

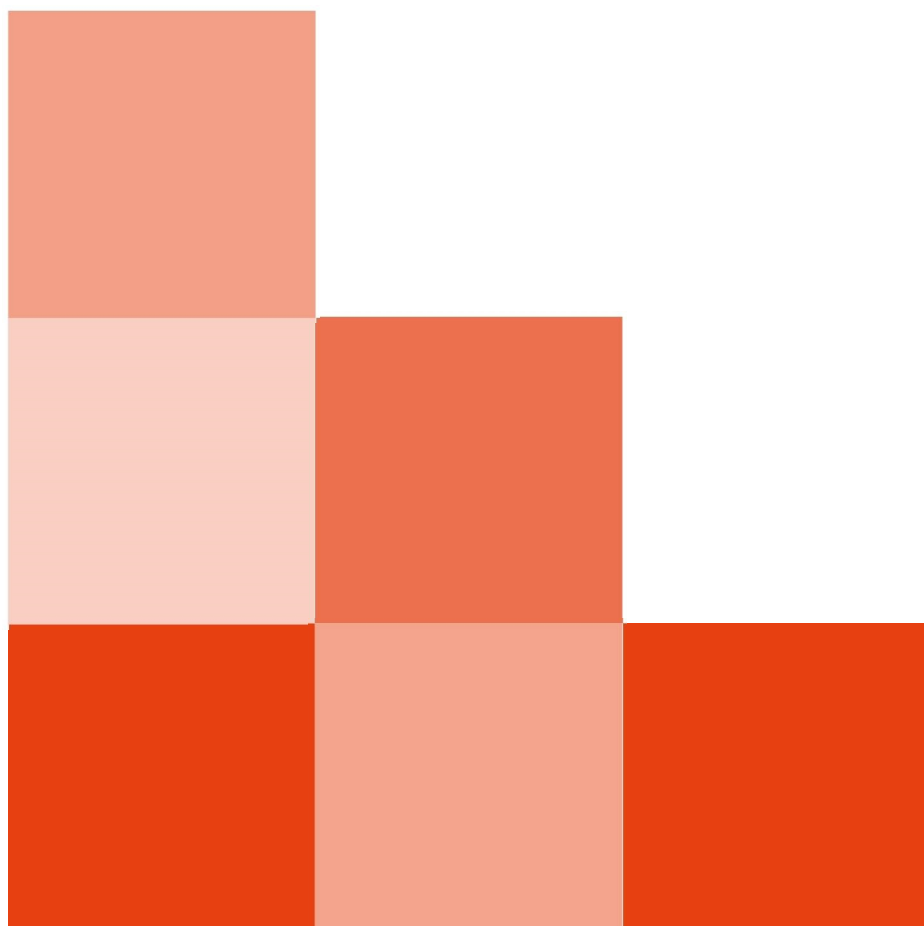


**VAGGERYDS
KOMMUN**

Rapport – internkontroll 2020

Socialförvaltningen

Fastställt av Socialnämnd: 2021-xx-xx
Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen
Ansvarig tjänsteman: stabschef



INNEHÅLL

Bakgrund och syfte med internkontroll	3
Sammanfattning – internkontroll 2020	3
Resultat – internkontrollmoment 2020	4
Dokumentation – genomförandeplan och social journal	4
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (Magna Cura ÄHO).....	5
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (Magna Cura IFO).....	6
Uppföljning av beslut inom SoL och LSS	7
Utredningstider SoL barn och unga	8
Bilaga 1 – Internkontrollplan 2020	9
Bilaga 2 – Resultat områdesnivå, dokumentation – genomförandeplan och social journal	10

BAKGRUND OCH SYFTE MED INTERNKONTROLL

Syftet med internkontroll är att förebygga, upptäcka och åtgärda brister som kan hindra organisationen att genomföra lagstadgad verksamhet samt uppnå uppsatta mål. Kommunallagen 6 kap 6§ ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet. Vaggeryds kommuns internkontrollreglemente anger att nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Internkontroll ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och processen för ansvar och genomförande finns beskrivet på intranätet. Socialnämnden beslutar formellt interkontrollplanen. Processen för internkontroll sker enligt nedanstående och utgår till stor del från SKR:s beskrivning gällande intern kontroll.

- Identifiering och kartläggning av risker
- Bedömning och värdering av risker
- Upprättande av internkontrollplan
- Rapportering

SAMMANFATTNING – INTERNKONTROLL 2020

Socialnämnden antog internkontrollområdena för 2020 i samband med programbudgeten för 2020, se bilaga 1. Internkontrollplanen för 2020 upprättades utifrån en ny uppdaterad process samt ett nytt arbetssätt för genomförande och rapportering. Utfallen i rapporten ska tolkas utifrån kvalitets- och utvecklingsmöjligheter, i vilket resultaten kan omvandlas och utgöra grund till verksamhetsmål, aktiviteter och förbättringsarbeten i verksamheterna. Interkontrollen har inget egentligt egenvärde om resultaten och utfallen inte leder till förbättringar och utveckling.

Med anledning av coronapandemin genomfördes inte ett antal internkontrollmoment. Några av dem har överförts till nästkommande års internkontroll. Några moment har införlivats i nya kontrollmoment. Utöver detta har vissa kontrollmoment genomförts vid andra tidpunkter än vad som angivits i internkontrollplanen.

Följande delar genomfördes inom interkontrollplanen 2020

- Dokumentation (genomförandeplan och social journal)
- Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (Magna Cura ÄHO)
- Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (Magna Cura IFO)
- Uppföljning beslut SoL och LSS
- Utredningstider SoL barn och unga

Följande delar genomfördes inte inom interkontrollplanen 2020

- Ej fungerande överfallslarm
- Följsamhet basala hygienrutiner
- Otillräcklig information vid beredskap
- Avsaknad/inaktuell läkemedelsdelgering

RESULTAT – INTERNKONTROLLMOMENT 2020

DOKUMENTATION – GENOMFÖRANDEPLAN OCH SOCIAL JOURNAL

Bakgrund till riskmoment

Om myndighetsbeslut och genomförandeplan inte överensstämmer eller om genomförandeplanen inte är upprättad eller reviderad inom lagstadgad tid finns risk att brukare får andra insatser än de som är beslutade. Om den sociala journalen inte är skriven med respekt för brukaren finns risk för kränkning.

Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Dokumentation (genomförandeplan och social journal)	3	3	9	Rutin genomförandeplan	Egengranskning	Stickprov	1 ggr/år (april)	OC	Stabschef

Metod

Stickprov. Granskningen genomförs genom att 10 st brukare slumpmässigt väljs ut av OC. Varje utvald brukares genomförandeplan och sociala journal egengranskas av OC utifrån kontrollparametrarna nedan. Mätningen ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

Resultat

Områdeschefer inom äldreomsorg (endast särskilt boende), funktionshinderomsorg, IFO öppenvård samt social omsorg har, vardera, egengranskat genomförandeplan samt social journal hos 10 slumpmässigt utvalda brukare. Granskningen fokuserar på upprättande av genomförandeplan samt löpande social dokumentation. Nedan ses en sammanställning av kontrollparametrarna och det övergripande resultatet för äldreomsorgen (ÄO) samt IFO öppenvård/funktionshinderomsorg (IFO/FO). Specifikt resultat för respektive enhet finns i bilaga 2 samt i enheternas verksamhetsberättelser. Generellt noteras att delaktigheten behöver stärkas i upprättandet av genomförandeplan. Likaså behöver arbete göras för att stärka kopplingen mellan utredning och genomförandeplan, risk finns att verkställighet utför något annat än vad som beslutats. Kopplingen mellan social journal och genomförandeplan måste tydliggöras.

		ÄO	IFO/FO
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månadader		
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum		
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare		
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilda har med insatserna		
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet		
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning		
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar		
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

Analys och åtgärder

Överlag bedöms arbetet med genomförandeplaner och social journal hålla en acceptabel nivå. Generellt bör chefer arbeta aktivt med sin personal, genom t.ex. APT, för att tydliggöra koppling mellan genomförandeplan och social journal. Det finns en tydlig indikation på brister i kopplingen mellan handläggares utredning/beslut och upprättande av genomförandeplan samt social journal i relation till genomförandeplan. I samband med införandet av nytt verksamhetssystem är bedömningen att denna koppling ska öka. Kontrollmomentet bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

OTILLBÖRLIG ÅTKOMST/INTRÅNG I DATASYSTEM (MAGNA CURA ÄHO)

Bakgrund till riskmoment

Socialförvaltningen använder Magna Cura ÄHO för utredning och dokumentation inom äldreomsorg, funktionshinderomsorg, social omsorg och hälso- och sjukvård. Om personer som saknar behörig vårdrelation eller motsvarande har varit inne i journal/social dokumentation finns risk för dataintrång. Systemförvaltare genomför löpande loggkontroller av systemet. Logglistan verifieras av ansvarig chef. I händelse av misstanke av otillbörligt användande av systemet finns antagen rutin för hantering.







Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC ÄHO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC ÄHO	Stabschef

Metod

Systemförvaltare för Magna Cura ÄHO egenrapporterar huruvida loggkontrollerna är genomförda samt huruvida de är signerade och aktuell chef. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametrarna nedan. Mätningen ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

Resultat

Genomgående ses att upprättade rutiner efterföljs. Viss avvikelse noteras gällande signering av logglista av aktuell chef. Inga incidentrapporter har rapporterats under året avseende otillbörlig åtkomst eller intrång i Magna Cura ÄHO.

		Juni	November
Kontrollparametrar	1. Loggkontroll utifrån rutin är genomförd		
	2. Logglista signerad av aktuell chef		
	3. Rutinen är uppdaterad och aktuell		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

Analys och åtgärder

Överlag bedöms att arbetet med loggkontroller inom Magna Cura ÄHO håller en acceptabel nivå. Viss brist föreligger i signering av logglista av aktuell chef. Systemförvaltare har tagit kontakt med den/de chefer då signering uteblivit. Ytterligare åtgärd är föredragning av interkontrollens resultat i ledningsgrupp för vidare återrapportering till berörda chefsgrupper. Kontrollmomentet bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

OTILLBÖRLIG ÅTKOMST/INTRÅNG I DATASYSTEM (MAGNA CURA IFO)

Bakgrund till riskmoment

Socialförvaltningen använder Magna Cura IFO för utredning och dokumentation inom myndighet barn och unga, missbruk, våld i nära samt IFO öppenvård. Om personer som saknar behörig vårdrelation eller motsvarande har varit inne i journal/social dokumentation finns risk för dataintrång. Systemförvaltare genomför löpande loggkontroller av systemet. Logglistan verifieras av ansvarig chef. I händelse av misstanke av otillbörligt användande av systemet finns antagen rutin för hantering.

Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC IFO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC IFO	Stabschef

Metod

Systemförvaltare för Magna Cura IFO egenrapporterar huruvida loggkontrollerna är genomförda samt huruvida de är signerade och aktuell chef. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametrarna nedan. Mätningen ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

Resultat

Genomgående ses att upprättade rutiner efterföljs. Viss avvikelse noteras gällande signering av logglista av aktuell chef. Inga incidentrapporter har rapporterats under året avseende otillbörlig åtkomst eller intrång i Magna Cura IFO.

		Juni	November
Kontrollparametrar	1. Loggkontroll utifrån rutin är genomförd		
	2. Logglista signerad av aktuell chef		
	3. Rutinen är uppdaterad och aktuell		
0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)			

Analys och åtgärder

Överlag bedöms att arbetet med loggkontroller inom Magna Cura IFO håller en acceptabel nivå. Viss brist föreligger i signering av logglista av aktuell chef. Systemförvaltare har tagit kontakt med den/de chefer då signering uteblivit. Ytterligare åtgärd är föredragning av interkontrollens resultat i ledningsgrupp för vidare åiterrapportering till berörda chefsgrupper. Kontrollmomentet bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

UPPFÖLJNING AV BESLUT INOM SoL OCH LSS

Bakgrund till riskmoment

Biståndsbeslut fattade inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska följas upp kontinuerligt. Om beslut inte följs upp finns risk att insatser inte utförs eller att fel insatser utförs.





Risk				Kontrollmoment					
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Uppföljning av beslut SoL/LSS	3	4	12	Riktlinjer SoL/LSS	Logg MC	Stickprov	2ggr/år (april)	EC vuxen	Stabschef

Metod

Stickprov. Enhetschef för myndighet vuxen egenrapporterar huruvida beslut om insatser följts upp inom 12 månader. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

Resultat

Med anledning av Covid-19 uteblev granskning i juni. Överlag ses att biståndsbeslut fattade inom SoL är uppföljda, dock är biståndsbeslut inom LSS inte uppföljda inom 12 månader.

		Juni	Oktober
Kontrollparameter	1. Fattade SoL-beslut inom äldreomsorg avseende omvårdnad och service är uppföljda inom 12 månader		
	2. Fattade LSS-beslut är uppföljda inom lagstadgad tid		
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)	

Analys och åtgärder

Granskningen (SoL) grundar sig i kontroll av biståndsbeslut fattade under oktober 2019. Samtliga beslut utom ett var uppföljda genom att behovet förändrats och ny utredning inlett och nytt beslut fattats. Myndighet vuxen planerar för att implementera arbetssätt för att få veta hur varje unik brukare upplever beviljad insats, vilket kommer att ingå till utredningarna. Kontrollmoment avseende SoL bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

Granskningen (LSS) grundar sig i kontroll av beslut fattade under perioden 1 juli till och med 31 oktober 2019. Av de åtta beslut som är fattade utifrån LSS under perioden fanns uppföljning i två ärenden och i ett ärende en beskriven förklaring och att uppföljning ej skett enligt plan till följd av Covid 19 samt att det istället begärts en sammanfattning av utförare. Myndighet vuxen har påbörjat ett arbete tillsammans med områdescheferna med syfte att strukturera upp när en uppföljning ska genomföras, vad den ska innehålla, vad som ska dokumenteras, vilka som ska vara med etc. Arbetet beräknas vara klart i december 2020 och därefter implementeras hos både handläggare och utförare. Kontrollmoment avseende LSS bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

UTREDNINGSTIDER SOL BARN OCH UNGA

Bakgrund till riskmoment

Utredningstider inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) gällande barn och unga ska ske inom 4 månader. Längre utredningstid är möjlig efter anstånd.



Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Lagföljksamhet utredningstid SoL BoU	2	4	8	Rutin handläggning	Utredningstider	Totalundersökning	2ggr/år (april/november)	EC BoU utredning	Stabschef

Metod

Totalundersökning. Enhetschef för myndighet barn och unga (utredning) egenrapporterar huruvida utredning skett inom ramen för 4 månader. Egengranskningen sker utifrån kontrollparametern nedan. Mätningen är ordnad enligt; uppfyllt (grönt), delvis uppfyllt (gult) och ej uppfyllt (rött).

Resultat

Överlag ses merparten av utredningarna genomförts inom lagstadgad tidsram.

		Juni	November
Kontrollparametrar	1. Utredningar inom SoL BoU är genomförda inom lagstadgad tid		
	0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)		

Analys och åtgärder

Granskningen av utredningstider är en totalundersökning av utredningar som genomförts under 2020. Förlängning av utredningstid har gjorts i ärenden där det uppkommit ny information som måste klargöras innan utredningen kan avslutas. Inga ärenden har överskridit utredningstid utan tillbörligt anstånd. Kontrollmomentet bedöms som viktigt och återförs till internkontroll 2021.

BILAGA 1 – INTERNKONTROLLPLAN 2020

Internkontrollplan 2020 – socialförvaltningen Vaggeryds kommun									
Risk					Kontrollmoment				
Riskmoment	Sannolikhet	Konsekvens	Värdering	Befintlig åtgärd/rutin	Kontroll	Metod	Frekvens	Genomförs av	Ansvarig
Dokumentation (genomförandeplan och social journal)	3	3	9	Rutin genomförandeplan	Egengranskning	Stickprov	1 ggr/år (april)	OC	Stabschef
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC ÄHO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC ÄHO	Stabschef
Otillbörlig åtkomst/intrång i datasystem (MC IFO)	3	4	12	Rutin dataloggar	Logglistor	Stickprov	2ggr/år (april/november)	Systemförvaltare MC IFO	Stabschef
Lagföljsamhet utredningstid SoL BoU	2	4	8	Rutin handläggning	Utredningstider	Totalundersökning	2ggr/år (april/november)	EC BoU utredning	Stabschef
Uppföljning av beslut SoL/LSS	3	4	12	Riktlinjer SoL/LSS	Logg MC	Stickprov	2ggr/år (april)	EC vuxen	Stabschef
Ej fungerande överfallsalarm*	3	4	12	Rutin provlarm	Logglistor	Stickprov	4ggr/år (februari, juni, augusti, november)	Systemförvaltare larm	Stabschef
Följsamhet basala hygienrutiner*	3	3	9	Rutin basala hygienrutiner	Mätningar	Stickprov, genomförda mätningar	2ggr/år (april/november)	MAS	Stabschef
Otillräcklig information vid beredskap*	3	3	9	Beredskapsrutin/-pärm	Beredskapspärm	Totalundersökning	2ggr/år (april/november)	VC	Stabschef
Avsaknad/inaktuell läkemedelsdelgering*	3	4	12	Rutin delegering	Logg MC	Stickprov	2ggr/år (april/november)	MAS	Stabschef

* internkontrollmoment som inte genomförts under 2020 med anledning av coronapandemin.

BILAGA 2 – RESULTAT OMRÅDESNIVÅ, DOKUMENTATION – GENOMFÖRANDEPLAN OCH SOCIAL JOURNAL

Furugårdens VoB

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning										
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

0=ej uppfyllt (röd punkt), 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt), 1=uppfyllt (grön punkt)

Furugårdens VoB (demens)

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●			
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●			
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●			
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●				
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●				
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●				
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●				
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●				

0=ej uppfyllt (röd punkt), 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt), 1=uppfyllt (grön punkt)

Sörgårdens VoB

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)									

Gruppboheter Skillingaryd

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)									

Gruppboheter Vaggeryd

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)									

Social omsorg

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål de enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	7. I den sociala journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den sociala journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)									

IFO öppenvård

		Genomförandeplan och social journal									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontrollparametrar	1. Genomförandeplanen är aktuell och reviderad inom 6 månader	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2. Det framgår i genomförandeplanen när den ska följas upp och tidpunkten är angiven max 6 månader från upprättande-/revideringsdatum	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	3. Genomförandeplanen är upprättad i delaktighet med brukare	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	4. Det framgår i genomförandeplanen vilka mål den enskilde har med insatserna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	5. Det framgår i genomförandeplanen vem/vilka som ska ge stödet	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	6. Genomförandeplanen är upprättad med utgångspunkt från handläggares utredning	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	7. I den journalen går det att följa hur arbetet enligt genomförandeplanen fungerar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	8. Den journalen är skriven med respekt för individen utan kränkande formuleringar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		0=ej uppfyllt (röd punkt); 0,5=delvis uppfyllt (gul punkt); 1=uppfyllt (grön punkt)									