



Uppföljningsrapport för internkontrollplanen - 2014 (Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd)

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
1. Rekrytering	Att rekryteringsprocessen inte tillämpas fullt ut och i alla situationer.		Kontroll av annonser	Stickprov har gjorts på annonser för att se om man uppfyller de krav som ställs <i>Vissa korrigeringar föreslås oftast utifrån hur man formulerar krav och presenterar uppdraget. Alla chefer och fackliga representanter i förvaltningen har fått utbildning i kompetensbaserad rekrytering. Arbete pågår med att ta fram kravspecifikationer för utvalda tjänster.</i>			
1. Utredda och ta beslut om insatser	Att inte alla brukare får en rättssäker utredning och bedömning.		Stickprov	Beställaravd. funktionsnedsättning och socialpsykiatri: Granskning av dokumentation i personakt har genomförts <i>Resultatet visar att dokumentationen är ojämn och att samsyn i hur och vad som ska dokumenteras behövs. Detta har återkopplats till respektive handläggare och på metodmöten. Utbildning i dokumentation med extern resurs har genomförts. Metodmöten och gemensamma ärendedragningar har hållits för ökad samsyn.</i>	Fortsatt metodutveckling för samsyn. Återkoppling på metodmöten, i kvalitetsråd och till respektive handläggare.	2015-01-01	2015-12-31
				Beställaravd. funktionsnedsättning och socialpsykiatri: Granskning har genomförts av genomförandeplaner och löpande dokumentation inom ramen för de verksamhetsuppföljningar som genomförts <i>Resultatet sammantaget visar på brister inom flertalet enheter.</i>	Fortsatt årlig granskning. Återkoppling till respektive chef och genom tjänsteutlåtande i SDN.	2015-01-01	2015-12-31

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				Vägledningsdokument som tydliggör de krav beställaravdelningen i EÄV ställer på dokumentation har utformats. Dessa kommer att tilldelas enheterna i början av 2015 som stöd i det fortsatta arbetet med dokumentation.			
				Beställaravd. äldreomsorg: Granskning av dokumentation i personakt har genomförts <i>Förbättring i dokumentationen behövs avseende inhämtande av samtycke och om vilka som får kontaktas och om vad, den enskildes förmåga att ge samtycke, den enskildes egna önskemål och egna resurser samt vem som säger vad i utredningen</i> <i>Nyprövningar av ärenden inom ÄO har genomförts. Resultatet är att 80 % av alla ärenden har nyprövats. Arbetet har gjorts med metodutveckling för samsyn i bedömningar, uppföljning av boendeplaceringar. Boråd har hållits varje vardag.</i>	Fortsatt metodutveckling för samsyn. Dokumentera inhämtande av samtycke och om vilka som får kontaktas och om vad, den enskildes förmåga att ge samtycke, den enskildes egna önskemål och egna resurser samt vem som säger vad i utredningen. Återkoppling på metodmöten, i kvalitetsråd och till respektive handläggare.	2015-01-01	2015-12-31
				IoF barn och unga: Extern granskning av tio akter har gjorts av stadens revisorer gällande HVB-placerade ungdomar <i>Förvaltningen fick viss kritik. Mentor anställdes under hösten och har granskat vissa akter. I några akter saknades beslut och annan dokumentation.</i>	Verksamhetscontroller/ mentorer följer upp med stickprov för att kolla att ärendet skötts rättsäkert med fattade beslut. Stadens revisorer kommer även 2015 att granska HVB-placerade barns akter.	2015-01-01	2015-12-31
				IoF vuxen: Aktgranskning har gjorts av omfattningen av grundutredningar inom ekonomiskt bistånd <i>Resultatet visar att grundutredningar fanns</i>			

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				<i>i de flesta ärenden. En klar förbättring kan ses under året. I de ärenden som aktualiserats senare under året är utredningarna överlag av högre kvalitet.</i>			
2. Dokumentation av planerade insatser	Att enheterna inte följer regelverket när det gäller att dokumentera planerade insatser (genomförandeplaner, arbetsplaner eller motsvarande).	Stickprov (utförarnas dokumentation granskas vid verksamhetsuppföljningar)	 Egen regi: Utförarnas dokumentation har granskats vid verksamhetsuppföljningar <i>Utförarenheterna avsätter tid så att planering av insatser, upprättande och uppföljning av genomförandeplanerna kan ske tillsammans med den enskilde, kontaktmannen och de personer i teamet som behöver medverka.</i> <i>Inom enheterna finns ParaSoL/dokumentationsstödjare som ger stöd och följer upp dokumentationen.</i>				
			 IoF vuxen: Aktgranskning har gjort av ärenden inom utredning och öppenvård vuxen, gällande omfattningen av planer för insatsens genomförande <i>Resultatet visar att i de flesta ärenden fanns planer, men några var i behov av aktualisering och i ett par ärenden saknades planer.</i>	Arbetet fortsätter med att på möten ta upp frågan om att skriva arbetsplaner	2015-01-01	2015-12-31	
3. Genomföra planerade insatser	Att biståndsbeslut inte verkställs.	Stickprov av ett urval ärenden	 Beställaravdelningen: Kontroll har genomförts varje kvartal i samband med rapportering till IVO <i>Samråd har skett med berörda chefer och handläggare gällande ev kompletteringar. Uppföljning har även skett i enheternas kvalitetsråd gällande rutiner för rapportering. Ev. brister har påtalats till berörd handläggare.</i>	Följa upp fortlöpande varje kvartal. Vid brister påtalas dessa till berörd handläggare. Uppföljning i kvalitetsråd både på avdelnings- och enhetsnivå.	2015-01-01	2015-12-31	

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				<i>Rapporteringen har förbättrats under året. Handläggarna kryssar i ej verkställt funktionen i Paraplyet.</i>			
				♦ IoF barn och unga: Under 2014 har rutiner etablerats att ansvarig enhetschef rapporterar en gång per kvartal	Verksamhetscontroller/ mentorer följer upp med stickprov för att kolla att ärendet skötts rättsäkert med fattade beslut. Stadens revisorer kommer även 2015 att granska HVB-placerade barns akter.	2015-01-01	2015-12-31
4. Arbetsmiljö	Att systematiskt arbetsmiljöarbete inte genomförs i verksamheterna i enlighet med gällande riktlinjer.	Uppföljning och utvärdering sker en gång per år på LSG, SG och FG	● En mätning av den psykosociala arbetsmiljön har genomförts under våren. Uppföljning har skett i FG, SG och LSG av det systematiska arbetsmiljöarbetet. <i>SAM följs upp kontinuerligt på alla nivåer i förvaltningen och förvaltningen är nöjd med arbetet som utförs. Det finns utvecklingspotential framförallt när det gäller öka delaktigheten.</i>				
5. Minska sjukfrånvaron	Att sjukfrånvaron inte sjunker i tillräcklig omfattning.	Följs upp månadsvis med statistik	♦ Sjukfrånvaron har följts upp med månadsvis statistik. Kartläggning och utvärdering av rehab-processen har skett under året. <i>Sjukfrånvaron har ökat i förvaltningen. Prioriteringar har gjorts efter utvärderingen, för att rikta resurser.</i>	En pa-konsult med uppdrag att arbeta med rehabilitering har anställts.	2015-01-01	2015-12-31	
Hantering av allmänna handlingar	Att sekretesshandlingar inte är inlåsta.	Årlig genomgång av ett urval enheter	♦ Beställaravdelningen: Kontroll har genomförts vid två tillfällen vid båda beställarenheterna <u>Vid lunchtid</u> <i>Äldreomsorg: Av totalt antal rum, 33 st,</i>	Ständigt uppmärksamma medarbetarna om att sekretesshandlingar alltid ska vara inlåsta när rum är obemannat. (Vid granskningen framförde	2015-01-01	2015-12-31	

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				fanns handlingar innehållande sekretess framme i 12 obemannade rum. Funktionsnedsättning/Socialpsykiatri: Av totalt antal rum, 24 st, fanns handlingar innehållande sekretess framme i 17 obemannade rum. Flera handläggare vistades vid tidpunkten i fikarummet och framförde synpunkter på att de hade uppsikt över vem som kommer in på enheten. <u>Vid arbetsdagen slut</u> Äldreomsorg: Av totalt 33 rum, fanns handlingar framme i tre obemannade rum. Handläggaren i ett av dessa rum vistades tillfälligt i annan kollegas rum. Funktionsnedsättning/Socialpsykiatri: Av totalt 24 rum, fanns handlingar framme i ett obemannat rum	medarbetarna på plan 5 synpunkter på att de ansåg att de hade uppsikt över vem som kommer in på enheten när de sitter i pausrummet. Det bedömdes dock vid granskningen som svårt att ha uppsikt över korridordelen från matsalen till fikarummet om ev besökare agerar tyst.)		
				loF vuxen: Kontroll har genomförts Vid kontroll av arbetsrummen efter arbetstid fanns inga sekretesshandlingar synliga på plan 1.			
	Att sekretesshandlingar som skrivs ut blir liggande i skrivaren tillgängliga för alla.		Kontroll enligt rutin (beställarenheterna) samt stickprov av urval enheter	Beställaravdelningen: Kontroll har genomförts Rutiner för kontroll att sekretesshandlingar inte blir liggande för obehöriga finns inom båda enheterna. Kontroll har genomförts flera gånger per dag. Rullande schema tillämpas, två personer/vecka ansvarar. Inga brister har påvisats. Säker utskrift tillämpas för vissa skrivare.			

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				 Egen regi: Kontroll har genomförts <i>Nya medarbetare genomgår introduktionsprogram som b.la. omfattar sekretess och säkerhetsförebyggande rutiner t.ex. brand, strömavbrott, hot och våld med mera. Övergripande rutiner tas upp kontinuerligt på APT, LSG och SG.</i>			
				 loF barn och unga: Det finns rutiner att inget ska ligga kvar i skrivaren. Säkra utskrifter finns på plan 2 och används av en enhet. Under 2015 kommer andra enheter också använda det.			
				 loF vuxen: Vid skrivarna finns anslag om sekretess			
				 Staben: Kontroll av alla skrivare på Slakthusplan 4 har genomförts via stickprovskontroll under juli månad <i>Vid några skrivare påträffades utskrifter med sekretessbelagda uppgifter som exempelvis personnummer. Resultatet är dock en förbättring jämfört mot föregående år.</i>			
Hantering av olyckor, kris- och katastrofsituationer	Att verksamheten inte har rutiner och beredskap att hantera olyckor, kris- och katastrofsituationer.	Årlig krisledningsövning		Krisledningsövning genomfördes den 4 juni <i>Övningen var en skrivbordsövning med krisledningsgruppen, resurspersoner och samverkansgrupp för POSOM. I mars 2014 omarbetades krisberedskapsplanen.</i>			
Löner	Att löneutbetalning inte stämmer med löneunderlag pga. av bristande uppföljning av lönelistor i verksamheterna.	Stickprovskontroll av att rutiner för kontroll av löneutbetalningar följs		Stickprov på uttag av semesterdagar har genomförts under året <i>Vid lönekontroll upptäcks vissa mindre avvikelser som härrör sig till en mänskliga faktorn.</i>	Kontroller kommer att göras även under 2015	2015-01-01	2015-12-31

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
	Säkerhetsförebyggande arbete	Att enheterna inte arbetar säkerhetsförebyggande.	Genomgång vid ett urval enheter	Beställaravdelningen: Kontroll har genomförts <i>En krisplan har upprättats för beställaravdelningen. I denna ingår krisplan vid kraftigt personalbortfall och hot/våld vid hembesök. I övrigt tillämpas den krisplan som finns för Slakthusplan 4. Fortlöpande info på APT och metodmöten har skett. Incidentrapportering i RISK har skett.</i>			
				Egen regi: Genomgång av ett urval enheter har gjorts <i>Enheterna arbetar säkerhetsförebyggande i enlighet med upprättade rutiner och handlingsplaner. Analyser och genomgång av rutiner sker kontinuerligt på APT, LSG, SG och kvalitetsråd. Anställda genomgår utbildning i brandsäkerhetsförebyggande arbete. Samverkan med polisen och hyresvärd. Skyddsronder genomförs regelbundet. Lokal rutin finns för SBA</i>			
				Förskola och fritid: Genomgång av ett urval enheter har gjorts <i>För förskolorna finns en särskild checklista avseende vilka handlingsplaner och rutiner som ska finnas för alla förskoleenheter. En del av handlingsplanerna finns utarbetade gemensamt för hela förskoleverksamheten liksom en gemensam checklista för barnskyddsronder. De säkerhetsförebyggande planer och rutiner man utarbetat lokalt finns i en särskild katalog i den gemensamma mappen synliga för alla cheferna inom avdelningen och förskoleavdelningens stab. En</i>			

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat	Förbättringsåtgärder	Start-datum	Slut-datum
				<i>interaktiv brandskyddsutbildning har genomförts av alla anställda som inte gjort den tidigare. Uppdaterade Hot- och våldsrutiner finns för såväl förskola som fritid och fältgrupp. Incidentrapportering i RISK har skett fortlöpande. En ny krisplan har tagits fram för avdelningsnivån, förskola och fritid.</i>			
				 loF barn och unga: Kontroll har gjorts <i>Hot- och våldsrutiner har blivit genomgångna under året på arbetsplatsträffar inom hela individ- och familjeomsorgen. Säkerhetssamordnare har haft utbildning för alla enheter. Incidentrapportering i RISK har skett.</i>			
				 loF vuxen: Kontroll har gjorts <i>Hot- och våldsrutiner har gått igenom under året på arbetsplatsträffar. Incidentrapportering har gjorts i RISK, incidenter har gått igenom på LSG och följts upp på SG. Antalet incidenter har minskat under året.</i>			