa upp att handläggarnas dokumentation håller hög kvalitet och är lämplig för ändamålet.

Områdeschef för legitimerad personal ansvarar för att

- informera legitimerad personal om gällande rutiner för dokumentation
- fylla i och skicka behörighetsregistrering till systemförvaltaren vid nyanställning, förändring samt avslutad anställning
- säkerställa och följa upp att personalen har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter
- följa upp hur rutinerna följs
- legitimerad personal har den kompetens som krävs avseende dokumentation samt vidta förbättringsåtgärder vid brister i dokumentationen
- följa upp att legitimerad personals dokumentation håller hög kvalitet och är lämplig för ändamålet.

Områdeschef för baspersonal ansvarar för att

- upprätta rutin för dokumentation i ärenden som rör den enskilde enligt SoL och LSS och att dokumentationen möter kraven i lagstiftning och föreskrifter
- informera baspersonal om gällande rutiner för dokumentation
- säkerställa och följa upp att personalen har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter
- följa upp hur rutinerna följs
- personalen har den kompetens som krävs för dokumentationen samt vidta förbättringsåtgärder vid brister i dokumentationen
- se till att det förs social dokumentation i genomförandet för varje enskild samt att genomförandeplan finns
- tydliggöra att dokumentationen är en viktig del i arbetet samt avsätta tid till den
- följa upp att baspersonalens dokumentation håller hög kvalitet och är lämplig för ändamålet
- när den enskildes ärende avslutas ta emot och samla ihop social dokumentation och lämna till arkivering

- **Handläggare ansvarar för att**

- följa gällande riktlinjer och rutiner gällande dokumentation
- utreda och dokumentera den enskildes behov
- inleda journalföringen samt upprätta, förvara och avsluta personakten
- fortlöpande dokumentera handläggningen av ett ärende
- dokumentera hur barnperspektivet har beaktats i ärenden som berör barns behov av insatser av LSS samt i ärenden som gäller vuxna men som berör barn
- i förekommande fall ta del av baspersonalens dokumentation för att på så sätt hålla sig informerad om de enskildas situation och aktuella behov
- dokumentera avvikelser samt vilken/vilka åtgärder som vidtogs och vad som hände sedan/vad resultatet blev
- personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering ex. SITHS-kort inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- rensa, gallra och lämna handlingar till arkivering
- datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst.

- **Legitimerad personal ansvarar för att**

- följa gällande riktlinjer och rutiner gällande dokumentation
- läsa baspersonalens dokumentation för att på så sätt hålla sig informerad om de enskildas situation och aktuella behov
- dokumentera avvikelser samt vilken/vilka åtgärder som vidtogs och vad som hände sedan/vad resultatet blev
- rensa, gallra och lämna handlingar till arkivering
- personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering ex. SITHS-kort inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst.

- **Baspersonal ansvarar för att**

- följa gällande riktlinjer och rutiner gällande dokumentation
- dokumentera iakttagelser och händelser av vikt som berör insatserna, den enskildes behov eller situation
- dokumentera avvikelser gällande insatser samt vilken/vilka åtgärder som vidtogs och vad som hände sedan/vad resultatet blev
- planera och dokumentera genomförandet av insatser tillsammans med den enskilde och/eller dennes närstående
- upprätta, följa upp och revidera genomförandeplanen
- rensa handlingar i den enskildes akt/journal och lämna SoL-dokumentation till berörd chef och HSL-dokumentation till ansvarig sjuksköterska för arkivering
- datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst.

4 Metod

4.1 Dokumentationskyldighet

Inom vård- och stöd hanteras personakter enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) samt journaler enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Handlingar hanteras i pappersform och/eller i elektronisk form genom verksamhetssystemet Procapita. Om enskild person får insatser enligt HSL, LSS och SoL ska handlingarna hållas åtskilda.

4.1.1 Socialtjänst och LSS

Dokumentationskyldigheten gäller alla verksamheter som arbetar utifrån SoL och LSS. Skyldigheten gäller såväl handläggning som vid genomförandet av insatser

Dokumentationen sker enligt rutin för dokumentation inom respektive lagrum.

4.1.2 Hälso- och sjukvård

Enligt Patientdatalagen har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas förutom legitimerade arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor även de som biträder legitimerad personal, det vill säga alla som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift enligt ordination, genom delegering eller instruktion.

Dokumentation sker enligt rutin *Dokumentation HSL*.

4.2 Struktur och innehåll

För att dokumentationen ska fylla sin huvuduppgift krävs att den innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Endast de uppgifter som har betydelse med hänsyn till den enskilde och verksamheten behöver dokumenteras. Dokumentation ska ske så snart som möjligt och bör aldrig dröja mer än två arbetsdagar. Dokumentationen ska göra det möjligt att följa den enskildes ärende.

Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet vilket innebär att dokumentationen ska vara objektiv och saklig.

Utgångspunkten för uppgifterna ska vara av verklig betydelse för saken och inte vara nedsättande eller kränkande.

4.3 Språket

Enligt huvudregeln ska dokumentationen vara skriven på svenska. Språket ska vara lättförståeligt och används förkortningar ska de vara vedertagna. Journalanteckningarna ska så långt som möjligt följa de nationellt fastställda termer och begrepp, klassificeringar och övriga kodverk som finns.

4.3.1 Tolkning och översättning

Om en vårdtagare/brukare/klient inte behärskar svenska språket eller har en funktionsnedsättning avseende hörsel eller tal, bör tolk anlitas. Den enskildes uppfattning bör vara vägledande för bedömningen av behovet av tolk. Enbart om medarbetaren är övertygad om att den enskilde förstår det som kommer fram under t.ex. en utredning kan medarbetaren låta bli att

använda tolk. Bestämmelserna om tolk gäller även översättning av handlingar.

Om samtal med vårdtagare/brukare/klient förs via tolk ska detta antecknas i personakten/journalen. Det ska också framgå om det är en anhörigtolk eller professionell tolk som anlitas.

4.4 Sekretess

I sekretesslagen finns bestämmelser om sekretess till skydd för den enskildes personliga förhållanden. När det gäller sekretessen så finns både inre och yttre sekretess.

4.4.1 Inre sekretess

Inre sekretess innebär att uppgifter endast får läsas av den som är anställd eller betraktas som anställd t.ex. konsult eller inhyrd personal, hos vårdgivaren. Det krävs också att man aktivt deltar i vården av den enskilde eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt uppdrag.

4.4.2 Yttre sekretess

Innan en handling, eller del av handling, skickas till annan ansvarig för socialtjänst, LSS eller HSL ska samtycke inhämtas från den enskilde. Om den enskilde t.ex. flyttar till ett särskilt boende utanför kommunen ska i första hand denne själv ge samtycke till att uppgifter förs över. Om detta inte är möjligt kan god man eller anhörig agera som ställföreträdare. En enskild sekretessbedömning kan också göras av berörd chef, handläggare och/eller ansvarig sjuksköterska. Överföringen av uppgifterna noteras i dokumentationen.

Vid sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvård ska vårdtagaren informeras om vad detta innebär samt att denne kan motsätta sig informationsöverföring genom att spärra uppgifter i journalen.

4.5 Samtycke

Den legitimerade personalen/handläggaren/baspersonalen ska informera vårdtagaren/brukaren/klienten om sekretessskyddet och fråga om han/hon ger sitt samtycke till att lämna upplysningar till anhöriga, annan vårdgivare och/eller till andra verksamhetsgrenar inom Eda kommun.

Vårdtagaren/brukaren/klienten meddelar på så sätt att uppgifter som behöver kommuniceras lämnas ut och till vem som informationen kan lämnas. Svaret ska dokumenteras under Samtycke i journalen/personakten. Ett samtycke kan återkallas när som helst av den person som gett det.

4.6 Skyddad identitet

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är vanligtvis offentliga men under vissa omständigheter kan en vårdtagare/brukare/klient ha skyddad identitet. Detta gäller exempelvis i en del fall när det finns en hotbild mot den enskilde. När en medarbetare får kännedom om att en enskild har skyddad identitet ska han/hon vända sig omgående till sin närmaste chef. Chefen kontaktar därefter eventuellt andra berörda chefer och cheferna ansvarar för att medarbetarna informeras om rutin gällande *Skyddad identitet*.

4.7 Behörighet och loggning

Lagstiftningen ställer krav på att det finns utarbetade behörighetssystem som förhindrar onödig elektronisk åtkomst, se rutin för *Tilldelning av behörighet i hälso- och sjukvårdsjournal* och *Tilldelning av behörighet i personakt inom SoL och LSS* samt mall för *Behovs- och riskanalys behörighet i HSL* och *Behovs- och riskanalys behörighet i SoL och LSS*.

Lagstiftning kräver också att åtkomst till uppgifter om vårdtagaren/brukaren/klienten som dokumenterats elektroniskt ska kunna kontrolleras så att ingen obehörig åtkomst förekommit. Kontroll inom respektive lagrum sker kontinuerligt under året enligt loggningsrutiner inom respektive lagrum. Urval av användare som loggas sker slumpmässigt och varje användare loggas minst en gång var 12-18 månad. Kontroll av loggningsuppgifter kan också ske på förekommen anledning eller vid fördjupad granskning. Ansvarig för att loggning sker på respektive enhet är närmaste chef, se rutin *Loggkontroll i verksamhetssystem inom Vård och stöd*.

4.8 Förvaring och hantering

Varje enhet ansvarar för att handlingar, oavsett informationsbärare (pappersform eller elektronisk form) och lagrum (SoL, LSS eller HSL) förvaras på ett tryggt och säkert sätt samt är lätta att återsöka/hitta vid behov. Personakter/journaler ska förvaras så att de är läsbara fram till dess att de får gallras. De ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. De ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. När de inte används ska de förvaras i ett låsbart skåp på personalens expedition/kontor. När de används ska ingen obehörig kunna komma åt att läsa dem under tiden de ligger framme eller finns synliga i datorn.

4.8.1 Förvaring av handlingar där insatsen utförs

Det finns några få undantag från ovan angivna regel om förvaring av handlingar. Det gäller om handlingar som måste förvaras hemma hos vårdtagaren/brukaren/klienten. Förvaringen hemma hos vårdtagaren/brukaren/klienten ska egentligen ske utan åtkomst för obehöriga och den ska begränsas i tid, vilket innebär att när en handling är inaktuell ska den förflyttas till patientjournalen eller personakten.

Den enskilde måste ge sitt medgivande till att handlingar som omfattas av sekretess förvaras hemma hos denne, se rutin *Social dokumentation för baspersonal*.

4.8.2 Kopiering av handlingar/lagring i andra media

Kopiering av journal/personakt eller delar av journal/personakt från verksamhetssystemet till annan form av dokument är inte tillåtet oavsett om det sker i pappersform eller via lagring i andra media t.ex. på USB-minne. Kopiering av journalhandlingar/personakter för den anställdes eget bruk är **aldrig** tillåten.

4.8.3 Utskrift samt hantering av utskrivna handlingar

Angående utskrift av journal så sker detta enligt rutinen för dokumentation inom respektive lagrum.

4.8.4 Arkivering

Hantering och arkivering av journaler/personakter vid avslutat ärende finns beskrivet i rutinen *Hantering av dokumentation enligt Socialtjänstlagen, Lagen för stöd och service för vissa funktionshindrade samt Hälso- och sjukvårdslagen i samband med avslutat ärende samt rapportering av avliden*.

4.9 Dataavbrott

Vid dataavbrott ska den enskildes rätt till en god och säker vård och omsorg säkerställas. Dataavbrott kan vara både planerade och oplanerade. Samma rutin används men vid planerade dataavbrott ska även information som berörd personal bedömer som nödvändig att ha till hands under dataavbrottet skrivas ut i förväg enligt rutin för dataavbrott inom respektive lagrum.

4.10 Dokumentationsgranskning

Uppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet i personakt/journal ska granskas. Detta görs på olika sätt men utgångspunkten är att kontrollera om dokumentationen stämmer överens med gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd.

Granskningen sker enligt rutin för dokumentationsgranskning inom respektive lagrum.

4.11 Utlämnande av handlingar

Begäran om utlämnande av personakt/journal kan ske muntligt eller skriftlig. Utlämnande av handlingar följer offentlighets- och sekretesslagen och tryckfrihetsförordningen.

Berörd chef bedömer om den enskilde har rätt att ta del av sin personakt inom socialtjänst eller LSS. Vårdtagaren/brukaren/klienten har rätt att ta del av sin patientjournal efter bedömning av ansvarig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Ställningstagande, resultat av bedömningen skall dokumenteras i den enskildes personakt/journal. Vid tveksamma fall kontaktas verksamhetschef gällande personakter inom socialtjänst eller LSS. MAS kontaktas gällande patientjournaler.

Finns inga hinder för utlämnande av personakten/journalen gäller att den enskilde skyndsamt ska få ta del av handlingarna. Den som lämnar ut personakt/journal ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna. Skickas kopior med post ska brevet rekommenderas. Kommunen har rätt att i vissa fall ta betalt för utlämnade kopior.

Om bedömning görs att handlingar inte kan lämnas ut ska ärendet lämnas vidare till verksamhetschefen. Är avslaget om utlämning korrekt bedömt ska verksamhetschefen ge den som begärt ut uppgifterna ett skriftligt avslagsbeslut med motivering till avslaget samt en hänvisning till var han/hon kan överklaga beslutet.

Vid begäran om utlämnande av personakt/journal till annan person t.ex. anhörig, sker detta alltid efter menprövning av verksamhetschef inom vård och stöd. Även om den enskilde har lämnat sitt samtycke ska en menprövning göras.

Om man lämnar ut kopia på journalen/personakten till annan vårdgivare eller myndighet skall det antecknas i originaljournalen att kopia är utlämnad, när, av och till vem.