Social dokumentation för utförare

- Riktlinje

Typ av styrdokument: Riktlinje
Beslutande instans: SAS
Datum för beslut: 2025-10-01
Giltighetstid: Tillsvidare
Diarienummer: 2025.239 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningens utförarverksamheter, samt externa utförare
Senast reviderad: 2025-10-01
Revideras senast: Vid behov
Dokumentansvarig: Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Innehåll

Social dokumentation för utförare **4**
Revidering denna version 4
Bakgrund 4
Riktlinjens syfte 4
Personalkategori 4

Begreppsförklaring **5**

1. Allmänt om social dokumentation **6**
1.1. Dokumentationsskyldighet 6
1.2. Syfte med dokumentation 6
1.3. Omfattning, språkbruk och etiska aspekter 7
1.4. Verksamhetssystem 7
1.5. Personakt 8
1.6. Förvaring av dokumentation 8
1.7. Loggkontroller 8
1.8. Den enskildes rätt till insyn 8
1.9. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 8
1.10. Dokumentationsgranskning 9

2. Ansvarsfördelning **10**

3. Dokumentation i utförandet **11**
3.1. Dokumentation enligt IBIC 11

4. Genomförandeplan **12**
4.1. Innehåll i genomförandeplanen 12
4.2. Upprätta ny genomförandeplan 13
4.3. Följa upp/revidera genomförandeplan 14

5. Journalanteckningar **15**
5.1. Dokumentation utifrån sökord 16

6. Uppföljning **17**
6.1. Måluppföljning 18
6.2. Kvalitetsuppföljning 19

7. HSL-dokumentation **19**

8. Övrig dokumentation **21**
8.1. Avvikelser, synpunkter och klagomål 21
8.2. Samtycken 21
8.3. Handlingsplaner 22
8.4. Rutinbeskrivningar 22
8.5. Individuell plan 23
8.6. Inkomna handlingar 23
8.7. Slutanteckning 24

9. Avdelningsspecifik dokumentation **25**
9.1. Avdelningen för Särskilt boende 25
9.2. Avdelningen för Hemtjänst 27
9.3. Avdelningen för Boende och Arbete 27
9.4. Avdelningen för Personlig assistans och stöd 28

Referenser och relaterade dokument **29**

Social dokumentation för utförare

Revidering denna version

Inför denna revidering av riktlinjen har en del strukturella förändringar genomförts. Riktlinjen har bland annat har bytt namn, från ”*Social dokumentation i genomförandet*” till ”*Social dokumentation för utförare*”.

En omarbetning av disposition och kapitel har skett på så sätt att tidigare version var uppbyggd utifrån avdelning, till skillnad från denna version som istället utgår från de centrala delarna av social dokumentation som är gemensamma för samtliga verksamheter. Avdelningsspecifik dokumentation tydliggörs numera i ett eget avsnitt.

Övriga förändringar i denna version;
- förtydligat och utvecklat avsnittet ”Allmänt om social dokumentation” och lagt till information om bl.a. dokumentationsskyldigheten, förvaring, loggkontroller, dokumentationsgranskning samt lagen kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.
- tillägg gällande dokumentation enligt Individens behov i centrum (IBIC)
- nytt avsnitt om ”Övrig dokumentation”, som berör bland annat avvikelser, samtycken, handlingsplaner och slutanteckning.

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (4 kap, 4§).

Riktlinjens syfte

För att verksamheten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet med den enskilde bedrivs på rätt sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredsställande sätt.

Syftet med denna riktlinje är att ge vägledning och stöd till personal inom vård- och omsorgsförvaltningens utförarverksamheter i arbetet med social dokumentation. Vidare syftar detta dokument till att skapa förutsättningar för personal att säkerställa att den sociala dokumentationen upprättas med god kvalitet. Riktlinjen ska ge tydlighet och skapa samsyn kring vilka delar som ingår i social dokumentation, samt på vilket sätt denna upprättas.

Personalkategori

Riktlinjen är främst riktad till personal i verksamheter som utför insatser enligt Socialtjänstlagen (2025:400), SoL, och Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Riktlinjen gäller medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen samt externa utförare.

Begreppsförklaring

Begrepp/förkortning	Förklaring/innebörd
SoL	Socialtjänstlagen
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
IBIC	Individens behov i centrum
ICF	Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
SAS	Socialt ansvarig samordnare
MAS	Medicinskt ansvarig samordnare
GFP	Genomförandeplan
BmSS	Bostad med särskild service (LSS)
DV	Daglig verksamhet (LSS)

Tabell 1: Begreppsförklaring

1. Allmänt om social dokumentation

1.1. Dokumentationsskyldighet

I alla verksamheter som regleras av Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns en skyldighet att dokumentera det man gör.

”*Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av insatser ska dokumenteras, om inte annat följer av 4 eller 5 §. (14 kap. 3§ SoL).*

”*Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser enligt denna lag skall dokumenteras* (21 a§ LSS)”.

Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Dokumentationsskyldigheten framgår även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation av verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVM, LVU och LSS (SOSFS 2014:5). Skyldigheten att dokumentera omfattar alla individuellt behovsprövade insatser enligt SoL och LSS.

Dokumentationsskyldigheten innebär att vi som verksamhet inte får låta bli att dokumentera under någon längre tid. Det ska alltid vara möjligt att följa vad som händer i ett ärende.

1.2. Syfte med dokumentation

För att verksamheten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt.

Att insatser som ges med stöd av SoL och LSS dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om det leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde och för verksamheten. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose flera syften, bland annat;

- Den enskildes rättssäkerhet
- Arbetsredskap för personalen
- Den enskildes inflytande
- Insyn och tillsyn
- Uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring

1.3. Omfattning, språkbruk och etiska aspekter

Tillräckligt
Informationen ska ge nödvändig information om den enskildes situation, aktuella och planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat och kommer att påverka den enskilde. Ny personal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter med ledning av de uppgifter som tidigare har dokumenterats i genomförandeplaner och journalanteckningar.

Väsentligt
Informationen ska inte vara onödigt detaljerad, utan endast innehålla uppgifter som har betydelse för stödet du ger. Dokumentationen ska kunna utvisa hur brukarens situation utvecklas och vad som avviker från det som planerats.

Korrekt
Informationen skall vara saklig. Det ska tydligt framgå varifrån en uppgift kommer – till exempel från den enskilde själv, anhöriga, god man, personal, etc. Om du fått information från någon annan behöver du skriva vem som lämnat informationen. Anteckningarna ska vara daterade (år, månad, dag) och det ska framgå vem som skrivit dem (namn, befattning eller titel). Behöver du korrigera eller lägga till information till redan skriven anteckning ska man kunna se den förändring som gjorts.

Tydligt
Dokumentationen ska presenteras på ett tydligt och välstrukturerat sätt. Den ska skrivas på ett sådant sätt att den enskilde, eller företrädare, kan ta del av den. Språket som används bör vara enkelt och, så långt det går, fritt från krångliga formuleringar. Undvik formellt, teoretiskt språk och fackuttryck. Undvik även förkortningar, om de ej är allmänt vedertagna.

Objektivt
Av dokumentationen ska framgå vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar. Var sparsam med egna bedömningar och beskriv istället det som faktiskt har hänt. Det är också viktigt att notera vem som gjort en eventuell bedömning – om det är den enskilde själv, anhöriga eller personal. Om behov av värderade omdömen föreligger ska de vila på fakta och ha verklig betydelse för situationen

Respektfullt
All dokumentation ska ske utifrån den enskildes rätt till integritet och får inte innehålla ovidkommande omdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär. Uttryck dig värdigt och undvik värdeladdade ord och omdömen. Det som dokumenteras ska kunna läsas av de berörda.

1.4. Verksamhetssystem

Dokumentationen förs i ett gemensamt verksamhetssystem. Externa utförare av hemtjänst och särskilt boende dokumenterar i kommunens verksamhetssystem.

All tillsvidareanställd personal som arbetar inom vård- och omsorgsförvaltningen och har en omsorgsrelation till enskilda brukare ska ha behörighet att dokumentera i verksamhetssystemet. Denna ges efter genomförd introduktion och utbildning.

1.5. Personakt

Som personal dokumenterar du i den enskildes digitala personakt i verksamhetssystemet. Originalhandlingar som berör den enskilde ska förvaras i personakten, t.ex. brev, ADL-bedömningar, läkarintyg, mm. Personakten förvaras på myndighetsavdelningen. För övrig information kring handlingar som berör den enskilde, se aktuell dokumenthanteringsplan. Externa utförare äger sin dokumentation och förvarar den enligt gällande krav.

1.6. Förvaring av dokumentation

Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Detta regleras i 14 kap 7 § SoL samt 21 a§ 2 st, LSS.

Dokumentationen ska förvaras i den verksamhet som ansvarar för genomförandet av insatsen och således inte hos brukaren, med undantag för genomförandeplan. Den ska också förvaras så att den inte förstörs av exempelvis skadegörelse, brand, stöld och vatten.

Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör brukaren förvaras på betryggande sätt i ett brandsäkert skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.

1.7. Loggkontroller

Verksamheten ska regelbundet göra loggkontroller i syfte att säkerställa att bestämmelserna om sekretess efterlevs och att ingen otillbörlig användning av informationen i verksamhetssystemet sker.

I vård- och omsorgsförvaltningen genomförs loggningen av systemförvaltare och detta sker månadsvis. Rutin finns kring loggning av journalsystemet.

1.8. Den enskildes rätt till insyn

Den enskilde brukaren har rätt till insyn i sin dokumentation och får ta del av dokumentationen när detta efterfrågas. Den enskilde kan också uppge i ett samtycke huruvida anhöriga eller andra personer får ta del av den sociala dokumentationen. Om samtycke saknas gäller sekretess för anhöriga och andra närstående.

Vid en begäran om utlämnande av handling kontaktas alltid ansvarig socialsekreterare, som ansvarar för att ta fram och sekretessbedöma den utbegärda dokumentationen (så kallad menprövning).

1.9. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Från och med den 1 januari 2023 är det möjligt för vård- och omsorgsgivare att dela information med varandra genom åtkomst till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation med stöd av Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och

omsorgsdokumentation. Det är frivilligt för vårdgivare och omsorgsgivare att ansluta sig till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vård- och omsorgsnämnden har beslutat att införa sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation från och med 2023-12-01.

Syftet med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att den enskilde ska kunna få en god och säker vård och omsorg. För att vi ska kunna tillämpa ovanstående krävs ett samtycke eller ett tyst samtycke från den enskilde eller dennes vårdnadshavare.

En upprättad rutin kring hur respektive yrkesgrupp/funktion ska hantera sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns här.

1.10. Dokumentationsgranskning

Kollegial dokumentationsgranskning infördes i vård- och omsorgsförvaltningen under 2022.

Syftet med kollegial dokumentationsgranskning är att verksamheterna med systematik ska identifiera förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Med en kontinuitet i journalgranskningen är förhoppningen att verksamheterna lyckas höja kvaliteten i dokumentationen genom att man;

- identifierar förbättringsområden och genomför åtgärder i verksamheten
- får en lärandeprocess genom den kollegiala granskningen, samt
- identifierar goda exempel och sprider dem i verksamheten.

Granskningen genomförs en gång per år, under våren, under den tidsperiod som socialt ansvarig samordnare (SAS) anger. Verksamheten arbetar under resterande året med resultatet från granskningen samt de åtgärder som planerats i handlingsplanen. Under hösten återrapporteras en uppföljning av handlingsplanen.

SAS genomför under hösten en egen dokumentationsgranskning. SAS kan även komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

För mer information, se ”*Rutin för dokumentationsgranskning - egenkontroll genom social dokumentation och ärendegranskning*”.

2. Ansvarsfördelning

Socialt ansvarig samordnare, SAS

- Ansvarar för att de övergripande förutsättningarna finns i form av att utfärda och revidera riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning och rådande föreskrifter.
- Ansvarig för rutin och samordning kring årligen återkommande kollegial dokumentationsgranskning.
- Ha en rådgörande funktion avseende dokumentationen och kvaliteten av den.

Avdelningschef

- Övergripande ansvar för att riktlinjen implementeras på varje enhet.
- Övergripande ansvar för att dokumentationen följs upp på enhetsnivå.
- Kontinuerligt hålla sig uppdaterad och säkerställa att verksamheten följer sitt dokumentationsansvar, genom att hålla sig förtrogen med kontinuerliga granskningsrapporter och årliga sammanställningar.
- Ansvarar för att ge de förutsättningar som behövs för god dokumentation; att enheterna har resurser och tillgängliga redskap för att dokumentera.

Enhetschef

- Ansvarar för att de lokala förutsättningarna finns för personal att dokumentera.
- Ansvar för att säkerställa att personal får den utbildning och det stöd som behövs och att föreskrifternas krav på dokumentation samt förvaltningsövergripande anvisningar och rutiner är väl kända för berörda medarbetare
- Ansvarar för att den enskilde har en genomförandeplan samt att avge den till myndighet.
- Ansvar för att upprättade genomförandeplaner håller en god kvalitet.
- Ansvarar för redovisning och analys av årligen återkommande dokumentationsgranskning.
- Ansvarar för att upprätta handlingsplan samt att förbättringsåtgärder vidtas vid brister i dokumentationen.

Metodutvecklare / specialistundersköterska

- Ansvar för att aktuell riktlinje kring social dokumentation görs känd i verksamheten.
- Kvalitetssäkra att verksamhetens dokumentation sker enligt gällande lagstiftning samt upprätthålla de rutiner som finns kring social dokumentation.
- Övergripande ansvar att upprätta och följa upp genomförandeplaner i samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare.
- Kontinuerligt stödja kollegor i social dokumentation enligt riktlinjen och i användning av verksamhetssystemet.
- Förmedla nyheter inom området till verksamheten.

Stödpedagog

- Kontinuerligt stödja kollegor i social dokumentation enligt riktlinjen och i användning av verksamhetssystemet.
- Följa upp och kontrollera att dokumentationen sker enligt gällande riktlinjer

Stödperson/kontaktperson/fast omsorgskontakt

- Planera för genomförandet av insatserna och upprätta genomförandeplan tillsammans med den enskilde.
- Genomföra mål- och kvalitetsuppföljningar.
- Följa upp och revidera genomförandeplanen.

Vård- och omsorgspersonal

- Ansvar för att fortlöpande dokumentera hur arbetet med genomförandet av beviljade insatser går.
- Ansvar för att läsa/ta del av dokumentationen och hålla sig informerad om de enskildas behov och situation.
- Ansvar för att delta i årligt återkommande kollegial dokumentationsgranskning.

3. Dokumentation i utförandet

Som utförare på vård- och omsorgsförvaltningen är du med och upprättar flera olika delar i den sociala dokumentationen kring den enskilde. Nedan listas de delar som man som medarbetare behöver känna till, med en hänvisning till avsnitt för fortsatt information.

Typ av dokumentation	Avsnitt
Genomförandeplan	4
Journalanteckningar	5
Uppföljning	6
HSL-dokumentation	7
Avvikelser, synpunkter och klagomål	8.1
Samtycken	8.2
Handlingsplaner	8.3
Rutinbeskrivningar	8.4
Slutanteckning	8.7

Tabell 2: Översikt av dokumentationens olika delar

3.1. Dokumentation enligt IBIC

Individens behov i centrum (IBIC) är ett arbetssätt som ger stöd för utförare när de ska beskriva och dokumentera uppgifter om individens resurser, behov, mål och resultat. För att dokumentera dessa uppgifter används Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF.

IBIC syftar nationellt till att utveckla ett gemensamt språk samt en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation som utgår från en enhetlig och entydig terminologi. När alla som arbetar kring individen använder sig av ett gemensamt språk blir uppgifterna mer enhetliga vilket gör det lättare för individen att få rätt stöd.

Arbetssättet har en systematik som innebär att det finns ett gemensamt sätt att dokumentera och att följa upp de insatser den enskilde blivit beviljad. Den gemensamma beskrivningen av individens resurser, behov och mål skapar även förutsättningar för en mer sammanhållen planering och genomförande av beslutade insatser.

IBIC som arbetssätt infördes i vård- och omsorgsförvaltningen i samband med driftstart av vårt nya verksamhetssystem, 2023-12.01.

4. Genomförandeplan

Genomförandeplanen är den del av den enskildes personakt där det beskrivs hur en beviljad insats ska omsättas i praktisk handling. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5) beskrivs särskilda bestämmelser om dokumentation hos utföraren (6 kap). Följande beskrivs om genomförandeplaner;

”*Hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Planen bör upprättas med utgångspunkt från den beslutande nämndens uppdrag till utföraren*” (6 kap 2§).

Den enskilde ska utifrån sina förutsättningar erbjudas att vara delaktig i upprättandet och ges möjlighet att framföra sina önskemål och synpunkter.

Genomförandeplanen bör användas som utgångspunkt för fortlöpande anteckningar i journalen. Genomförandeplanen bör också användas som underlag för uppföljning av insatsen.

4.1. Innehåll i genomförandeplanen

Genomförandeplanen tydliggör för den enskilde och för personal hur och när insatserna ska utföras. Genomförandeplanen är också ett arbetsredskap för personal i det dagliga arbetet där det tydligt framgår *vad* som ska utföras, *hur* det ska utföras, *vem* som ska göra vad, *när* det ska utföras samt vilka mål den enskilde har.

Allmänna råd kring vad GFP bör innehålla, enligt 6 kap 2§, SOSFS 2014:5:

- vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut,
- om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren,
- vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet,
- vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet,
- när och hur olika aktiviteter ska genomföras,
- hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården, skolan eller Arbetsförmedlingen,
- när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp,
- om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål,
- vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen,
- när planen har fastställts, och
- när och hur planen ska följas upp

Hur detaljerad informationen i genomförandeplanen bör vara beror bland annat på hur viktigt det är för den enskilde hur insatsen genomförs. Ju mindre den enskilde själv kan uttrycka sina behov och önskemål, desto viktigare är det att denna beskrivning blir utförlig. För att avgöra hur omfattande dokumentationen behöver vara är utgångspunkten att nya medarbetare ska kunna utföra sina arbetsuppgifter med ledning av det som tidigare har dokumenterats.

4.2. Upprätta ny genomförandeplan

En ny genomförandeplan upprättas alltid vid ett nytt beslut eller en ny insats och så snart verksamheten tagit emot ett uppdrag från myndighet. Det ska ske senast *två veckor* efter att insatsen påbörjats.

Om det sker ett byte av utförare av insats ska pågående genomförandeplan avslutas och ny genomförandeplan ska upprättas av den nya utföraren.

Om den enskilde ej önskar delta i upprättandet av genomförandeplanen ska detta dokumenteras, samt orsak. Detta görs under ”Planens framtagande” i verksamhetssystemets genomförandeplan. En genomförandeplan upprättas ändå, som ett arbetsverktyg för personalen.

Första gången en genomförandeplan upprättas är det inte alltid utföraren känner till alla behov samtidigt som den enskilde kan ha svårt att själv identifiera och klargöra dessa förrän insatsen har pågått en tid. Vid dessa tillfällen kan en mindre omfattande genomförandeplan upprättas för att senare revideras till en mer utförlig genomförandeplan. Revideringen ska då ske så snart som möjligt.

I tabellen nedan redogörs för vem som upprättar samt avger genomförandeplanen utifrån respektive verksamhet, samt när planen ska upprättas.

Avdelning/ verksamhet	*Vem skriver GFP?*	*Vem avger GFP?*	*Hur snabbt ska GFP upprättas vid nya beslut?*	*Hur ofta revideras/görs ny GFP?*
Hemtjänst	Fast omsorgskontakt	EC / spec.uska	14 dagar	Årligen
Trygghetslarm	Fast omsorgskontakt	EC / spec.uska	14 dagar	Årligen
Särskilt boende	Kontaktperson	EC / spec.uska	14 dagar	Årligen
Korttidsvistelse Växelvård	Omvårdnadspersonal	Spec.uska i samråd med EC	Snarast, senast inom 3 dagar*	Vid nytt beslut/uppdrag*
Boende & Arbete	Stödperson	Metodutvecklare	14 dagar	Årligen
Personlig assistans och stöd	Personlig assistent Stödpedagog med stöd av met.utv	EC	14 dagar	Årligen
Kontaktperson Stödfamiljer, LSS	Kontaktsekreterare (myndighet)	Kontaktsekreterare (myndighet)	14 dagar	Årligen
Boendestöd	Boendestödjare Metodutvecklare	EC	14 dagar	Vid nytt beslut

Tabell 3: Översikt ansvar och tidsangivelser, genomförandeplaner

* *När det gäller korttidsvistelse enligt SoL, så hålls genomförandeplanen öppen och uppdateras allt eftersom under den enskildes vistelse. Den avges till myndighet senast dagen innan myndighets uppföljning av beslutet, eller när uppdraget avslutats.*

För mer information om hur du upprättar en genomförandeplan, se stöddokumentet ”*Genomförandeplan – stödmaterial vid upprättandet*”.

Underskrift av genomförandeplan

Det finns inga formella krav på att den enskilde ska underteckna genomförandeplanen. Viktigt är dock att beskriva hur den enskilde varit delaktig och/eller haft inflytande i samband med upprättandet av sin genomförandeplan. Delaktighet och inflytande behöver inte vara detsamma som att den enskilde varit fysiskt närvarande när planen upprättades, inte heller är delaktighet liktydigt med att den enskilde skriver under planen.

Om den enskilde är nöjd med sitt inflytande över planeringen och vad som skrivs i planen finns det dock inget som hindrar att hon eller han skriver under planen med sin namnteckning.

4.3. Följa upp/revidera genomförandeplan

Genomförandeplanen bör revideras vid behov dock minst en gång per år eller då den enskilde får ett nytt beslut (se tabell 3 på föregående sida). Observera att behov av tätare uppföljning kan föreligga, beroende på hur situationen utvecklas och förändras för den enskilde.

Då genomförandeplanen ska vara aktuell och motsvara den enskildes behov av stöd så ska genomförandeplanen revideras om det sker förändringar i den enskildes behov och önskemål om när och hur hjälpen och stödet ska ges, även om det inte gått ett år sedan den senast upprättades. För mer information, se ”*Rutin för uppföljning – utförare*”. (länk ska läggas till när denna är klar).

5. Journalanteckningar

Tillsammans med genomförandeplanen är den sociala journalen grunden för dokumentationen kring utförandet av den enskildes beviljade insatser. Syftet med dokumentationen i social journal är att kunna följa utvecklingen av den enskildes situation samt hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går.

”Beslut och åtgärder i ärendet ska dokumenteras. Även faktiska omständigheter och händelser av betydelse ska dokumenteras” (14 kap. 3§ SoL).

”*Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse*” (21 a § LSS).

Enligt 4 kap 9 §, SOSFS 2014:5 framgår det att ”*åtgärder som vidtas vid handläggning av ett ärende eller vid genomförande eller uppföljning av en insats ska fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål dokumenteras i journalen*”.

Av den sociala journalen ska det framgå:

- När insatsen eller olika delar av insatsen påbörjats
- När genomförandeplanen upprättats, följts upp eller reviderats
- På vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen
- Händelser av betydelse för det stödet vi ger, händelser av vikt för den enskilde
- Åtgärder som vidtagits
- Kontakter och samtal som gett information
- Om det har inträffat omständigheter eller händelser som medfört att insatsen helt eller delvis inte har kunnat genomföras som planerat (avvikelser från genomförandeplanen)
- Förändringar i den enskildes behov, ändrade beslut eller rutiner
- Hur situationen utvecklar sig och vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen
- Om den enskilde framfört klagomål mot genomförandet av insatsen samt vilka åtgärder som vidtagits
- Inkomna handlingar (t.ex. från andra myndigheter) samt handlingar som upprättats av utföraren under genomförandet (t.ex. handlingsplaner).
- Den enskildes upplevelser
- När en insats har avslutats och av vilka skäl (se avsnitt 8.5 – Slutanteckning)

5.1. Dokumentation utifrån sökord

Vid dokumentation enligt IBIC beskrivs den enskildes behov av stöd och hjälp och egna förmågor under en eller flera olika rubriker som kallas ”livsområden” och ”relaterade faktorer”. Löpande journalanteckningar kategoriseras alltså utifrån vilket eller vilka livsområden/relaterade faktorer det handlar om.

Övrig dokumentation, som inte är direkt kopplade till livsområden eller relaterade faktorer, förs under s.k. generella sökord.

Livsområden	*Relaterade faktorer*	*Generella sökord*
Lärande och tillämpa kunskap	Kroppsfunktioner	Avvikelser från genomförandeplan
Allmänna uppgifter och krav	Kroppsstrukturer	Händelse av vikt
Kommunikation	Omgivningsfaktorer	Kontakter/samverkan
Förflyttning	Personfaktorer	Mötesanteckningar
Personlig vård	Hälsotillstånd	Inkomna/upprättade handlingar
Hemliv		Avvikelse ID-nr
Mellanmänskliga interaktioner och relationer		Journalgranskning
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv		Uppföljning
Utbildning, arbete, sysselsättning och ekonomiskt liv		
Känsla av otrygghet		
Personligt stöd från person som vårdar eller stödjer en närstående		

Tabell 4: Översikt sökord för dokumentation av journalanteckningar

Rättelse/tillägg i social journal

Dokumenterade uppgifter i den sociala journalen får inte raderas eller göras oläsliga. En rättelse ska alltid göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den, vilket sker automatiskt i verksamhetssystemet när anteckningen signeras.

Om den enskilde brukaren upplever att det finns anteckningar som är felaktiga ska detta dokumenteras. Det felaktiga ska inte tas bort utan kompletteras med ett tillägg.

6. Uppföljning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5), beskrivs särskilda bestämmelser om dokumentation hos utföraren (6 kap). Där framgår bland annat följande kring uppföljning;

4§ Följa upp insatser

- Åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt den beslutande nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras.
- Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som har gjorts tillsammans med den enskilde.
- Av dokumentationen ska det också framgå om den enskilde har framfört några klagomål till utföraren på genomförandet av insatsen liksom vilka åtgärder som i så fall har vidtagits av denne.

4§ Följa upp insatser, forts

Allmänna råd:
Av dokumentationen bör det framgå;

- när och på vilket sätt utföraren har följt upp insatsen,
- om utföraren har använt standardiserade bedömningsmetoder som en del i uppföljningen och i så fall vilken eller vilka
- hur den enskilde uppfattar genomförandet av insatsen i förhållande till sina behov och önskemål,
- utförarens bedömning av den enskildes situation,
- om några behov av åtgärder har identifierats genom uppföljningen, och
- vilka uppgifter som efter en prövning enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), 15 kap. 1 § SoL eller 29 § LSS har återförts till den beslutande nämnden vid uppföljningen.

Uppföljningen dokumenteras under avsett processteg i verksamhetssystemet. Om det är stora förändringar görs en revidering av genomförandeplanen i samband med uppföljningen.

Hur ofta en uppföljning ska göras, samt vem som genomför dem kan se olika ut, beroende på vilken verksamhet du arbetar i (se nedan tabell 5).

För mer information samt instruktioner och steg-för-steg-anvisningar kring upprättandet av uppföljningar, se ”*Rutin för uppföljningar – utförare*”. (länk ska läggas till när denna är klar).

6.1. Måluppföljning

I måluppföljningen görs en uppföljning av målen i genomförandeplanen, det vill säga de avsedda funktionstillstånden, som handläggaren på myndighet har angett, samt de delmål som satts upp tillsammans med den enskilde. Personal gör en uppskattning av nuvarande funktionstillstånd i förhållande till avsett funktionstillstånd, samt fyller i föreslagna åtgärder utifrån resultatet i uppföljningen.

När måluppföljningen är klar, avges den till myndighet (på samma sätt som genomförandeplaner). Det är samma funktion/roll som avger genomförandeplaner som också avger måluppföljningar.

Avdelning verksamhet	*Hur ofta?**	*Vem genomför uppföljningen?*	*Kommentar*
Hemtjänst (inkl. Dagverksamhet)	Var 3:e månad	Fast omsorgskontakt	
Särskilt boende	Var 3:e månad	Kontaktperson	
Korttid SoL	Ej aktuellt	Personal tillsammans med myndighet	Uppföljning görs i samband med utvärdering korttid
Växelvård	Ej aktuellt	All personal	Hela GFP ses över inför varje ny vistelse och kompletteras vid behov.
Boende och Arbete - BmSS, DV	Var 3:e månad	Stödperson	Erbjuda brukaren att delta två ggr/år
Personlig assistans	Var 6:e månad	Assistenter	
Korttidsvistelse / Korttidstillsyn	Var 6:e månad	Mentor Kontaktsekreterare	Exkl. stödfamilj, där uppföljning görs i form av uppf.anteckning
Ledsagarservice / Avlösarservice	Var 6:e månad	Stödassistent	
Kontaktpersoner	Ej aktuellt	Kontaktsekreterare	Uppföljning görs i form av kvartalsrapport var tredje månad + uppföljningsanteckning
Boendestöd	Var 3:e månad	Boendestödjare	

Tabell 5: Ansvarsfördelning och tidsangivelser för måluppföljning

* Observera att behov av tätare uppföljning kan föreligga, beroende på hur situationen utvecklas och förändras för den enskilde.

6.2. Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljningen ingår i vägledningen för IBIC, och ger möjlighet att följa upp hur brukaren upplever insatserna. Att ställa frågor till brukarna om deras upplevelser och erfarenheter är ytterligare ett sätt att systematiskt fånga aspekter av kvalitet och resultat i verksamheten.

Den enskilde erbjuds att delta i kvalitetsuppföljning *en gång per år*, förslagsvis i samband med årlig revidering/uppföljning av genomförandeplanen.

Kvalitetsuppföljningen har två syften:

- Det blir en individbaserad systematisk uppföljning. Dokumentet sparas i personakt och kan följas över tid.
- Det ökar förutsättningarna för verksamheten att möta den enskildes behov, åsikter och synpunkter.

Avdelning/ verksamhet	***Hur ska ofta ska kvalitetsuppföljning göras?***	***Vem genomför uppföljningen?***
Hemtjänst	1 gång per år	Fast omsorgskontakt
Särskilt boende	1 gång per år	Kontaktperson
Boende och Arbete	1 gång per år	Stödperson
Personlig assistans och stöd	1 gång per år	Stödassistent

Tabell 6: Ansvarsfördelning och tidsangivelser för kvalitetsuppföljning.

7. HSL-dokumentation

Den som tagit emot en ordination/delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ett ansvar att dokumentera utförd HSL-insats.

En del av HSL-dokumentationen sker i samband med den utföraranteckning som görs i samband med en signerad insats, eller vid uppföljning och utvärdering av givet vid behovsläkemedel. Dokumentationen sker i dessa fall i respektive vårdplan i Insatskalendern i verksamhetssystemet. Det är viktigt att dokumentera direkt i vårdplanen, för att kunna följa exempelvis namn på givet vid behovsläkemedel, effekten av givna vid behovsläkemedel, hur ett sår ser ut vid omläggning eller hur det gått med en träningsinsats.

När det gäller t.ex. stående läkemedelsinsatser sker i regel ingen dokumentation i vårdplanen/ insatskalendern. Insatsen signeras som vanligt, som utförd eller ej utförd, med eller utan en insatsavvikelsetyp. Vid avvikelser från ordinerade insatser, ange vilken samt dokumentera i journalanteckning i IBIC-processen. Du kan tydligt se om dokumentation i insatsen inte ska utföras genom att det står i insatstexten.

Det finns även övriga tillfällen där man som utförare behöver dokumentera andra uppgifter, utöver befintliga vårdplaner. Exempel på detta kan vara;
- *kontakter som tagits med legitimerad personal*
- *information från läkarbesök*
- *nytillkomna symtom, förändrat mående*
- *när en brukare/patient insjuknar akut*
- *om den enskilde tackar nej till erbjudet vid behovs-läkemedel, träningsinsats m.m.*

Denna typ av information dokumenteras under sökordet – ”*Hälsotillstånd*”.

Vad?	*Var?*	*Kommentar*
Händelser knutna till en hälso- och sjukvårdsinsats där en ordinerad insats finns	Insatskalendern eller i Combineappen	Dokumentationen utförs direkt i insatsen
Avvikelser i samband med stående ordinerade läkemedel	Journalanteckningar, IBIC	Signering utförs som vanligt, men dokumentation sker i IBIC-processen
Vid behovsmedicin	Insatskalendern eller i Combineappen	Utförandeanteckning i samband med givet läkemedel
Utvärdering av effekten av vid behovsmedicin	Insatskalendern eller i Combineappen	Utförandeanteckning i särskild vårdplan ”Utvärdering”
Mätvärden	Mätvärdesmodulen + signering i Insatskalendern eller i Combineappen	
Ovriga HSL- och/eller hälsorelaterade uppgifter	Under sökordet ”Hälsotillstånd”	Uppgifter som ej ingår i befintliga vårdplaner (se exempel ovan)

Tabell 7: Översikt HSL-dokumentation.

När den enskilde endast har HSL-insatser - och Combine finns

Om SoL- och/eller LSS-beslut saknas är endast dokumentation knuten till vårdplan möjlig. Dokumentation utförs direkt i insatsen om inget annat anges i insatstexten.

OBS! Om det finns uppgifter som behöver informeras om, som går utöver HSL-insatserna, kontaktas ansvarig sjuksköterska.

När den enskilde har HSL-insatser - och Combine saknas

Om SoL- och/eller LSS-beslut saknas sker dokumentation enligt ”*Rutin HSL-dokumentation när tillgång till Combine saknas och patient enbart har HSL-insatser*”.

8. Övrig dokumentation

8.1. Avvikelser, synpunkter och klagomål

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser, synpunkter och klagomål kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att detta görs i verksamheten.

Från och med 2023-12-01 använder sig Vård- och omsorgsförvaltningen av ärendehanteringssystemet DF-respons. All personal som bedriver hälso- och sjukvård eller insatser enligt Socialtjänstlagen och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har skyldighet att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada eller ett missförhållande. Rapporteringsskyldigheten innefattar även att rapportera risker för vårdskada eller risk för missförhållande, samt inkomna klagomål och synpunkter.

Avvikelsen ska rapporteras i DF-Respons, därefter ska avvikelse-ID dokumenteras i brukarens journal. Läs mer om detta i manualen här. Tänk även på att en journalanteckning om själva missförhållandet ska antecknas i enskildes journal när det upptäcks. Detta ska göras i en separat anteckning (och alltså inte antecknas tillsammans med avvikelse-ID).

Synpunkter och klagomål hanteras av ansvarig chef. Den som tar emot en synpunkt eller ett klagomål ska registrera den i DF-Respons.

8.2. Samtycken

Inhämtning av samtycke ska dokumenteras i journal. Samtycke kan lämnas muntligt och skriftligt och kan vara mer eller mindre omfattande. Med stöd av samtycke från den enskilde kan utföraren bryta sekretessen och lämna uppgift till annan person eller myndighet. Samtycket ska vara tidsbegränsat, specificerat och nedskrivet så att det inte uppstår några oklarheter om vad den enskilde lämnar samtycke till.

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

5 kap, 5 §: ”Om den enskilde har lämnat samtycke till att nämnden får kontakta andra myndigheter eller personer, ska den enskildes samtycke dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå

- vilka andra myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte,
- om närstående får kontaktas och i vilket syfte,
- vilka sakkunniga och referenspersoner som får kontaktas och i vilket syfte, och
- när samtycket har lämnats.

Om den enskilde återkallar hela eller delar av sitt samtycke ska detta dokumenteras så att det tydligt framgår att samtycket inte längre gäller eller har ändrats.

- I samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplanen, inhämtar/följer utföraren upp registrerade samtycken för att säkerställa att vi med regelbundenhet stämmer av dessa uppgifter.

- **OBS!** Samtycken kring sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) inhämtas endast vid ett tillfälle och gäller tillsvidare.

- Vid behov förnyas och/eller inhämtas nya/ytterligare samtycken som sedan registreras i verksamhetssystemet (se Användarmanual för utförare, avsnitt 12.3).

- Inkomna skriftliga fullmakter ska scannas in och läggas till den enskildes handlingar i personakt i verksamhetssystemet (se avsnitt 8.5).

8.3. Handlingsplaner

Handlingsplaner ska upprättas kring den enskilde gällande exempelvis;
- skydds och begränsningsåtgärder
- hot- och våldssituationer
- missbruk
- vid särskilda omständigheter

Handlingsplaner upprättas i verksamhetssystemet som ett s.k. relaterat dokument. De funktioner som idag har behörighet att upprätta handlingsplaner är enhetschefer och metodutvecklare.

OBS! Handlingsplaner med information som behöver delas med hälso- och sjukvårdspersonal behöver aktivt uppmärksammas till legitimerad personal. Detta sker ej automatiskt i verksamhetssystemet.

För instruktioner och steg-för-steg-anvisningar kring hur du upprättar handlingsplaner, se verksamhetssystemets ”*Användarmanual för chef*”.

8.4. Rutinbeskrivningar

Rutinbeskrivningar ingår inte i vägledningen utifrån IBIC, utan är en funktion som finns i vårt verksamhetssystem. Hur rutinbeskrivningen används kan se olika ut, beroende på vilken verksamhet du arbetar i.

För mer information kring användandet av rutinbeskrivningar, se gällande lokala rutiner i din verksamhet.

För instruktioner och steg-för-steg-anvisningar kring hur du upprättar rutinbeskrivningar, se verksamhetssystemets ”*Användarmanual för utförare*”.

8.5. Individuell plan

I samband med att insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) beviljas så ska den enskilde erbjudas att en individuell plan upprättas i samråd med honom eller henne (10§). Den som har beviljats en insats enligt LSS kan dessutom när som helst begära att en sådan plan upprättas, om det inte redan har skett.

Om du som utförare får kännedom om att den enskilde önskar upprätta en individuell plan, kan du vara behjälplig genom att kontakta ansvarig socialsekreterare på myndighetsavdelningen.

En individuell plan innehåller information om såväl beslutade som planerade insatser och ska upprättas i samråd med den enskilde. Planen syftar till att klargöra vilka insatser den enskilde har och behöver, samt att samordna de insatser den enskilde har från olika delar av samhället. En individuell plan kan alltså inkludera insatser från flera huvudmän, till exempel både kommun och region. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Detta till skillnad från de genomförandeplaner som upprättas av dem som utför insatsen och där syftet är att konkretisera hur en beviljad insats ska genomföras i det dagliga arbetet.
Båda planerna är viktiga delar i det individanpassade stödet, men används på olika nivåer i planering och genomförande. Att hålla isär planernas funktion och ansvar är en förutsättning för god kvalitet i LSS-verksamheten.

8.6. Inkomna handlingar

Ibland inkommer handlingar till utföraren som innehåller uppgifter kring den enskilde. Exempel på sådana handlingar är:

- Läkarutlåtanden
- Egenvårdsintyg
- Skriftliga fullmakter
- Protokoll från SIP-möten
- Beslut om assistansersättning från Försäkringskassan

Dessa handlingar ska scannas in och läggas till den enskildes handlingar i personakt i verksamhetssystemet.

OBS! Handlingar innehållande personuppgifter får aldrig scannas in och skickas till e-post. De ska scannas in på ett säkert sätt, via ”Sekretess-Temporär S:”.

8.7. Slutanteckning

När en insats avslutas ska det skrivas en slutanteckning. Detta görs av enhetschef, som dokumenterar slutanteckningen under sökord ”*Händelse av vikt*”.

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

6 kap, 5§: Slutanteckning
Av dokumentationen ska det framgå när och av vilka skäl insatsen har avslutats.

Allmänna råd
Utförarens bedömning av i vilken utsträckning målet eller målen med insatsen har uppnåtts bör sammanfattas i en slutanteckning som tillförs personakten.

Slutanteckning ska upprättas vid följande tillfällen:

- Insatsen avslutas på begäran av den enskilde
- Insatsen avslutas på grund av flytt
- Den enskilde avlider

9. Avdelningsspecifik dokumentation

9.1. Avdelningen för Särskilt boende

Ankomstsamtal/välkomstsamtal

Ansvarig för dokumentation: Enhetschef

I samband med inflytt till särskilt boende så erbjuds den enskilde ett ankomstsamtal/ välkomstsamtal. Syftet med ankomstsamtal/välkomstsamtal är att skapa en bra kontakt och ett gott samarbete med den enskilde och eventuella anhöriga. Under samtalet kan man stämma av hur första tiden på boendet varit, om den enskilde är nöjd, m.m. Man kan också, om detta inte redan gjorts, informera om vad som mer erbjuds på boendet i form av sociala aktiviteter, måltider, m.m.

Ankomstsamtal erbjuds mellan 7-14 dagar efter inflytt. Deltar gör enhetschef, kontaktperson, anhörig, brukare och sjuksköterska. Detta samtal ligger också till grund för upprättandet av genomförandeplanen.

Ankomstsamtal dokumenteras under sökord ”*Mötesanteckningar*”.

Erbjudande om korttidsplacering

Ansvarig för dokumentation: Boendesamordnare korttid

När den enskilde erbjuds en plats på ett korttidsboende, ska detta erbjudande dokumenteras. Dokumentationen innehåller information om när erbjudandet givits, när placering kan ske, vilket korttidsboende erbjudandet avser, vilken period vistelsen avser samt vilka personer man varit i kontakt i samband med erbjudandet.

Erbjudande om korttidsplacering dokumenteras i myndighetsvyn under sökord ”Journalanteckning”. Som rubrik anges ”Erbjudande om korttidsvistelse”.

In- och utskrivning (korttid/växelvård)

Ansvarig för dokumentation: Omvårdnadspersonal

Vid varje tillfälle den enskilde kommer till eller åker hem från korttiden och/eller växelvården så dokumenteras detta under sökord ”*Korttid/växelvård → In- och utskrivning*”.

Syftet är att kunna följa i dokumentationen när/vilka datum som brukaren befann sig på korttid/växelvård. Exempel på sådan dokumentation är:

”Kalle flyttar idag, 2024-04-25, in på korttidsboendet och har tilldelats rum nummer 35”.

”Kalle flyttar idag, 2024-05-09, ut från korttidsboendet”

Utvärdering korttid/utvärdering växelvård

Ansvarig för dokumentation: Omvårdnadspersonal

Utvärdering korttid:
I slutet av den enskildes korttidsvistelse görs en utvärdering av vistelsen, kopplat till de mål som myndighet satt upp med insatsen. Även övrig information av vikt dokumenteras.

Utvärderingen dokumenteras dagen innan socialsekreterares uppföljningsmöte och görs av omvårdnadspersonal. Socialsekreterare tar del av utvärderingsanteckningen inför uppföljningsmötet. Utvärderingen utgör ett viktigt underlag för myndighets uppföljning av korttidsbeslutet och inför eventuella fortsatta insatser.

Denna utvärdering dokumenteras under sökord ”*Korttid/växelvård → Utvärdering korttid*”.

Utvärdering växelvård:
I slutet av den enskildes tid på växelvården dokumenteras en sammanställning av brukarens vistelse. Sammanställningen kan innehålla information om hur brukaren upplevt vistelsen, om hen deltagit i aktiviteter eller andra sociala sammanhang, huruvida brukaren uppvisat ett oroat beteende, m.m.

Utvärderingen syftar till att man som personal och socialsekreterare vid kommande uppföljning, ska kunna följa hur det har fungerat med insatsen, utifrån respektive vistelse.

Denna utvärdering dokumenteras dagen innan eller samma dag som brukaren lämnar växelvården, och läggs under sökord ”*Korttid/växelvård → Utvärdering växelvård*”.

9.2. Avdelningen för Hemtjänst

Ankomstsamtal/välkomstsamtal

Ansvarig för dokumentation: Enhetschef/samordnare

I samband med att den enskilde får hemtjänst eller dagverksamhet så erbjuds den enskilde ett välkomstsamtal. Syftet med välkomstsamtal är att skapa en bra kontakt och ett gott samarbete med den enskilde och eventuella anhöriga. Under samtalet stämmer man av beviljade insatser och önskemål om hur insatserna skall utföras inför de första dagarnas planering samt inför upprättande av genomförandeplan.

Välkomstsamtal erbjuds inom 14 dagar. Deltar gör enhetschef och/eller samordnare, fast omsorgskontakt om denne redan är utsedd, anhörig erbjuds att delta, samt brukaren själv. Detta samtal ligger också till grund för upprättandet av genomförandeplanen. Fast omsorgskontakt utses inom 14 dagar och den enskilde skall informeras om vem det är. Uppgifterna skall dokumenteras under kontaktuppgifter i Combine.

Välkomstsamtal dokumenteras under sökord ”*Mötesanteckningar*”.

Utvärdering dagverksamhet

Ansvarig för dokumentation: Fast omsorgskontakt

I slutet av den enskildes beslutsperiod görs en utvärdering av vistelsen på dagverksamhet, kopplat till de mål som myndighet satt upp med insatsen. Även övrig information av vikt dokumenteras, exempelvis den enskildes delaktighet i aktiviteter och ADL samt förändringar i mående.

Utvärderingen dokumenteras inför socialsekreterares uppföljningsmöte och görs av fast omsorgskontakt på Eternellen. Socialsekreterare tar del av utvärderingsanteckningen inför uppföljningsmötet. Utvärderingen utgör ett viktigt underlag för myndighets inför eventuella fortsatta insatser.

Denna utvärdering dokumenteras under sökord *”Utvärdering dagverksamhet”*.

9.3. Avdelningen för Boende och Arbete

Avdelning för boende och arbete har för närvarande ingen avdelningsspecifik dokumentation.

9.4. Avdelningen för Personlig assistans och stöd

Placeringsbedömning Korttidsvistelse

Ansvarig för dokumentation: Enhetschef / kontaktsekreterare

I samband med nya beslut om korttidsvistelse förs en dialog kring hur och var detta uppdrag ska verkställas; inom lägerverksamheten, hos stödfamilj eller på något av de kommunala korttidshemmen. Dialogen förs mellan ansvariga för respektive verksamhet tillsammans med metodutvecklare.

Dialog och bedömning kring var beslutet ska verkställas dokumenteras under sökord ”*Mötesanteckningar*” i brukarvyn.

Månadsrapport stödfamiljer

Ansvarig för dokumentation: Kontaktsekreterare

Varje månad redovisar stödfamiljer, som verkställer korttidsvistelse utanför det egna hemmet, via e-tjänst en rapport avseende ersättningar, debiteringsunderlag och hur man utfört uppdraget med brukaren.

Underlaget kopieras och klistras in i uppdragstagarens akt i myndighetsvyn samt det som berör brukaren så som debiteringsunderlag och utförandet dokumenteras i brukarens akt i myndighetsvyn med sökord ”Uppföljning”.

Kvartalsrapport uppdragstagare

Ansvarig för dokumentation: Kontaktsekreterare

Kontaktpersonen inkommer med en kvartalsrapport var tredje månad, via e-tjänst. Denna rapport innehåller information om vilka aktiviteter eller vilken kontakt man haft med brukaren under perioden. Denna information läggs under sökord ”Journal” på kontaktpersonens uppdrag i myndighetsvyn.

Samma information kopieras och dokumenteras i brukarens akt i myndighetsvyn med sökord ”Uppföljning”.

Referenser och relaterade dokument

- Socialtjänstlagen, SoL (2025:400)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)
- Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten (2021)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9),
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)
- Smart, tryggt och säkert – Dokumentation enligt IBIC (Sofia Gustavsson, 2021)

Relaterade dokument

- Combine – användarmanual för utförare
- Combine – användarmanual för chefer
- Genomförandeplan – stödmaterial vid upprättandet
- Rutin för uppföljningar – utförare (ej fastställd ännu)
- Rutin för dokumentationsgranskning - egenkontroll genom social dokumentation och ärendegranskning
- Sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation, Förvaltningsövergripande rutin, Vård-och omsorgsförvaltningen
- Rutin – Korttidsprocessen
- Rutin HSL-dokumentation när tillgång till Combine saknas och patient enbart har HSL-insatser