

Uppföljning samlad riskbild och intern kontrollplan 2022

Socialnämnden Hisingen
2022

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
2	Nämndens kontrollplan och samlad riskbild.....	5
2.1	Framtagande och beslut om nämndens kontrollplan och samlade riskbild	5
2.2	Uppföljning av nämndens kontrollplan och samlade riskbild	5
2.3	Kategorisering och bedömning av risker i samlad riskbild och kontrollplan	5
3	Nämndens kontrollplan 2022.....	7
3.1	Uppföljning av nämndens kontrollplan	7
3.1.1	Verksamhetsrisker	7
	Risk för att verkställande av insatser inte sker i tid då inflödet av uppdrag är högt till Barn och unga resurs.....	8
3.1.2	Förtroendeskador	9
	Ekonomiska oegentligheter.....	9
3.1.3	Bristande efterlevnad till regelverk.....	10
	Tidsram för förhandsbedömning och utredningar.....	10
4	Samlad riskbild.....	12
4.1	Avdelning barn och unga myndighet.....	12
4.1.1	Bristande efterlevnad till gällande regelverk	12
	Placeringsavtal	12
4.2	Avdelning barn och unga resurs	12
4.2.1	Omvärldsrisker	12
	Risk för att socialtjänsten inte kan möta de utmaningar det innebär att allt fler ungdomar dras in i kriminella miljöer.	12
4.2.2	Verksamhetsrisker	13
	Svårigheter att rekrytera familjehem i egen regi.....	13
	Risk för att det saknas tillförlitliga uppföljningssystem.....	14
	Risk för att brukare inte får rätt insats i rätt tid av rätt utförare... ..	14
4.3	Avdelning vuxen och Psykologenheten.....	15
4.3.1	Verksamhetsrisker	15
	Ny förvaltning ökar krav på samverkan	15
	Nytt arbetssätt utifrån organisationsförändring inom avdelning vuxen	16
4.3.2	Bristande efterlevnad till regelverk.....	17

Samverkan med vårdgrannar	17
4.4 Avdelning försörjningsstöd	18
4.4.1 Verksamhetsrisker	18
För många utvecklingsområden - försörjningsstöd	18
4.5 Avdelning för stadsområde välfärd och fritid	18
4.5.1 Verksamhetsrisker	18
Risk att tappa kompetens och kvalitet	18
Risk för brist på personalresurser utifrån administrativa uppgifter från staden	19
4.6 Avdelning för stab	19
4.6.1 Verksamhetsrisker	19
Krishantering och resurser i förvaltningen	19
Ha en hållbar arkivorganisation	20
4.6.2 IT och informationssäkerhetsrisker	20
Risk att förvaltningen inte tar hand om personuppgiftsincident i tid	20
Användning av sociala medier i förvaltningen, tredjelandsoverföring (Schrems)	20
Brytande av sekretess på grund av användning av teams	21
Risker med digitala verktyg och system	22
4.7 Ekonomiavdelningen	22
4.7.1 Verksamhetsrisker	22
LVS Treserva - Delaktighet i förvaltningens processer	22
Återansökningar - kunskap finns endast på administrativa enheten	23
4.7.2 Legala skador	23
Inköp och upphandling - ramavtal följs inte	23
4.7.3 Finansiella risker	24
Återansökningar - gemensam hantering och rutin i förvaltningen	24
Återansökningar - rätt kunskapsnivå på enheterna	24
Budget- och uppföljningsarbete	24

1 Inledning

Enligt Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll¹ ska nämnders och bolagsstyrelser styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten vara systematisk, förebyggande och utvecklingsinriktad och med rimlig grad säkerställa att:

- verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt, med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till
- verksamheten långsiktigt bidrar till en hållbar utveckling och en god ekonomisk hushållning utifrån ett helhetsperspektiv
- lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer som berör verksamheten följs
- informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig

En viktig del i att säkerställa säkerhet och kvalitet för den vi är till för är att identifiera de risker som finns i verksamheten och att tillsätta förbättringsåtgärder för att minimera eller eliminera riskerna. Detta arbete är också en viktig komponent i Socialstyrelsens riktlinje om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som anger att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Ett bra sätt att skapa en bild över verksamhetens kvalitet och eventuella brister är att utföra olika former av egenkontroll. Dessa kontroller kan ske på många olika sätt till exempel genom stickprov och aktgranskning. Ytterligare ett sätt att skapa bilden är att analysera inkomna synpunkter eller uppkomna avvikelser.

¹ Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll2, rev 2020-03-19 §23 0110/19

2 Nämndens kontrollplan och samlad riskbild

2.1 Framtagande och beslut om nämndens kontrollplan och samlade riskbild

I samband med framtagandet av nästkommande års budget ska riskhanteringen för olika riskområden sammanställas i en samlad riskbild för nämndens verksamhetsområde. Den samlade riskbilden ska beskriva åtgärder som redan har införts för att minska risker och nya åtgärder som behöver vidtas.

Utifrån den samlade riskbilden ska en intern kontrollplan upprättas. Den ska innehålla de områden/processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår för att verifiera att åtgärder har fått avsedd effekt. Val av risker till nämndens kontrollplan sker efter beslut i förvaltningsledningen årligen. Nämnden ska fatta beslut om den samlade riskbilden och intern kontrollplan senast i februari månad.

2.2 Uppföljning av nämndens kontrollplan och samlade riskbild

Uppföljning av verksamhetens riskbild och beslutade åtgärder ska ingå som en del av den löpande uppföljningen. Enligt ärende för planering och uppföljning för 2022 ska uppföljning av nämndens kontrollplan ske per delår augusti och i årsbokslutet för 2022. Samlad riskbild följs upp i sin helhet per årsbokslut 2022.

2.3 Kategorisering och bedömning av risker i samlad riskbild och kontrollplan

Kategorisering av nämndens samtliga risker sker i områdena:

- **Omvärldsrisker:** kan till exempel avse förändringar hos andra huvudmän som påverkar nämndens verksamhet.
- **Verksamhetsrisker:** avser risker som är relaterade till verksamheten som till exempel risk för kö till egen verksamhet, risk att inte kunna uppnå ett tilldelat mål eller uppdrag
- **Förtroendeskadador:** till exempel olika former av oegentligheter

- **Legala skador:** till exempel risker som kan uppstå om förvaltningen inte följer lagstiftning
- **Bristande efterlevnad till regelverk:** kan till exempel avse risker som följer av att inte socialtjänstprocessen följs
- **IT och informationssäkerhetsrisker:** till exempel kopplat till röjande av sekretess genom teams
- **Redovisningsrisker:** risker relaterade till bokföringen.

Risker ska primärt utgå från nämndens systematiska kvalitetsarbete men kan också identifieras på annat sätt. När risker identifierats gör förvaltningen en bedömning om hur sannolikt det är att risken uppstår samt hur väsentlig påverkan en risk kan få om den sker.

Vissa risker är långsiktiga och behöver arbetas med under flera år medan andra är möjliga att åtgärda mer kortsiktigt till exempel genom tillsättande och implementering av en rutin.

Vissa risker ligger utanför nämndens rådighet att påverka men kan ändå bedömas att de behöver finnas dokumenterade i nämndens samlade riskbild. Skälet är att det ändå behöver finnas en kontroll på risken oavsett att den inte är påverkbar. Identifierade risker i samlad riskbild bedöms med ”acceptera” om det är en typ av risk som inte bedöms påverkbar. Risker som både behöver och kan åtgärdas bedöms ”hantera” och därefter planeras och genomförs åtgärder för att undanröja risker eller minimera den.

3 Nämndens kontrollplan 2022

Nämndens kontrollplan 2022 innehåller de risker som valts ut till särskild granskning under året.

Av de 5 utvalda riskerna under året tillhör tre kategorin verksamhetsrisker, en risk tillhör förtroendeskadorna och en tillhör bristande efterlevnad till regelverk.

3.1 Uppföljning av nämndens kontrollplan

3.1.1 Verksamhetsrisker

Krav på snabba resultat - Försörjningsstödet

Riskbeskrivning:

Att målet att halvera försörjningsstödet ska visa upp resultat snabbt.

Konsekvensbeskrivning:

Verksamheterna inte får tid på sig att bygga upp något stabilt som bottnar i evidens och BIP-forskning.

Åtgärder:

En stor omorganisation från stadsdelsförvaltningar till en förvaltningsorganisation genomfördes i januari 2021. Under det första året 2021 var det pandemi i Sverige. Pandemin försvårade förutsättningarna för att långsiktigt och hållbart bygga upp en ny förvaltning då det enligt restriktioner inte var möjligt att träffas fysiskt. Socialsekreterarnas möjlighet att träffa klienterna begränsades också. Avdelning försörjningsstöd har inte heller fått en möjlighet att bygga upp en stabil grund då många utvecklingsprojekt har drivits på utifrån såsom automatisering, barnrättsperspektiv, icke godkända andrahandskontrakt, bedömningsstöd, utvidgat uppdrag för Kompetenscenter (KC) samtidigt som interna omorganiseringar såsom uppbyggandet av en gemensam mottagningsfunktion samt att tre kontor ska få en samsyn. Samtidigt ska nya rutiner för stödfunktionerna byggas upp inom administrationen, HR, kansliet, och ekonomi. Idag har förvaltningen en hög personalomsättning och det finns behov av att få jobba långsiktigt och hållbart med en god framförhållning. När det blir så stort fokus på utvecklingsarbete finns mindre tid för huvuduppdraget där självförsörjningsuppdraget ingår.

Gällande automatiseringen fick socialförvaltningarna sex veckor på sig att lösa metodfrågorna efter att den tekniska lösningen var klar. Det medförde en stor stress bland medarbetare och chefer. Socialförvaltningen Hisingen har valt att efter införandet av automatiseringen starta samtal med KC om en målgruppsbeskrivning och en tidsplan för breddning av målgruppen som tillsammans har samverkats fram och som är tydlig för avdelningens 72

socialsekreterare. Det är viktigt för socialförvaltningen Hisingen att få ett arbetssätt som förenklar samarbetet mellan socialsekreterare och KC. Avdelningen hoppas på att kunna få arbeta hållbart och långsiktigt med en god framförhållning. Då kan en bra bas läggas för myndighetsutövningen och självförsörjningsuppdraget utifrån den enskildes behov, forskning och i samverkan med andra. Verksamheten har hanterat risken genom att medvetandegöra processer och våga sortera och prioritera under året.

Låg andel klienter placerade i HVB i relation till socialt boende

Riskbeskrivning

För få klienter i HVB i relation till hur många klienter som är beviljade socialt boende vilket kan riskera en inlåsningsseffekt i fortsatt missbruk. Risken gäller alla de klienter som är i behov av vård för sitt missbruk vilket inkluderar öppenvård inom beroendevården, såväl som HVB, eller annan typ av vård.

Konsekvensbeskrivning

Om klienterna inte får adekvat missbruksbehandling kan detta ge en inlåsningsseffekt i socialt boende, och leda till långvariga placeringar.

Åtgärder:

För att se om de behov som finns tillgodoses av beroendevården så ska de avvikelser som görs i MedControl Pro analyseras för att se om brister i samverkan påverkar eventuella inlåsnings effekter.

Andelen klienter som har vård enligt SoL på HVB är jämfört med till exempel Stockholm och Malmö är lågt i Göteborgs stad. Göteborgs stad har en väl utbyggd boendeverksamhet med varierat stöd utifrån behov. Göteborgs stad har även beslutat om att Bostad först är den väg ur hemlöshet som staden vill gå gällande hemlösa personer i missbruk.

Att få rätt stöd i sitt boende och genom beroendevården för att komma till rätta med ett beroende kräver att båda huvudmän ger insatser parallellt och i samverkan. Risken för inlåsningsseffekt i socialt boende handlar till stor del om att tillgängligheten till befintlig beroendevård för våra klienter inte är tillräckligt god.

Risk för att verkställande av insatser inte sker i tid då inflödet av uppdrag är högt till Barn och unga resurs

Riskbeskrivning

Inflödet av omfattande och komplexa uppdrag är högt vilket leder till att det tar tid innan insats kommer igång. Under den tiden kan den/de som ska få stöd tappa motivationen och problematiken djupnar och blir större.

Konsekvensbeskrivning

En konsekvens av det kan bli att barnet, ungdomen och vårdnadshavarna inte kommer eller avbryter insats redan efter en kort tid utan att målen i genomförandeplanen är helt eller delvis uppföljda. Att situationen förvärras.

Åtgärder:

Verksamheten har kunnat öka tillgång till personal vilket underlättat kö-situationen. HIT-teamet (Högintensiva teamet) är i gång vilket ytterligare underlättat situationen och bidragit till en minskning av kön.

Enhetscheferna ska tillsammans med metodhandledare/arbetsledare arbeta för att skapa en väg in för de uppdrag där det fattats beslut om intern öppenvård. Syftet är att resurserna ska fördelas likvärdigt över Hisingen och för att kunna nyttja hela BoU resurs kapacitet effektivt. Uppdraget ska vara slutfört senast under april månad 2023.

Vidare åtgärd är att resursenheterna har bemannats upp för att kunna möta upp inflödet/volymen av uppdrag. Bemanning och rekrytering är nu slutförd.

Ett verktyg för ärendetyngd för familjebehandlande insatser håller på och tas fram. Arbetet fortsätter under 2023.

Regelbunden uppföljning av ärende sker för att avsluta ärenden där målen i genomförandeplanen är uppfyllda eller där annan insats är aktuell så att inte barn och ungdomar blir kvar längre än de är i behov av.

Det finns ärenden där familjebehandlare utför kompensatoriska insatser i avvaktan på att rätt huvudman tar över eller blir en samarbetspartner. En dialog med FFS är på gång. Med Närhälsan och BUP förs dialogen genom NOSAM.

3.1.2 Förtroendeskadador

Ekonomiska oegentligheter

Riskbeskrivning

Risk för missbruk av förtroendeställning eller annat oetiskt beteende. Risk att kommunens tillgångar nyttjas privat, risk att attestregler inte efterlevs

Konsekvensbeskrivning

Konsekvensen är ett minskat förtroende för Göteborgs Stads verksamhet

Åtgärder:

Kontroll att regler för attest efterlevs sker löpande 2 gånger per år och kontrollerna för 2022 har inte visat någon väsentlig avvikelse. I kontrollerna kontrolleras rätt chef, rätt datum, rätt avdelning, att organisationsträdet stämmer samt att attestblanketterna är underskrivna av förvaltningsdirektör och avdelningschef samt kontrollerad av ekonomiavdelningen.

3.1.3 Bristande efterlevnad till regelverk

Tidsram för förhandsbedömning och utredningar

Riskbeskrivning

Risk att förhandsbedömningar och utredningar inte genomförs inom gällande tidsram.

Konsekvensbeskrivning

Att barn och unga inte får stöd och hjälp i tid.

Åtgärd:

Kontrollaktiviteter finns i form av enheternas egenkontroll av efterlevnad av regelverk. Arbetet med åtgärderna löper på enligt planering.

Samlokaliseringen av Mottagningsenheten till en enhet har bidragit till att alla socialsekreterare arbetar gentemot hela Hisingen vilket underlättar mycket vid fördelningen och hanteringen av inkomna anmälningar.

Gemensamma rutiner och tidsbesparande arbetssätt tas fram. I de fall där verksamheten tidigare skickat brev till vårdnadshavare efter inkommen anmälan, ska en kontakt tas per telefon. Dokumentation ska skötas helt digitalt, där inga handlingar inkommit i pappersformat. Nytt telefonsystem kommer att införas, vilket kommer att innebära att färre personer behöver ha jour och ta emot telefonsamtal.

Personalförstärkning har också skett i form av en arbetsledar-konsult och erfarna socialsekreterare.

Förtydligande har också gjorts att EC alltid ska informeras när en avvikelse om försenad förhandsbedömning har gjorts. Rutin att socialsekreterare informerar 1:e socialsekreterare när en förhandsbedömning riskerar att bli försenad, exempelvis på grund av att familjen inte går att nå, har tagits fram. Beslut om att inleda utredning eller inte, tas då med uppgifterna i anmälan som underlag. På metodträffar går 1:e socialsekreterare igenom lagstiftning på området.

1:e socialsekreterarna ser dagligen över hur Mottagningsenheten ligger till med inflödet av anmälningar och ansökningar och har kontroll över om förhandsbedömningar riskerar att bli sena. Fördelningen av nyinkomna anmälningar sker då till socialsekreterare som inte har dessa.

Åtgärder har vidtagits för att minska antalet försenade utredningar. 1:e socialsekreterare har kontinuerliga avstämningar, enligt en särskild metod, som ett stöd till socialsekreterarna för att hålla utredningstiderna. Mottagningsenheten fördelar nya ärenden till alla utredningsenheter oavsett geografisk tillhörighet, för att minska belastningen på enheter som har särskilt många nya socialsekreterare. Erfarna konsulter har anställts. Särskilda skrivardagar har ordnats där socialsekreterare från hela

avdelningen hjälpts åt att avsluta utredningar, även de på annan enhet är den egna.

Personalsituationen har påverkat möjligheten att hinna med och det finns en obalans i förhållandet mellan erfaren och oerfaren personal då en nyutexaminerad socionom inte har möjlighet att hantera samma ärendemängd som en erfaren socialsekreterare. Detta bedöms vara den en stor del av orsaken till att utredningar blir försenade. Enheterna arbetar med metoden Lean för att kontinuerligt följa utredningsprocessen och ge stöd till utredande socialsekreterare. Metoden används dock inte fullt ut på alla enheter. Mottagningsenheten fördelar ärenden efter geografisk tillhörighet, men tar alltid hänsyn till hur belastningen ser ut på respektive enhet.

4 Samlad riskbild

Den samlade riskbilden utgörs av samtliga identifierade risker i verksamheten där också de risker som nominerats till nämndens kontrollplan ingår. Nedan följer en redogörelse av arbetet som skett med de risker i nämndens samlade riskbild som inte finns med i nämndens kontrollplan.

Uppföljning sker avdelningsvis.

4.1 Avdelning barn och unga myndighet

4.1.1 Bristande efterlevnad till gällande regelverk

Placeringsavtal

Riskbeskrivning

Att placeringsavtal inte upprättas enligt rutin, för varje beslutsperiod.

Konsekvensbeskrivning

Att placering pågår utan stöd i gällande avtal försämrar möjligheten att utkräva ansvar av leverantör

Åtgärder:

Enheterna utför egenkontroller med stöd av Lokal inköps samordnare (LINK). LINK-samordnaren påminner socialsekreterare när pågående avtal på direktupphandling går ut samt påminner kontinuerligt om rutinen och besöker enhetschefer och 1:e-grupper kontinuerligt med syftet att informera om vikten av att avtal ska tecknas för varje beslutsperiod. LINK-en bedömer att det under året har skett en förbättring i efterlevnaden av regelverket.

4.2 Avdelning barn och unga resurs

4.2.1 Omvärldsrisker

Risk för att socialtjänsten inte kan möta de utmaningar det innebär att allt fler ungdomar dras in i kriminella miljöer.

Riskbeskrivning

Risk för att socialtjänsten inte kan möta de utmaningar det innebär att allt fler ungdomar dras in i kriminella miljöer. Det är en samhällsfråga som inkluderar jämlika livsvillkor.

Konsekvensbeskrivning

Våldet är hänsynslöst och inga spelregler finns kvar. Det är inte bara de som är direkt inblandade i konflikten som kan bli utsatta utan alla. Inte bara de unga som av olika anledningar hamnat i en situation som de behöver vår hjälp att ta sig ur, utan även deras familjer, mammor, syskon och alla som står i vägen blir utsatta. Om en person som är involverad i de kriminella gängerna pratar med polis eller socialtjänst så är det mer än okej att ge sig på denna, även inom de egna kretsarna. Detta vet alla som lever i denna miljö. Tänk då hur mycket som krävs för att faktiskt be om hjälp, att söka stöd från socialtjänsten. Varje gång vi nekar en sådan ungdom och dennes familj stöd ger vi en poäng till de kriminella gängerna. Vi ger dem bekräftelse på att vårt skydds nät inte fungerar och att andra parallella system är de som de kan lita på, som kan ge dem skydd. De tvingas att stanna, att utföra brott och i värsta fall beväpna sig som skydd och försöka döda för att skydda sig själva och sin familj.

Åtgärder:

Det finns behov av att förbättra samverkan inom SSPF och starta upp en modell - SSF - för de yngre åldrarna. Alla SSPF-koordinatorer är samlade på en enhet. Däremot är inte SSF uppstartat ännu och läggs på is samt avvaktas det arbete som sker i Centrum.

Det finns behov av att stärka upp fältgruppsarbetet och höja kunskapsnivån hos våra samverkans partners. Arbetet pågår. En verksamhetsbeskrivning av fältarbetet har tagit fram. Kommunikation har skett på Trygg i:s arbetsgrupp.

Det finns också behov av att stödja barn och unga tillsammans med deras vårdnadshavare redan i tidiga åldrar. Det är ett omfattande arbete som behöver göras och som utgår ifrån den lokala handlingsplan som tagits fram och den stadengemensamma handlingsplanen. Arbetet pågår genom Spädbarnsverksamheten och Hembesöksprogrammet samt genom det pågående FCA-arbetet med familjecentral.

4.2.2 Verksamhetsrisker

Svårigheter att rekrytera familjehem i egen regi

Riskbeskrivning

Svårigheter att rekrytera familjehem i egen regi.

Konsekvensbeskrivning

Svårigheterna leder till en otrygghet för barn som är i behov av placering och det finns också en risk för att det genererar höga verksamhetskostnader som i sin tur påverkar möjligheterna till annan vård.

Åtgärder

Kontrollaktiviteter sker utifrån handlingsplanen som togs fram efter familjehemsuppdraget. Ett rekryteringsteam har skapats som inledningsvis ansvarar för ett mer intensivt och sammanhållet stöd till nyblivna familjehem dels utifrån det placerade barnets behov, dels utifrån utbildningsbehov.

Att skapa ett team av familjebehandlare pågår men rekryteringen har fått ge utrymme för rekrytering inom Familjehemsenheten. Samverkan är genomförd. Syftet med team med familjebehandlare är att ge stöd vid risk för sammanbrott eller utifrån det specifika barnets behov.

Intensifierat stöd och uppföljning sker genom att varje familjehem har kontakt med familjehemssekreterare en gång per månad.

Risk för att det saknas tillförlitliga uppföljningssystem

Riskbeskrivning

Det saknas idag IT-system ger möjlighet att plocka ut riktiga uppgifter för att analysera och följa upp verksamhet.

Konsekvensbeskrivning

Fel i underlag ger felaktiga uppgifter som i sin tur kan leda till felaktiga sanningar som det sedan fattas beslut utifrån.

Verksamheten får skapa egna system för uppföljning av verksamhet som tar resurser i anspråk som bättre kunde använts till annat.

Åtgärder

Arbete med att ta fram nyckeltal som är relevanta och kvalitetssäkrade pågår.

Risk för att brukare inte får rätt insats i rätt tid av rätt utförare

Riskbeskrivning

Den nya förvaltningen är en stor ny organisation och det finns en risk för att vi inte känner till varandras verksamheter.

Konsekvensbeskrivning

Risk för att brukare inte får rätt insats i rätt tid av rätt utförare

Åtgärder

Genomgång av vad som erbjuds utifrån preventionstriangeln och en mer omfattande introduktion av nya medarbetare behöver ske. Arbete med insatskatalog och vad som erbjuds vad gäller föräldrastöd och föräldrautbildningar pågår. En kommunikation av föräldrastödprogrammet och föräldrautbildningar behöver tas fram. Det finns en väg in genom en föräldrastödstelefon.

4.3 Avdelning vuxen och Psykologenheten

4.3.1 Verksamhetsrisker

Ny förvaltning ökar krav på samverkan

Riskbeskrivning

Ny organisation, socialförvaltningen Hisingen, ökar kravet på samverkan både internt och externt. Behov av stadengemensam samordning utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv.

Konsekvensbeskrivning

Icke fungerande samverkan kan leda till att våra klienter inte får rätt insatser.

Åtgärder

Viktiga åtgärder är att identifiera samverkanspartners och skapa rutiner och processer för hur samverkan bäst sker. En bra dialog med andra behöver skapas där frågan om hur samverkan sker eller kan förbättras lyfts upp. På klientnivå är kontrollaktiviteten att följa antalet samordnande individuella planer (SIP) samt SP (samordnade planer). Det finns en samordningsgrupp enligt överenskommelsen socialpsykiatri som ska identifiera strukturella samverkansbrister.

Avdelningen har sedan i maj påbörjat ett arbete med att utvärdera den sedan januari 2021 nya organisationen. Dels handlar det om att se över enhetschefernas arbetssituation och arbetsbelastning, dels medarbetarnas tillgång till nära ledarskap. Utvärderingen syftar också till att utvärdera att vår nya organisation fungerar för våra brukare. Ledningsgruppen har haft en planeringsdag i maj och också haft ett inledande möte med samtliga 1-e socialsekreterare. Arbetet har fortsatt under hösten 2022 och eventuella justeringar ska vara klara inför kommande årsskifte.

En rutinöversyn inom avdelningen Vuxen har påbörjats och arbetet med att se över samverkansrutiner inom socialförvaltningen Hisingen har påbörjats och vissa rutiner har publicerats. Avdelningscheferna för Vuxen och

Försörjningsstöd träffas regelbundet för att prata om gemensamma rutiner och samverkansdelar och för att vara uppdaterade inom varandras områden.

Verksamheten arbetar med att säkerställa att SIP och SP upprättas enligt befintliga rutiner och enhetscheferna får återkoppla hur många SIP samt SP som upprättats. Det är ej möjligt att få fram statistik antal SP ur Treserva varför enheterna behöver ha manuell framtagning av denna statistik.

När det gäller frågan om förnyat uppdrag för samordningsgruppen socialpsykiatri så pågår förnyelse av uppdrag och sammansättning.

Nytt arbetssätt utifrån organisationsförändring inom avdelning vuxen

Riskbeskrivning

Arbetssätt behöver tas fram på de nya enheterna så att rutiner är väl kända och följs både inom avdelningen och i förvaltningen.

Konsekvensbeskrivning

Risk att samverkan försämras vilket kan leda till att våra klienter inte får sina behov tillgodosedda.

Åtgärder

Utvärdering och genomlysning av den nya organisationen sker. Gemensamt arbete för förste socialsekreterare pågår för att genomlys befintliga rutiner men också för att upprätta nya för ett fungerande samarbete inom avdelningen. Från hösten 2022 kommer förste socialsekreterare regelbundet delta på avdelningsledningsgrupp (ALG) för fortsatt dialog kring organisationsstrukturen. En genomförandeplan är upprättad som ett underlag för att utvärdera avdelningens effektivitet och för att identifiera eventuella justeringar som behöver göras.

Avdelningen har sedan i maj påbörjat ett arbete med att utvärdera den sedan januari 2021 nya organisationen. Dels handlar det om att se över enhetschefernas arbetssituation och arbetsbelastning, dels medarbetarnas tillgång till nära ledarskap. Men utvärderingen syftar också till att utvärdera att vår nya organisation fungerar för våra brukare. Ledningsgruppen har haft en planeringsdag i maj och också haft ett inledande möte med samtliga 1-e socialsekreterare. Arbetet har fortsatt under hösten och eventuella justeringar ska vara klara inför kommande årsskifte.

Det pågår även en rutinöversyn inom avdelningen och i detta arbete kommer 1:arna att få ett särskilt uppdrag.

4.3.2 Bristande efterlevnad till regelverk

Samverkan med vårdgrannar

Riskbeskrivning

Verksamheten är mycket beroende av vårdgrannar som hälso- och sjukvård. Förändringar i verksamheten där får påverkan på insatsers genomförande inom socialtjänsten. Från 220101 exkluderas insatser från socialtjänstens ansvarsområde vid externa HVB placeringar vilket ställer ännu högre krav på samverkan i form av SIP innan extern placering.

Konsekvensbeskrivning

Om risken uppstår kan det leda till att våra klienter inte får samordnade insatser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Åtgärder

När brister i samverkan uppstår skall avvikelser i MedControl Pro göras. Verksamheten behöver också säkerställa att SIP och SP upprättas enligt befintliga rutiner.

Beroendevården i Göteborg har under vintern/våren genomgått en del förändringar, vilket har påverkat samverkan mellan socialförvaltningen och beroendevården negativt. Avdelningscheferna inom vuxen och försörjningsstöd har också i juni månad genom en gemensam skrivelse till Beroendevården framför oron för brukarnas säkerhet och vårt gemensamma uppdrag med anledning av de neddragningar och nedläggningar som Beroendevården har genomfört under året. Undersommaren 2022 har flera avdelningar stängts och den tillgängliga beroendevården finns inte att tillgå för brukare.

Under sommaren 2022 har också vissa socialförvaltningar haft stora svårigheter i samarbetet med Beroendevården vad det gäller abstinensbehandling och veckovisa möten med beroendevårdens verksamhetschef och socialförvaltningarna har genomförts.

Socialförvaltningen Hisingen har inför sommaren säkerställt att alla medarbetare som är berörda har tillgång till systemet Medcontrol Pro och att alla avvikelser i samverkan ska registreras där, för att kunna analyseras gemensamt med beroendevården efter sommaren. Beroendevården hänvisar till stora svårigheter att bemanna sina verksamheter. Därmed görs bedömningen att risken för att det fortsatt är hög risk för att våra gemensamma klienter/patienter inte får en sammanhållen och samordnad beroendevård.

Verksamheten säkerställer att SIP och SP upprättas enligt befintliga rutiner genom att enhetscheferna får återkoppla hur många SIP samt SP som

upprättats. Det är inte möjligt att hämta ut statistik över antalet SP ur Treserva. Enheterna behöver ha manuell framtagning av denna statistik.

4.4 Avdelning försörjningsstöd

4.4.1 Verksamhetsrisker

För många utvecklingsområden - försörjningsstöd

Riskbeskrivning

Alldeles för många utvecklingsområden på gång samtidigt i staden.

Konsekvensbeskrivning

Risken är att implementeringen blir eftersatt och att arbetet då är ogjort.

Åtgärder

Verksamheten har försökt prioritera under året för att hålla belastningen på en rimlig nivå. Under 2022 har försörjningsstödet haft många mål och uppdrag att uppfylla samtidigt som organisationen är ny. Trycket har varit stort att uppfylla politikens intentioner. För 2023 finns inte dessa riktade uppdrag längre och risken kan därför avslutas.

4.5 Avdelning för stadsområde välfärd och fritid

4.5.1 Verksamhetsrisker

Risk att tappa kompetens och kvalitet

Riskbeskrivning

Arbete i utsatta områden med kriminalitet. Riskerar personalomsättning och att tappa kompetens och kvalitet.

Konsekvensbeskrivning

Arbete i utsatta områden med kriminalitet. Riskerar personalomsättning och att tappa kompetens och kvalitet.

Åtgärder

Förvaltningen erbjuder handledning genom psykologenheten. Handledning erbjuds till arbetsgrupper vid behov utifrån hot & våld. Enhetschefer och medarbetare har genomfört utbildning inom kriminalitet som livsstil. Roller och ansvar kopplat till uppdraget är tydliggjort. Machokultur är något som arbetas med för att skapa en mer jämställd arbetsplats.

Det är viktigt att medvetandegöra berörd personal om lägesbilden i det aktuella området. Fortsatt samverkan med polis och övriga krävs för att få korrekt bild av läget. Aktuella lägesbilder ligger till grund för att fatta beslut om vilka åtgärder som behövs i de aktuella områdena. Fortsatt samverkan med civilsamhälle, polis och bostadsbolag sker.

Risk för brist på personalresurser utifrån administrativa uppgifter från staden

Riskbeskrivning

Uppdrag från centralt håll (staden och nationellt, i form av enkäter med mera) tar mycket plats så själva kärnuppgifterna och utvecklingen av verksamheten hinns inte med.

Konsekvensbeskrivning

Rollen som verksamhetsutvecklare behöver tydliggöras. Ökad samordning mellan socialförvaltningar behöver ske, till exempel kring TU:n, yttranden, enkäter med mera. Det behöver också ses över om vissa uppgifter går att avstyra eller lägga på andra administrativa funktioner än verksamhetsutvecklarrollen.

Åtgärder

Översyn av organisation har skett och ny organisation har startat upp 1 september 2022. Omorganisationen innebär att verksamhetsutvecklare flyttas till avdelningschef för stadsområde välfärd och fritid och kommer på det sättet närmare förvaltningsledningen och de strategiska frågorna. Trygghetssamordnare flyttas till enheten för stöd och utveckling som ligger under avdelning välfärd och fritid.

4.6 Avdelning för stab

4.6.1 Verksamhetsrisker

Krishantering och resurser i förvaltningen

Riskbeskrivning

Förvaltningen behöver klara sju dagar krishantering. Saknas personal, olika funktioner som kan ersätta varandra vid kris.

Konsekvensbeskrivning

Hög arbetsbelastning på medarbetare och chefer.

Åtgärder

Revidering av förvaltningens kontinuitetsplaner där ovan planering ingår pågår just nu.

Ha en hållbar arkivorganisation

Riskbeskrivning

Problem med att förankra frågan i förvaltningen vilket medför problem med ordning och förvaring då ingen tar ansvar.

Konsekvensbeskrivning

Risk för ny arkivskuld.

Åtgärd

Ny översyn av arkivorganisationen är planerat i januari. Det saknas delvis arkivredögörare som ska ha bra kännedom om förvaltningen och kunna ta hand om praktiskt arbete med förvaltningens arkiv. Förvaltningen är i fas med aktavställning av akter från 2015 och arbetet fortsätter under 2023. Planering och genomförandet görs ihop med andra socialförvaltningar.

4.6.2 IT och informationssäkerhetsrisker

Risk att förvaltningen inte tar hand om personuppgiftsincident i tid

Riskbeskrivning

Brist på dataskyddskontakter. Viktigt pga. tidsbrist och risker och konsekvenser utav incidenten i fråga.

Konsekvensbeskrivning

Förvaltningen följer inte lagen.

Åtgärder

Ny dataskyddsorganisation och nya processer har implementerats.

Användning av sociala medier i förvaltningen, tredjelandsoverföring (Schrems)

Riskbeskrivning

Verksamheter har ett behov att använda sociala medier i kommunikationen med invandare, särskilt ungdomar.

Användningen av sociala medier innebär risk för att personuppgifter överförs till tredje land, exempelvis USA. Eftersom amerikansk lag tillåter myndigheter att begära ut data, inklusive krypteringsnyckel, finns risk för obehörig åtkomst av personuppgifterna.

Problematiken kring tredjelandsoverföring kvarstår oavsett vilken rättslig grund personuppgiftsbehandlingen i sociala medier grundar sig på (allmänt intresse, samtycke, avtal). Att använda sig av sociala medier innebär därför ett accepterande av riskerna detta innebär för den enskildas integritet och för förvaltningens förtroende och ekonomi.

Konsekvensbeskrivning

Att upphöra helt med personuppgiftsbehandlingar i sociala medier skulle innebära mindre kontakt med invånarna. De budskap som skapar engagemang är sällan de av rent informativ karaktär, och ett konto med få engagerade följare behandlas av de sociala mediernas algoritmer som mindre relevant. Detta skulle få negativa konsekvenser även för de inlägg som innebär viktig samhällsinformation.

I stadens riktlinje från 28 april 2021 anges ett antal olika förslag för att minimera behandlingen av personuppgifter, bland annat att använda illustrationer och animationer istället för fotografier och filmer. Riktlinjen förslår också att stänga av eller begränsa kommentarsfält, samt att låta bli att uppmäna till interaktion från de registrerade. Förvaltningen noterar att denna lösning bara är tekniskt möjlig på Facebook, Instagram och Youtube i dagsläget.

Åtgärder

Utbildning till verksamheterna i frågor som rör användning av sociala medier och publicering av personuppgifter sker. Kännedom skapas om anvisningen för användning av sociala medier som beskriver hur hantering av sociala mediekanalet ska ske. En enkät ska genomföras i syfte att verksamheter ska se över sina kanaler samt följa anvisningar rörande publicering av personuppgifter.

Brytande av sekretess på grund av användning av teams

Riskbeskrivning

Risk för att information läcks till tredje part externt och internt

Muntligt (exempelvis till media eller person som begär ut handlingar rörande annan person och att en tex avslöjar att personen i fråga har ett ärende hos förvaltningen)

Skriftligt (att svara reflexmässigt i mejl något som en faktiskt vet men som inte är offentligt eller ska spridas internt)

Konsekvensbeskrivning

Information kan läckas till tredje part externt och internt

Åtgärder

Användning av Teams på individskottssammanträden upphör från 1 januari.

Risker med digitala verktyg och system

Riskbeskrivning

Föråldrade system som fungerar dåligt. Osäkert utifrån funktionalitet (Office 365 exempelvis)

Konsekvensbeskrivning

Okunskap hos medarbetare och chefer som kan leda till bland annat sekretessbrott

Åtgärder

Konsekvensbedömning av Office 365 ska genomföras under våren 2023

4.7 Ekonomiavdelningen

4.7.1 Verksamhetsrisker

LVS Treserva - Delaktighet i förvaltningens processer

Riskbeskrivning

Ostrukturerad och bristande delaktighet från LVS leder till 1. Felaktig information till Treserva-användarna samt externa aktörer (till exempel stadsrevisionen). 2. Beslut (till exempel om ett visst arbetssätt) i förvaltningen fattas på felaktiga grunder.

Konsekvensbeskrivning

1. Tekniska konsekvenser i Treserva, som inte går att rätta till, men även påverkan i handläggningen i Treserva, vilket kan påverka den enskildes rättssäkerhet. 1. Resultat av till exempel revision baseras på fel uppgifter, när LVS inte varit delaktig. 2. Merarbete för förvaltningen och stora processer kan behövas göras om. 2. Rättssäkerheten för den enskilde påverkas (felregistrerat i Treserva).

Åtgärder

Samordnande LVS bjuds in till medarbetarnära ledarforum vilket är genomfört. Ett förslag till presentation av den samordnande LVS funktionen kommer tas fram till intranätet. En rollbeskrivning ska ingå.

Vidare åtgärd är att bevaka framåt att samordnande LVS bjuds in när förvaltningsövergripande rutiner skapas, till exempel rörande omorganisationer och då LVS berörs i rutinerna. Regelbundna möten behöver komma till stånd med verksamhetsutvecklarna,

förvaltningscontroller, verksamhetscontroller och verksamhetsutvecklare IT för att LVS ska bli uppdaterade med senaste läget.

Återansökningar - kunskap finns endast på administrativa enheten

Riskbeskrivning

Sårbarhet vid frånvaro. Risk för försämrad arbetsmiljö för administratörerna, då admin indirekt förväntas ta "ansvaret" för de brister som finns i organisationen gällande återsökning.

Konsekvensbeskrivning

Inga andra kunskapsbärare i förvaltningen, vilket kan leda till missade ansökningar och/eller avslag ansökningar, vilket leder till förlorade intäkter. Administratörerna får försämrad arbetsmiljö pga indirekt "ansvar" för återsökningarna, även om detta beror på att det inte finns tillräckligt med underlag i ärenden och/eller att admin ej fått kännedom om personerna att ansöka för.

Åtgärder

Ett pilotprojekt kommer genomföras första halvåret 2023 – nedan angivna åtgärder kan påverkas av hur projektet faller ut.

Om pilotprojektet inte fortsätter kommer adm enheten att utöka samordnarkompetensen för att öka kunskap ute i verksamheterna. Det finns ett framtaget material med förslag på ny process där verksamheterna får en tydligare roll.

4.7.2 Legala skador

Inköp och upphandling - ramavtal följs inte

Riskbeskrivning

Risk att inköp sker utanför ramavtal.

Konsekvensbeskrivning

Risk för fördyrande kostnader samt skadestånd

Åtgärder

Arbete pågår för att minska antalet beställare. Introduktion för nya chefer genomförs för att ge rätt kunskap. Kartläggning av antalet beställare pågår kontinuerligt. Stickprovskontroll av fakturor genomförs också kontinuerligt. Utökning av inköpsfunktionen sker för att bättre stödja chefer och beställare.

4.7.3 Finansiella risker

Återansökningar - gemensam hantering och rutin i förvaltningen

Riskbeskrivning

Saknar nödvändig information från verksamheten och kan inte återsöka de ersättningar vi har rätt till.

Konsekvensbeskrivning

Avslag ansökan/utebliven ansökan vilket resulterar i uteblivna intäkter för förvaltningen.

Åtgärder

Se åtgärd avseende risk: Återansökningar - kunskap finns endast på administrativa enheten

Återansökningar -rätt kunskapsnivå på enheterna

Riskbeskrivning

Att Handläggande soc.sekr vet vilka underlag som ska begäras in vid handläggning av ärendet som sedan ska finnas tillgängligt vid återsökning. (Felaktigt formulerade beslutsmotiveringar, som kan påverka rätten till ersättning.

Konsekvensbeskrivning

Avslag ansökan/ej går att ansöka. Uteblivna intäkter för hela förvaltningen.

Åtgärder

Se åtgärd avseende risk: Återansökningar - kunskap finns endast på administrativa enheten

Budget- och uppföljningsarbete

Riskbeskrivning

Risk för brister i planeringsarbetet.

Konsekvensbeskrivning

Risken kan leda till sämre ekonomisk hushållning (ineffektivitet). Kan också leda till sämre måluppfyllelse i kärnprocesserna.

Åtgärder

Chefernas ansvar avseende budgetplanering beskrivs i stadsdelens ekonomistyrningsregler. Påminnelse sker i samband med detaljbudgetarbetet. Genomför kontroll på att mått fylls i korrekt i Stratsys.

Förvaltningen har löpande inplanerade prognosmöten med avdelningscheferna för att säkerställa prognosen för respektive enhet och avdelning.