

Sammanställning av internkontroll 2014

Internkontroll är det samlade begreppet för förvaltningens alla verktyg som används för styrning, egenkontroll, uppföljning och revision som behövs för att säkerställa att mål, kvalitet och resultat uppnås.

Revision är ledningens verktyg för att granska att avdelningar, enheter, verksamheter etc har och följer de rutiner, riktlinjer med mera som krävs för att verksamheten bedrivs på ett betryggande sätt. Revision omfattar förvaltningens egna verksamheter och består av verksamhetsrevision, internrevision samt särskilda granskningar.

Internrevision

Internrevision granskar hur ekonomi- och personaladministrativa rutiner fungerar. Under året har åtta enheter granskats. Inga allvarliga brister har upptäckts. En enhet har haft vissa brister avseende representation vid tjänsteresor. Detta har rättats till efter information till enheten. Många enheter har problem med regelverket kring moms vid t ex representation och resor. Förtydligad information har under årets lagt ut på intranätet och alla administratörer har fått utbildning i frågorna.

Enheter som granskats:

PLUS

Tillståndsenheten

BAS och Giovannis

Duvnäs

Lönnen

Socialjouren

Björkängen, LSS-kollo

Utvecklingsenheten

Verksamhetsrevision

Verksamhetsrevision ska säkerställa att verksamheten bedrivs på ett betryggande vis. Detta sker genom att granska att styrdokument, riktlinjer, kvalitetssystem med mera efterlevs. Vidare ska verksamhetsrevision granska hur verksamheten arbetar för att uppfylla de krav som finns på verksamheten så kallad egenkontroll.

Av de sju enheter som granskats visar fem ett godtagbart resultat medan två enheter på flera punkter inte bedöms ha ett tillfredställande resultat. Vid de två sistnämnda enheterna har åtgärder vidtagits som bedöms innebära att enheterna förbättrar sina rutiner. Sammanfattande bedömning från revisionerna återfinns in slutet av dokumentet.

De enheter som granskats är:

Boende- och behandlingsenheten

Boutredningsenheten

Hammarbybacken

Krukis Örnsberg

LSS-kollo

Origo

PUT-boenden

Särskilda granskningar

Särskilda granskningar framför allt på utvalda strategiska processer och berör oftast flera verksamheter/enheter. Under året har följande processer granskats:

Dokumenthantering och journalföring

Fem enheter har granskats avseende rutiner och funktionalitet efter uppgradering av förvaltningens journalsystem samt att journalanteckningar och genomförandeplaner finns.

Samtliga granskade enheter har väl fungerande strukturer och system för dokumentation. Vid två enheter återfanns brister avseende genomförandeplan och kopplingen till beställningen. Förvaltningen bedömer att brister bör kunna avhjälpas i och med att staden inför ett nytt IT-system för beställning och genomförandeplanering (Para-DiFo). Alla enheter också under året fått utbildning kopplat till det nya systemet både vad avser teknisk lösning och innehåll.

Hot och Våld

Granskningen syftar till att säkerställa att rutiner finns för hantering av våldssituationer samt att dessa hanteras på rätt sätt i RISK-systemet.

Samtliga sju granskade enheter bedöms ha rutiner som är tillfredsställande.

Risk- och väsentlighetsanalys

I samband med 2014 års verksamhetsplan skulle alla enheter göra en risk- och väsentlighetsanalys i ILS-webben. Risk- och väsentlighetsanalyserna ska revideras årligen i samband med verksamhetsplanen.

Granskningen syftar till att säkerställa att risk- och väsentlighetsanalys görs enligt stadens regelverk samt att rutinbeskrivningar finns och kontroller gör så som beskrivs i enhetens risk- och väsentlighetsanalys i ILS.

Granskningen visar att det finns stora brister i många enheters risk- och väsentlighetsanalyser. Förvaltningen kommer därför att göra förnyade utbildningsinsatser under 2015.

Systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningen har upprättat ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet baserat på socialstyrelsens riktlinjer. Granskningen syftar till att säkerställa att systemet omfattar rutiner och processer för utvalda moment.

Granskningen visar att de granskade enheterna, utom en, arbetar med kvalitetsystemet på ett tillfredsställande sätt.

Medarbetarenkät

Granskningen syftar till att säkerställa att förvaltningens rutiner tillämpas avseende arbetet med åtgärdsplaner men anledning av medarbetarenkäten.

Samtliga granskade enheter bedöms arbeta på ett tillfredsställande vis för att utveckla verksamheten utifrån resultat av medarbetarenkäten. Vissa enheter måste dock bli bättre på att upprätta åtgärdsplaner.

IT-säkerhet

Syftet med granskningen är att säkerställa att rutiner och handlingsplan finns för att hantera kritiska driftsstopp i verksamhetskritiska IT-system. De system som granskats är Public 360 vid tillståndsenheten, Egna medel vid enheten för hemlösa, Paraplyet vid enheten för hemlösa samt Socialrådgivning på nätet vid socialjouren.

Den sammantagna bedömningen är att alla granskade enheter har dokument som beskriver hur deras verksamhet skulle påverkas vid ett driftsstopp och hur det delvis kan lösas med manuella rutiner. Tillståndsenheten behöver komplettera dokumentationen med hur de hanterar de situationer som kan uppstå vid ett längre driftstopp. Övriga enheter bedöms ha tillräckliga rutiner.

Inventarieregister

Granskningen syftar till att säkerställa att rutiner fungerar efter övergången till inventarieregister i Agresso.

De granskade enheterna har överlag tillfredställande rutiner. Vissa enheter saknade utsedd inventarieansvarig.

Ej genomförda granskningar

Enligt internkontrollplanen skulle hantering av försöks- och träningslägenheter granskats. Detta har skett på grund av chefsbyte och omorganisation. Vidare skulle rekrytering av jour- och familjehem granskats. Detta har inte skett eftersom nämnden har ett uppdrag att göra en övergripande översyn av verksamheten.

Sammanfattning av verksamhetsrevision

Put-boenden

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de åtaganden och indikatorer som berör verksamheten mycket väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Indikatorerna är mätbara och ger en bild av förändring för att nå förväntat resultat.

Samverkan

PUT-boendena har ett väl fungerande samarbete med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

PUT-boendena arbetar systematiskt och tillfredsställande med egenkontroll genom att följa sin planering och sitt resultat i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

PUT-boendena arbetar tillfredsställande med sin riskanalys och det pågår även en diskussion för att hitta fler riskfaktorer som behöver beaktas.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

PUT-boendena har väl utvecklade rutiner för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från ungdomarna och personalen i de olika verksamheterna.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vår bedömning är att PUT-boendena arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

PUT-boendena följer kontinuerligt upp journalföringen och behörighetsadministration på ett tillfredsställande sätt.

Budgetuppföljning

PUT-boendena följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

PUT-boendenas lokaler är ändamålsenliga för verksamheten.

Säkerhet

PUT-boendena arbetar på ett systematiskt och tillfredsställande sätt när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

Origo

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de mål och åtaganden som berör verksamheten mycket väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Målen är mätbara och ger en bild av förändring för att nå förväntat resultat. Om projektet fortsätter och blir en permanent verksamhet rekommenderas den att arbeta i ILS-Webb med mål, åtaganden och indikatorer.

Samverkan

Origo har ett väl fungerande samarbete med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

Origo arbetar systematiskt och tillfredsställande med egenkontroll genom att följa sin planering och utvärdera resultat. Verksamheten rekommenderas upprätta rutiner för hur stödet ska ges till den enskilde.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

Origo bör utveckla en risk- och väsentlighetsanalys för verksamheten.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

Origo bör upprätta en rutin för att ta emot avvikelser, klagomål och synpunkter. Origo bör även upprätta och förankra i arbetsgruppen en rutin för lex Sarah och rutin för anmälan till skydd för barn.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vår bedömning är att Origo arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

Origo rekommenderas att upprätta rutin för hur minnesanteckningar ska föras och förvaras.

Budgetuppföljning

Origo följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

Origos lokaler är till största del ändamålsenliga för verksamheten.

Säkerhet

Origo arbetar tillfredsställande med personalsäkerhetsfrågor och samarbetar tillfredsställande med socialförvaltningens administrativa avdelning när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

LSS-kollo

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de åtaganden och indikatorer som berör verksamheten mycket väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Indikatorerna är mätbara och ger en bild av förändring för att nå förväntat resultat.

Samverkan

LSS-kollo har ett väl fungerande samarbete med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

LSS-kollo arbetar systematiskt och tillfredsställande med egenkontroll genom att följa sin planering och sitt resultat i ILS-webben. De har uppföljning med föreståndarna efter kolloperioderna och arbetar med att förbättra ansöknings- och placeringsrutiner tillsammans med handläggarna på stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

LSS-kollo arbetar tillfredsställande med sin riskanalys.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

LSS-kollo har väl utvecklade rutiner för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från personal, kollo-deltagare och anhöriga.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vår bedömning är att LSS-kollo arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Vi rekommenderar att LSS-kollo upprättar en skriftlig kompetensutvecklingsplan.

Dokumentationsskyldighet

LSS-kollo centralt följer kontinuerligt upp journalföringen från kollogårdarnas personal på ett tillfredsställande sätt.

Budgetuppföljning

LSS-kollo följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

LSS-kollos lokaler är ändamålsenliga för verksamheten.

Säkerhet

LSS-kollos centrala ledningsfunktion samarbetar tillfredsställande med socialförvaltningens administrativa avdelning när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

Krukis-Örnsberg

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de åtaganden och indikatorer som berör verksamheten mycket väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Indikatorerna är mätbara och ger en bild av förändring för att nå förväntat resultat.

Samverkan

Krukis har ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter inom BoB:en (Stockholms Boende och behandlingsenhet för vuxna) och med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

Krukis arbetar systematiskt och tillfredsställande med egenkontroll genom att följa sin planering och sitt resultat i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

Krukis arbetar tillfredsställande med sin riskanalys och det pågår även en diskussion för att hitta fler riskfaktorer som behöver beaktas.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

Krukis har väl utvecklade rutiner för att ta emot och utreda synpunkter från enskilda, klienter, anhöriga och beställare.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Krukis arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

Krukis följer kontinuerligt upp journalföringen och behörighetsadministration på ett tillfredsställande sätt.

Budgetuppföljning

Krukis följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

Krukis lokaler är ändamålsenliga, men man har för få kontorsarbetsplatser. Det innebär att många utrymmen får ha dubbla funktioner.

Säkerhet

Krukis arbetar på ett systematiskt och tillfredsställande sätt när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

Hammarbybacken

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de åtaganden och indikatorer som berör verksamheten väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Verksamheten rekommenderas dock utveckla tydliga rutiner och metoder för att mäta verksamhetens resultat.

Samverkan

Hammarbybacken har ett väl fungerande samarbete med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

Hammarbybacken rekommenderas arbeta med resultatuppföljning och se till att verksamhetens målsättningar är resultatmässigt mätbara.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

Hammarbybacken bör utveckla sin riskanalys gällande det verksamhetsmässiga innehållet för att identifiera risker i arbetet med de boende.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

Hammarbybacken har väl utvecklade rutiner för att ta emot och utreda synpunkter från enskilda, brukare, anhöriga och närstående.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Hammarbybacken arbetar aktivt för att samtliga medarbetare ges tillfälle att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

Hammarbybacken rekommenderas utveckla en rutin för dokumentation och journalföring, anpassad till verksamheten på Hammarbybacken.

Budgetuppföljning

Hammarbybacken följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

Hammarbybackens lokaler är delvis ändamålsenliga för verksamheten. Eftersom bygglov för lokalen går ut den 31 december, behövs en planering för framtida lokalbehov.

Säkerhet

Hammarbybacken arbetar på ett tillfredsställande sätt när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

Boutredningsenheten

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

Vår bedömning är att de åtaganden och indikatorer som berör verksamheten mycket väl speglar de mål som verksamheten vill uppnå. Indikatorerna är mätbara och ger en bild av förändring för att nå förväntat resultat.

Samverkan

Boutredningsenheten har ett väl fungerande samarbete med både externa samarbetspartners och organisationer, internt inom förvaltningen samt med stadsdelsförvaltningarna.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

Boutredningsenheten rekommenderas fortsätta sitt pågående arbete med att utveckla enhetliga arbetsmetoder för att se till att verksamhetens målsättningar är resultatmässigt mätbara samt för att kunna säkerställa en rättssäker handläggning.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

Enheten bör upprätta en risk- och väsentlighetsanalys för att identifiera risker och eventuellt upprätta en åtgärdsplan för dessa risker.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

Vår bedömning är att Boutredningsenheten saknar skriftliga rutiner för att ta emot och utreda synpunkter från enskilda och anhöriga. Vi rekommenderar att skriftliga rutiner för klagomålshantering upprättas.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vi bedömer att enheten arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

Enheten har utvecklat rutiner för dokumentation enligt lagstiftning, dock rekommenderas enheten utveckla en rutin för systematisk granskning av akter för att säkerställa korrekt dokumentation och rättsäker handläggning.

Budgetuppföljning

Boutredningsenheten följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

Boutredningsenhetens lokaler är inte ändamålsenliga på grund av platsbrist för personalen. En annan brist är att det inte finns några besöksrum.

Säkerhet

Boutredningsenheten samarbetar tillfredsställande med socialförvaltningens administrativa avdelning när det gäller säkerhetsanknutna frågor samt säkerhetsfrågor rörande personal.

Boende- och behandlingsenheten, central ledning

Sammanfattande bedömning

Mål, åtaganden och indikatorer

BoB:ens centrala ledningsfunktion har inte några verksamhetsmässiga åtaganden utan de ligger under respektive verksamhet. Vi rekommenderar att den centrala ledningsfunktionen utvecklar åtaganden och indikatorer för att följa upp BoB:ens centrala verksamhet.

Samverkan

BoB:ens centrala ledningsfunktion har ett väl fungerande samarbete med de andra verksamheterna inom BoB:en, stadsdelsförvaltningarna samt internt inom förvaltningen. Vi rekommenderar att enheten utökar samverkan med liknande verksamheter i andra kommuner och organisationer.

Systematiskt förbättringsarbete – egenkontroll

BoB:ens centrala ledningsfunktion arbetar kontinuerligt med olika former av uppföljningsmetoder, t.ex. styrkort, dialoger, möten och rapportering i ILS-webben. Vi rekommenderar att den centrala ledningsfunktionen utvecklar och säkerställer det systematiska förbättringsarbetet för verksamhetsområdet.

Systematiskt förbättringsarbete – riskanalys

BoB:ens centrala funktion gör ingen risk- och väsentlighetsanalys i ILS-webben. Planering och rutiner finns centralt för vissa risker, men vi rekommenderar att man centralt gör en risk- och väsentlighetsanalys utifrån respektive verksamhets risk- och väsentlighetsanalys.

Utredning och avvikelser – klagomål och synpunkter

Vår bedömning är att BoB:ens centrala ledningsfunktion saknar skriftliga rutiner för att ta emot och utreda synpunkter från enskilda, klienter anhöriga och beställare. Vi rekommenderar att skriftliga rutiner för klagomålshantering på enhetens centrala ledningsfunktion upprättas.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Vår bedömning är att BoB:ens centrala ledningsfunktion arbetar systematiskt och aktivt för att samtliga medarbetare ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Dokumentationsskyldighet

BoB:ens centrala ledningsfunktion följer kontinuerligt upp dokumentationen med verksamhetsledarna på ledningsgruppsmötena samt behörighetsadministration på ett tillfredsställande sätt. Vi rekommenderar att det upprättas en central rutin för att säkerställa korrekt dokumentation.

Budgetuppföljning

BoB:ens centrala ledningsfunktion följer upp ekonomin kontinuerligt, konsekvent och långsiktigt.

Lokaler

BoB:ens lokaler för den centrala ledningsfunktionen är ändamålsenliga.

Säkerhet

BoB:ens centrala ledningsfunktion samarbetar tillfredsställande med Socialförvaltningens administrativa avdelning när det gäller säkerhetsanknutna frågor.

Uppföljning av internkontrollplanen (Socialnämnden)

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat
	Budget och uppföljning	Fel i ekonomiska prognoser	Prognosgenomgång	Ekonomiska prognoser har under året varit tillförlitliga
	Delaktighet	Medarbetare inte är delaktiga i verksamhetens planering och uppföljning	Verksamhetsrevision	- Samtliga granskade enheter bedöms arbeta på ett tillfredställande vis för att utveckla verksamheten utifrån resultat av medarbetarenkäten. Vissa enheter måste dock bli bättre på att upprätta åtgärdsplaner. - Årets medarbetarenkät visar att medarbetare överlag är delaktiga i planering och uppföljning av verksamheten
	Ekonomiadministrativa rutiner och processer	Bristande avtalstrohet vid inköp av varor och tjänster	Internrevision	Av de granskade enheterna visar stickprovskontroll att man överlag följer avtalen
		Inventarieregister inte hateras rätt	Särskild granskning	De granskade enheterna har överlag tillfredställande rutiner. Vissa enheter saknade utsedd inventarieansvarig.
		Risk för otillbörlig hantering av kontanta medel.	Internrevision	De granskade enheterna visar inget som tyder på oegentligheter
	ILS	Stadens ILS inte tillämpas på avsett vis	Verksamhetsrevision	Granskningen visar att enheterna överlag arbetar tillfredställande med ILS men att det kan utvecklas mer

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat
	IT-frågor	Risk att informationen inte är tillgänglig, t.ex. på grund av störningar i datordriften	Särskild granskning	■ Den sammantagna bedömningen är att alla granskade enheter har dokument som beskriver hur deras verksamhet skulle påverkas vid ett driftsstopp och hur det delvis kan lösas med manuella rutiner. Tillståndsenheten behöver komplettera dokumentationen med hur de hanterar de situationer som kan uppstå vid ett längre driftstopp. Övriga enheter bedöms ha tillräckliga rutiner.
		Risk för felaktiga rättigheter avseende informationssystem	Internrevision	
	Kvalitetsutveckling	Brister i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetsrevision	■ Granskningen visar att de granskade enheterna, utom en, arbetar med kvalitetsystemet på ett tillfredställande sätt.
		Brister i planering och uppföljning i processer som påverkar kvaliteten	Verksamhetsrevision	
	Personaladministrativa rutiner och processer	Bristande uppföljning och åtgärder med anledning av medarbetarenkät	Verksamhetsrevision	■ Samtliga granskade enheter bedöms arbeta på ett tillfredställande vis för att utveckla verksamheten utifrån resultat av medarbetarenkäten. Vissa enheter måste dock bli bättre på att upprätta åtgärdsplaner.
		Brister i personaladministrativa rutiner kan innebära felaktigheter i anställningar och löner	Internrevision	■ De granskade enheterna bedöms ha tillfredsställande kontroller
	Risk- och	Brister i beförmyndig av	Särskild granskning	■ Granskningen syftar till att säkerställa att

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat
	väsentlighetsanalys	risker samt avsaknad av rutinbeskrivning och kontrollrutiner		risk- och väsentlighetsanalys görs enligt stadens regelverk samt att rutinbeskrivningar finns och kontroller gör så som beskrivs i enhetens risk- och väsentlighetsanalys i ILS.Granskningen visar att det finns stora brister i många enheters risk- och väsentlighetsanalyser. Förvaltningen kommer därför att göra förnyade utbildningsinsatser under 2015.
	Verksamhet i egen regi	Brister eller missförhållanden i verksamheten	Verksamhetsrevision	■ Inga missförhållanden har påträffats vid de granskade enheterna
		Brister i efterlevnad av rutiner och riktlinjer vid rekrytering av jour- och familjehem	Särskild granskning	■ Granskningen ej genomförd 2014 i avvaktan på övergripande översyn av verksamheten
		Brister i systematiskt förbättringsarbete - egenkontroll	Verksamhetsrevision	■ Inga allvarliga brister har påträffats vid de granskade enheterna
		Felaktig hantering av försöks- och träningslägenheter	Särskild granskning	■ Granskningen ej genomförd på grund av chefsbyte och omorganisation.
		Medarbetare utsätts för hot och våld	Verksamhetsrevision	■ Samtliga sju granskade enheter bedöms ha rutiner som är tillfredsställande
		Obefintlig eller brist i samverkan med andra myndigheter och eller brukare	Verksamhetsrevision	■ De granskade enheterna bedöms inte ha några allvarliga brister
		Risk för brister i dokumenthantering och journalföring	Verksamhetsrevision	■ Samtliga granskade enheter har väl fungerande strukturer och system för dokumentation. Vid två enheter återfanns

Indikator	Väsentliga processer	Risk	Kontrollmoment	Resultat
				brister avseende genomförandeplan och kopplingen till beställningen. Förvaltningen bedömer att brister bör kunna avhjälpas i och med att staden inför ett nytt IT-system för beställning och genomförandeplanering (Para-DiFo). Alla enheter också under året fått utbildning kopplat till det nya systemet både vad avser teknisk lösning och innehåll.