



Kungsbacka

Revisorerna

**Basgranskning av Nämnden för
Handikappomsorg
2009-06-01**

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Syfte.....	3
2.2. Metod	3
3. Underlag för en ändamålsenlig verksamhet	3
3.1. Fullmäktiges reglering av ändamålet	3
4. Organisation	4
4.1. Reglemente och delegationsordning	4
4.2. Förvaltningen för handikappomsorg	4
4.3. Våra kommentarer	5
5. Verksamhetsstyrning	6
5.1. Nämndens mål för verksamheten	6
5.2. Nämndens kvalitetsarbete	8
5.3. Nämndens uppföljning av verksamheten	9
6. Budget och löpande ekonomisk uppföljning	10
7. Intern kontroll	12
7.1. Våra kommentarer	13
8. Sammanfattande kommentarer	14

1. Sammanfattning

Ernst & Young har på de förtroendevalda revisorernas uppdrag genomfört en basgranskning av nämnden för Handikappomsorg. Syftet med granskningen har varit att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Granskningen visar att nämnden till stor utsträckning arbetar enligt riktlinjerna och intentionerna för kommunens verksamhetsstyrning. För att tydligare kunna bedöma och följa upp effekten av genomförda åtgärder rekommenderar vi att det i genomförandeplanerna på samtliga nivåer anges vilken aktivitet som återspeglar respektive mål och uppdrag.

Nämnden bedriver ett omfattande kvalitetsarbete som svarar mot kommunens anvisningar och mallar. Granskningen visar att det finns många goda exempel i kvalitetsarbetet men att den övergripande samordningen mellan de olika delarna ibland saknas. Det finns till exempel ingen tydlig information kring hur beslutade kvalitetsnivåer, nämndens kvalitetsdeklarationer, genomförd brukarenkät samt kvalitetskriterierna i resursfördelningsmodellen hänger samman. Vi ser ett behov av en samlad analys kring de olika satsningar som nämnden genomför i syfte att säkerställa att dessa leder till en utveckling av verksamheten.

Utifrån det underlag vi tagit del av och de intervjuer vi genomfört uppfattar vi att den ekonomiska uppföljningen av nämndens verksamhet stödjer kommunallagens krav på en god ekonomisk hushållning. Genom införandet av resursfördelningsmodellen kan nämnden på ett tydligare sätt få en överblick av behov i förhållande till tillgängliga resurser, vilket underlättar bedömningen av om verksamheten bedrivs effektivt.

Vår bedömning är att nämndens arbete med den interna kontrollen tydligare kan integreras i arbetet med budget och verksamhetsplanering. Riskanalysen bör ta sin utgångspunkt i kommunfullmäktiges samt nämndens prioriterade mål och uppdrag för verksamheten. Riskanalysens resultat bör sedan ligga till grund för strukturen av den interna kontrollen och de kontrollaktiviteter som nämnden har för avsikt att genomföra under året.

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden jämfört med föregående granskning har utvecklat den interna styrningen och kontrollen och bedriver verksamheten i enlighet med ändamålet och med en god ekonomisk hushållning. Vi anser dock att det är svårt att få ett samlat grepp kring hur nämndens samtliga delar i verksamhetsstyrningen hänger samman och med vilken effekt de olika delarna påverkar uppfyllandet av såväl nämndens som kommunfullmäktiges övergripande mål och riktlinjer. Vi rekommenderar därför att nämnden tydliggör verksamhetens röda tråd, det vill säga beskriver hur såväl samtliga delar i kvalitetsarbetet som nämndens samlade mål, riktlinjer och uppdrag tillsammans med den interna kontrollen verkar för att bedriva en ändamålsenlig verksamhet med god ekonomisk hushållning.

2. Inledning

Ernst & Young har på de förtroendevalda revisorernas uppdrag genomfört en basgranskning av nämnden för Handikappomsorg.¹

2.1. Syfte

Syftet med granskningen är att utifrån 9 kap. 9 § kommunallagen pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig.

2.2. Metod

Granskningen har genomförts genom:

- *Dokumentstudier.* Vi har studerat relevanta styrdokument, policydokument, protokoll, rutiner för väsentliga aktiviteter samt ekonomisk information.
- *Intervjuer.* Vi har intervjuat nämndens presidium, förvaltningschef, samtliga verksamhetschefer, ett urval av enhetschefer inom de olika teamen samt förvaltningens ekonom.

3. Underlag för en ändamålsenlig verksamhet

3.1. Fullmäktiges reglering av ändamålet

Ändamålet med nämndens verksamhet framgår av lag, reglementet, övergripande program- och policydokument samt av planeringsföresättningar. Av dokumentet "Föresättningar för planering av ekonomi och verksamhet 2009-2012" framgår kommunfullmäktiges vision för kommunen, kvalitetspolicy, de prioriterade målen samt direktiv kring hur nämnderna skall bryta ner dessa till resultatmål. Utifrån planeringsdirektiven skall nämnden upprätta sin verksamhetsplan. Av verksamhetsplanen för år 2009 framgår:

- Omvärldsanalys
- Mål, inriktning, uppdrag och direktiv
- Nämndens kvalitetsnivåer
- Verksamhetens innehåll samt omfattning
- Förvaltningens organisation
- Internkontrollplan
- Lokalresursplan
- Budget

Verksamhetsplanen för år 2009 är fastställd av nämnden för handikappomsorg den 14 maj 2008 respektive kommunfullmäktige den 23 september 2008.

¹ Basgranskning genomförs en gång per mandatperiod på respektive nämnd. Föregående basgranskning av nämnden för Handikappomsorg genomfördes år 2004.

4. Organisation

4.1. Reglemente och delegationsordning

Reglementet för nämnden för handikappomsorg är antaget av kommunfullmäktige den 9 juni 2005. Inga ändringar har skett efter detta datum. Av reglementet framgår att nämnden har att svara för kommunens lagstadgade skyldigheter avseende omsorger, insatser och vård för personer med funktionshinder. Nämnden ansvarar för kommunens uppgifter enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), dock ej verkställighet av insatsen rådgivning och annat personligt stöd i form av förskolekonsulent samt beslut och verkställighet av insatsen korttidstillsyn för skolbarn över 12 år.² Nämnden utövar ledningen för den kommunala hälso- och sjukvården för personer med funktionshinder. Ansvar för personer över 65 år med funktionshinder i kommunen faller inom äldreomsorgens ansvarsområde. Vidare skall nämnden enligt reglementet tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige beslutat samt föreskrifter i lagar och förordningar.³

Nämndens delegationsförteckning är nyligen reviderad och antagen av nämnden den 15 april 2009. Av delegationsförteckningen framgår anvisningar avseende delegeringsförbud, vidaredelegering, utövande av delegeringsrätt, jäv och ersättare för delegat. I anvisningarna framgår inte tydligt hur och på vilket sätt rapportering av beslut fattade på delegation skall ske. Delegeringen omfattar beslut enligt socialtjänstlagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, besvärssärenden, tillsynsärenden, sekretess, allmänna ärenden, ekonomi och personalärenden.

4.2. Förvaltningen för handikappomsorg

Förvaltningen leds av en förvaltningschef och är indelad i fyra verksamhetsdelar, två med ansvar för verkställighet, en med ansvar för myndighetsutövning samt en med ansvar för kvalitet och utveckling. För respektive verksamhetsdel ansvarar en verksamhetschef. Inom de olika verksamheterna är organisationen indelad i team, där enhetschefer och handläggare inom fem av teamen nedan arbetar ihop för att med fokus på brukaren säkra processen från ansökan till verkställighet. Sammanlagt finns inom förvaltningen sex team, där det sjätte teamet ansvarar för frågor som berör kvalitet och utveckling.

Handikappomsorgens teamorganisation:

- Team bostad med särskild service vuxna, socialpsykiatri, daglig verksamhet/sysselsättning
- Team bostad med särskild service barn, korttidsvistelse, läger, stödfamilj och avlösarservice
- Team socialpsykiatri
- Team SoL och HSL
- Team personlig assistans, ledsagarservice och kontaktpersoner
- Team utveckling och kvalitet

Inom förvaltningens organisation och verksamhetsområden förekommer ett flertal olika forum för att leda och styra verksamheten. Den centrala ledningsgruppen med förvaltningschef och verksamhetschefer träffas ett par gånger i månaden. När det gäller respek-

² Enligt 9 § 1 st. LSS

³ Reglemente – Nämnden för handikappomsorg, 2005-03-21

tive verksamhetsområde kan strukturen variera något, men i huvudsak finns följande övergripande forum:

- *Forum för enhetschefer.* Alla enhetschefer inom förvaltningen samt andra aktörer som MAS, MAR, ekonom, personalkonsulter och utredare och utvecklare inom kvalitet och utveckling träffas med syftet att behandla budget, personal samt kvalitets och utvecklingsfrågor som är gemensamma inom förvaltningen.
- *APT/verksamhetsgruppens ledningsgrupp.* Verksamhetschef tillsammans med verksamhetsgruppens enhetschefer träffas en gång i månaden i en kombination av arbetsplatsträff och ledningsmöte. Syftet är dels att verksamhetsgruppen har en gemensam arbetsplatsträff, dels att verksamhetsgruppen behandlar styr- och ledningsfrågor.
- *TEAM träffar.* Teamets huvuduppdrag är att diskutera pågående individärenden och uppföljning av processerna från handläggning till verkställighet och uppföljning. Teamet diskuterar månatligen utvecklingsfrågor och bjuder vid behov in samverkanspartners.
- *Frukostmöten.* Finns enbart i teamen bostad med särskild service vuxna, socialpsykiatri, daglig verksamhet/sysselsättning samt team bostad med särskild service barn, korttidsvistelse, läger, stödfamilj och avlösarservice. Syftet med frukostmötet en gång i månaden är att informera varandra om pågående aktiviteter inom eget område.

I intervjuer framkommer att flertalet av enhets- respektive verksamhetscheferna upplever sitt uppdrag och ansvarsområde som relativt tydligt. Det uttrycks dock att det ibland saknas stöd för händelser i det dagliga arbetet, där ett exempel som nämns är fysiskt våld som personalen behöver hantera i verksamheten. Det upplevs som att det finns handlingsplaner och rutiner men att det förebyggande arbetet, innan det händer, kan förbättras.

4.3. Våra kommentarer

Vår bedömning är att organisationen är ändamålsenlig utifrån det uppdrag som nämnden erhållit från kommunfullmäktige. Teamen som utgår från den enskilda brukarens behov och fokuserar på processen från handläggning till verkställighet och uppföljning skapar förutsättningar för att på ett ändamålsenligt och effektivt sätt lösa frågeställningar kring brukarna, vilket är positivt.

Enligt 6 kap. 35 § kommunallagen anges att beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 6 kap. 33 § kommunallagen (delegering av ärenden inom en nämnd) skall anmälas till nämnderna, som bestämmer i vilken ordning detta skall ske. I reviderad delegationsförteckning finns ingen beskrivning av hur beslut fattade på delegation ska anmälas, trots att detta nämndes som en brist också i den årliga granskningen för år 2008. Nämnden anger i genomförd intervju att det är upp till varje nämndledamot att gå igenom de två pärmar med utförda delegationsbeslut som finns tillgängliga vid respektive nämndsamanträde.

Vi bedömer att nämnden har en ändamålsenlig delegationsordning som motsvarar kommunallagens krav, men att nämnden med hänsyn till ovanstående iakttagelser bör utveckla de skriftliga riktlinjerna för utövandet av delegation, med avseende på när och på vilket sätt nämnden vill ha utövad delegering återrapporterad.

Vi ser också ett behov av att göra vissa justeringar i delegationsordningen, bland annat gällande rätten att teckna avtal med utförare inom varlfrihetssystemet. Rätten att teckna avtal regleras i dokumentet *Allmän stadga för nämnder och styrelser i Kungsbacka kommun*. Där framgår att bland annat att avtal som beslutas av nämnden skall undertecknas av ordförande för nämnden. I handikappomsorgsnämndens delegationsordning punkt 64 b och c framgår att nämnden godkänner utförare och att förvaltningen tecknar avtal i enlighet

med nämndens beslut. I förhållande till ovan angivna dokument bör det vara nämnden som också tecknar avtalet med utföraren eller att beslut fattas i särskild ordning, till exempel att förvaltningschefen har rätt att teckna avtal men med kontrasignering av den som nämnden utser.

5. Verksamhetsstyrning

Verksamhetsplanen utgör kommunens huvudsakliga planerings- och styrdokument för den kommande treårsperioden både vad avser verksamhetens innehåll och dess ekonomiska förutsättningar och ramar. Varje nämnd utarbetar årligen under våren ett förslag till verksamhetsplan som sedan bearbetas kommuncentralt och antas av kommunfullmäktige. Verksamhetsplanerna för planperioden 2009-2012 antogs 23 september 2008 av kommunfullmäktige.

Inför verksamheten 2009 skall nämnderna arbeta utifrån den nya målkedjan för Kungsbacka kommun. Målkedjan utgår från kommunens vision som skall återspegla sig i kommunfullmäktiges prioriterade mål. Förutom de sex övergripande prioriterade målen (som är kommunövergripande och som nämnderna skall utgå ifrån i sin verksamhetsplanering) skall varje nämnd utarbeta förslag till 2-3 prioriterade mål för nämnden som sedan ges som förslag att ingå i kommunfullmäktiges prioriterade mål. Dessa mål behandlas och beslutas av kommunfullmäktige under hösten i samband med verksamhetsplanen.

Utifrån kommunfullmäktiges samliga beslutade prioriterade mål (28 st. för år 2008) skall nämnden formulera ett eller flera mätbara resultatmål. Resultatmålen skall alltid vara kopplade till de ekonomiska förutsättningarna och ramarna för respektive verksamhet och bidra till att såväl god ekonomisk hushållning som kommunens övergripande vision och mål efterlevs. Resultatmålen skall alltid vara uppföljningsbara och mätbara.

5.1. Nämndens mål för verksamheten

Nämnden följer kommunens planeringscykel i framtagandet av verksamhetsplan. I intervjuer framkommer att arbetet med årsbokslutet tydligare har kopplats ihop med planeringsarbetet. I början på året genomförs gemensamma planeringsdagar mellan nämnd och förvaltning, där förutsättningarna för verksamheten och dess mål diskuteras. Det uttrycks av förvaltningschef att stor energi har lagts på att arbeta fram de prioriterade målen, bl.a. med hjälp av en externt anlitad konsult.

Handikappomsorgens prioriterade mål 2009-2012 som lämnats till kommunfullmäktige är:

- God myndighetsutövning, verkställighet och uppföljning
- Stöd till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Nämndens resultatmål enligt verksamhetsplanen, förutom de sex kommunövergripande målen, är:

- Samtliga beslut inom SoL och LSS ska följas upp i rätt tid. (% som följs upp i rätt tid)
- Antalet platser inom bostad med särskild service i Kungsbacka ska öka för samtliga målgrupper, så att de som behöver sådan bostad kan erbjudas. (% av brukare som erhållit bostad)
- Andelen unga brukare inom HO med neuropsykiatriska funktionshinder som erbjuds samordnad handlingsplan ska öka (% av samtliga kända i verksamheten)
Antal personer med neuropsykiatriska funktionshinder som får någon form av samsättning ska öka. (Första mätning 2009)

I Kungsbackamodellen anges att respektive nämnd skall beskriva en inriktning för arbetet i förvaltningen. Denna inriktning återfinns i handikappomsorgens verksamhetsplan. I verksamhetsplanen beskrivs också uppdrag och direktiv enligt modellens anvisningar. Nämndens uppdrag och direktiv till förvaltningen för år 2009 är:

- Process- och flödesscheman ska finnas inom alla verksamheter
- Förvaltningen ska aktivt informera om och beskriva verksamheten
- Förvaltningen ska införa alternativ driftform avseende servicetjänster inom hemtjänst
- Förvaltningen ska upphandla driften (konkurrensutsättning) av nästa enhet bostäder med särskild service (LSS)
- De vägledande bestämmelserna inom socialpsykiatri ska utvecklas
- Behovet av sysselsättning inom gruppen personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ska kartläggas
- Handläggningstiden från ansökan till beslut inom team barn och ungdom ska vara under tre månader

Utifrån nämndens resultatmål samt direktiv har genomförandeplaner upprättats på de olika verksamhetsnivåerna i förvaltningen. Genomförandeplanerna skall beskriva förvaltningens konkreta aktiviteter för att uppfylla nämndens inriktningsmål, resultatmål samt kommungemensamma mål och övriga strategiska utvecklingsinsatser.

I förvaltningens övergripande genomförandeplan återfinns arton aktiviteter. Flera av aktiviteterna speglar de övergripande mål och uppdrag som nämnden har att uppfylla. I genomförandeplanen finns rubrikerna *vad*, *hur*, *när*, *ansvarig* samt *uppföljning/utvärdering*. På fjorton av aktiviteterna saknas *hur* de skall uppfyllas och på samtliga arton saknas information under *uppföljning/utvärdering*. Av de genomförandeplaner vi tagit del av på lägre nivå i förvaltningen finns aktiviteterna i högre utsträckning nedbrutna och det anges såväl hur de skall genomföras som när de skall följas upp. Utifrån genomförandeplanerna ute på enheterna är sedan tanken att överenskommelser upprättas med varje enskild medarbetare. Överenskommelserna innehåller ansvarsområden, uppgifter samt instruktioner för uppföljning och stöd för den enskilda medarbetaren. Förvaltningen har kommit olika långt inom de olika enheterna när det gäller upprättandet av överenskommelser.

I intervjuer framkommer att det upplevs som mycket svårt att arbeta med utgångspunkt från kommunfullmäktiges prioriterade mål, då flera av dessa inte berör verksamheten i handikappomsorgen. Det uttrycks som problematiskt att formulera tydliga och styrande mål för verksamheten, samtidigt som det upplevs ta mycket energi att bryta ned de övergripande målen på samtliga nivåer. På enhetschefsnivå beskrivs att enheternas mål ibland kolliderar med varandra och att det saknas möjligheter att diskutera kring hur övergripande riktlinjer samt arbetsmetoder tillämpas ute i verksamheterna. Flera av de intervjuade upplever dock att den nya målkedjan enligt Kungsbackamodellen har bidragit till att öka förståelsen för hur förvaltningen skall arbeta utifrån kommunens övergripande mål och riktlinjer.

5.1.1. Våra kommentarer

Enligt anvisningarna skall nämnden utifrån kommunfullmäktiges prioriterade mål formulera mätbara resultatmål, vilka tillsammans med uppdrag och direktiv skall vara styrande för verksamheten. Då nämndens inlämnade förslag till prioriterade mål inte tagits med av kommunfullmäktige och flera av de kommunövergripande målen inte direkt berör verksamheten föreligger brister i förutsättningarna att styra verksamheten i enlighet med den nya Kungsbackamodellen. Från övergripande kommunnivå har det inte kommunicerats varför nämndens mål inte ingår bland de prioriterade, vilket gör det svårt att bedriva ett

kontinuerligt förbättringsarbete och utnyttja resurserna på ett effektivt sätt, särskilt med hänsyn tagen till det omfattande arbete som lagts ned för att formulera nuvarande mål.

Granskningen visar att nämnden till stor utsträckning arbetar enligt riktlinjerna och intentionerna för kommunens verksamhetsstyrning. För att öka transparensen och den röda tråden i målarbetet bör nämnden i upprättandet av genomförandeplaner på samtliga nivåer ange vilka av aktiviteterna som återspeglar vilket mål respektive uppdrag. En ökad transparens kring målarbetet skulle underlätta bedömningen kring effekten på genomförda åtgärder samt om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

5.2. Nämndens kvalitetsarbete

Kommunen har en kvalitetspolicy i vilken nämndernas ansvar och uppdrag avseende kvalitetsarbetet framgår, bland annat lyfts följande fram: *"Grundläggande för verksamhetens kvalitet är mötet mellan medborgare/brukare, anställda och politiker"*. Definitionen för kvalitet i Kungsbacka kommun lyder: *Kvalitet i Kungsbacka är att med ständig förbättring för ögonen tillgodose medborgarnas krav och behov utifrån lagar, mål och ekonomiska förutsättningar*. Kvalitetsarbetet ska fokusera på Bemötande, Inflytande, Tillgänglighet och Trygghet. (BITT). Respektive nämnd skall i kvalitetsplan redovisa hur den har för avsikt att bedriva kvalitetsarbetet under året. Av verksamhetsplanen framgår vilket kvalitetsarbete som pågår och planeras för kommande år. Resultatet av det kvalitetsarbete som bedrivits redovisas i verksamhetsberättelsen. Kommunens nämnder ska i verksamhetsplanerna redovisa fastställda kvalitetsnivåer med beslutad kvalitet för utvalda verksamhetsfrågor. Det ska också finnas kvalitetsdeklarationer för tjänster som utarbetas i samråd med brukare.

I handikappomsorgens verksamhetsplan för år 2009 finns nämndens beslutade kvalitetsnivåer avseende brukare, medarbetare samt organisation. I verksamhetsplanen anges också att förvaltningen årligen skall utarbeta en ny kvalitetsdeklaration inom minst ett område. För närvarande finns upprättade kvalitetsdeklarationer inom områdena hemtjänst, hjälpmedel, personlig assistans, bostad med särskild service vuxna, daglig verksamhet samt handläggning. Under år 2009 skall området korttidsboende för barn och ungdomar kvalitetsdeklareras.

Förvaltningen har sedan några år tillbaka en övergripande enhet med ansvarig verksamhetschef med ansvar för kvalitets- och utvecklingsarbetet. I kvalitetsplanen för förvaltningen för handikappomsorg, antagen av nämnden 28 maj 2008, beskrivs olika delar i kvalitetsarbetet som bl.a. organisation, metoder, hantering av fel och brister, beslutad kvalitetsnivå, resursfördelning samt plan för det fortsatta arbetet med kvalitetsdeklarationer. I kvalitetsplanen finns också en årsplan för aktiviteter som beskriver typ av aktivitet, uppföljning, tidplan samt ansvar.

Med utgångspunkt i kommunens övergripande fokusområden för kvalitetsarbetet genomförs årligen, med start år 2008, en brukarenkät till samtliga brukare inom handikappomsorgen. Enkäten är fristående från kvalitetsdeklarationerna och handlar om hur brukarna uppfattar bemötandet från handikappomsorgen, inflytande över tjänster, hur lätt det är att komma i kontakt med handikappomsorgen samt om man som brukare känner sig trygg med handikappomsorgens tjänster. Enkäten år 2008 skickades till cirka 600 personer och svarsfrekvensen beräknades till 50,2 %.

I intervjuer beskrivs att kvalitetsarbetet är komplext då det består av många olika delar. För närvarande pågår ett arbete med att kartlägga planer och arbetsuppgifter av strategisk

karaktär inom handikappomsorgen⁴ med syftet att skapa en tydligare övergripande bild av samtliga uppdrag och processer. Det uttrycks att resursfördelningsmodellen, beskriven i avsnitt 6 nedan, är en mycket viktig del i kvalitetsarbetet, då nämnden har satt upp kvalitetskriterier för de verksamheter som omfattas av modellen. När det gäller styrningen av kvalitetsarbetet beskrivs det i intervjuer att förvaltningen fortfarande arbetar för att hitta strukturen och att det ibland kan vara svårt att avgöra vilka uppgifter som tillhör kvalitet- och utvecklingsenheten respektive vilka uppgifter enhetscheferna själva skall ansvara för. Detta synliggörs i ett flertal intervjuer, där en stor del av ansvaret för såväl kvalitetsarbetet som uppföljningen hänvisas till kvalitets- och utvecklingsenheten. Kvalitets- och utvecklingsenheten uttrycker i sin tur att det ständigt inkommer nya arbetsuppgifter, samtidigt som få plockas bort. När det gäller kvalitetsdeklarationerna beskrivs i intervjuer att kriterierna i flera fall inte upplevs som vägledande för verksamheten och att samma deklaration kan föranleda flera olika tolkningar hos respektive chef.

5.2.1. Våra kommentarer

Vår sammantagna bedömning är att nämnden bedriver ett kvalitetsarbete som svarar mot kommunens anvisningar och mallar. Vi upplever det som positivt att nämnden arbetar med att ta ett helhetsgrepp kring planer och arbetsuppgifter av strategisk karaktär. Något som bör uppmärksammas ytterligare är rollerna i kvalitetsarbetet, då granskningen indikerar att uppgifter riskerar att hamna mellan olika enheter. Det är också viktigt att tillse att det bland handikappomsorgens medarbetare råder en samsyn kring beslutade kvalitetsdeklarationer. När det gäller nämndens beslutade kvalitetsnivåer konstaterar vi att det råder en oklarhet kring motiveringen av hur och varför de olika aktiviteterna i verksamhetsplanen ingår i nämndens beslutade kvalitetsnivåer. Enligt intervjuerna har det förekommit återkommande diskussioner kring hur uppnådda resultatmål skall hanteras, och att det historiskt har fungerat så att uppnådda resultatmål har flyttats över till beslutad kvalitet. Vi rekommenderar att nämnden ser över kvalitetsnivåerna så att de ligger i linje med nämndens aktuella mål och uppdrag.

5.3. Nämndens uppföljning av verksamheten

Nämndens verksamhet följs löpande upp genom delårsrapporterna och sammanfattas årligen i nämndens verksamhetsberättelse. När det gäller Kungsbackamodellen och verksamhetens mål, uppdrag och direktiv bryts dessa som tidigare nämnts ner till genomförandeplaner samt enskilda överenskommelser. Överenskommelserna följs upp med olika intervall inom förvaltningen. På högre chefsnivåer sker vanligtvis uppföljningar utifrån överenskommelsen månadsvis, medan medarbetare och enhetschef skall följa upp överenskommelsen minst en gång om året.

När det gäller kvalitetsarbetet sker uppföljningen på olika vis. Enligt dokumentet *uppdrag och arbetsfördelning inom verksamhetsområde utveckling och kvalitet* skall samtliga antagna kvalitetsdeklarationer utvärderas efter två år, och därefter vart tredje år. Denna utvärdering genomförs genom en enkät till brukare inom aktuellt område. Kvalitetsdeklarationerna följs upp årligen genom att kvalitets- och utvecklingsenheten kontaktar enhetscheferna via mail utifrån frågeställningen om de upplever att det finns några problem med att leva upp till antagen deklaration. Detta redovisas i verksamhetsberättelsen som antal uppnådda löften, där 16 av 17 beskrivs vara uppnådda för år 2008. I verksamhetsberättelsen redovisas under kvalitet också resultat utifrån såväl genomförd medarbetar- som brukarenkät.

⁴ Dokumentet årsplanering

I intervjuer framkommer att kvalitetsdeklarationerna ibland upplevs som begränsade, då de inte fångar hela verksamheten. Det upplevs dessutom som svårt att följa upp deklarationerna, vilket också genomförd kollegiegranskning av aktuella deklarationer påvisar. Kollegiegranskningen visar enligt intervjuer på att mycket i deklarationerna uppfattas som mer av en allmän målsättning, och i många fall självklarheter, som det vore märkligt om förvaltningen inte lever upp till. I intervjuer framkommer också att det är svårt att följa upp kvalitetsdeklarationerna enligt angivna intervall, med hänsyn till att vare uppföljning tar i anspråk en stor mängd resurser i bl.a. utformandet och bearbetningen av enkäterna.

Vid en genomgång av ej verkställda beslut för första kvartalet 2009 noterar vi att fyra beslut enligt SOL ej är verkställda varav tre inte verkställts pga. resursbrist. Icke verkställda beslut enligt LSS var 21, 14 hade ej verkställts pga. resursbrist. Vi kommer att följa upp detta med ansvarig tjänsteman och återkomma till revisorerna i särskild ordning.

5.3.1. Våra kommentarer

Granskningen visar att nämnden löpande följer upp och redovisar måluppfyllelse och kvalitet i enlighet med kommunens modell för uppföljning. Vi ser ett behov av en tydligare struktur kring vad som ingår i nämndens beslutade kvalitetsnivåer samt hur mål- och kvalitetsarbetet länkas samman inom ramen för nämndens verksamhet. Det saknas i dagsläget en enhetlig uppfattning av hur nämndens omfattande kvalitetsarbete skall följas upp, vilket är viktigt att tydliggöra för att kunna bedriva en ändamålsenlig verksamhet.

6. Budget och löpande ekonomisk uppföljning

Nämnden har för budgetåret 2009 följt den rutin för budgetarbete som återfunnits i kommunen planeringsförutsättningar för 2009-2012 (PFÖ). Inför 2010 års budgetarbete uttrycks anvisningar i Kommunbudget 2010. För att på ett tydligare sätt koppla ihop bokslutsprocessen med budgetprocessen har planerings- och budgetprocessen tidigarelagts. Vid ett och samma tillfälle i maj månad tas beslut om bokslut och årsredovisning samtidigt som ekonomiska ramar fastställs. I september påbörjas förvaltningens budgetarbete. Förvaltningens förslag till nämndbudget redovisas för nämnden samt fastställs av denna i slutet av året.

I nämndbudget anges fördelning per verksamhetsnivå samt investeringsbudget för år 2009. Med nämndbudget som utgångspunkt upprättas en internbudget för varje verksamhet. Syftet med internbudgeten är att beskriva handikappomsorgens planerade verksamhet i ekonomiska termer. Förvaltningsekonomen deltar både på planeringsdagar med nämnden samt stöttar chefer inom förvaltningen med upprättandet av internbudget.

Med utgångspunkt från en tidigare revisionsrapport⁵ har nämnden fattat beslut om en ny resursfördelningsmodell för verksamheten som på ett tydligare sätt kopplar ihop brukarnas behov av insatser med fördelning av resurser för att genomföra insatser. Resursfördelningsmodellen möjliggör för enheterna att bygga upp resultatfonder i enlighet med fullmäktiges beslut från år 2002. Innevarande år är första året som förvaltningen använder modellen. Följande verksamheter omfattas av modellen:

- Boendeenheter inom bostad med särskild service för barn och vuxna enligt LSS
- Boendeenheter inom socialpsykiatri
- Daglig verksamhet enligt LSS
- Korttidsvistelse i form av korttidshem

⁵ Resursstyrning på enhetsnivå, revisionsrapport från 2006

Fler verksamheter kan komma att omfattas av modellen.

Resursfördelningsmodellen tar sin utgångspunkt från en stödbehovsmätning som genomfördes i slutet av sommaren 2008. Stödbehovsmätningen består av en behovsbedömning på individnivå (brukaren), en på gruppnivå (tillsynsbehovet för hela gruppen dag och natt) samt en lokal anpassning för aktuell enhet (tid för arbetsplatsträffar med mera). Mätningen av behov ligger till grund för fördelningen av den interna budgeten och antalet årsarbetare. Vid intervjuer med enhetschefer framkom att behovsmätningen som genomfördes under 2008 stämde relativt väl med den bemanning som fanns vid enheterna. Vissa justeringar av personal har gjorts till följd av mätningen. Modellen har förankrats väl i såväl facket som hos enheterna.

Varje månad följs utfall upp genom nyckeltal⁶, medarbetarenkäter, brukarenkäter med mera. Nämnden har också satt upp kvalitetskriterier för de verksamheter som omfattas av resursfördelningsmodellen. Kriterierna skall enligt intervjuer utgöra en lägsta nivå över vad exempelvis ett boende ska innehålla. Vissa av parametrarna i kvalitetskriterierna är de samma som i de av nämnden beslutade kvalitetsdeklarationerna. Kvalitetskriterierna uppges också i förlängningen kunna fungera som kravspecifikation vid eventuell entreprenad-drift. Metoden att genomföra stödbehovsmätningar har utvecklats tillsammans med en extern konsult.

Majoriteten av enheterna inom förvaltningen, oavsett ersättningsmodell, redovisar utfall i förhållande till budget samt kommentar varje månad till förvaltningsekonomen. Oftast går de igenom utfallet tillsammans. Prognos för året redovisas och eventuellt större avvikelse signaleras för förvaltningsekonomen och verksamhetschefen. Vad som avses med större avvikelse i förhållande till budget framgår ej. Att större avvikelse från budget ej är definierat uppges, enligt intervjuer, inte vara något problem då förvaltningsekonomen har en god kontroll över det ekonomiska utfallet för enheterna. Vissa verksamheter, så som verksamhetschefen för handläggarna, redovisar utfall varannan månad. I samband med delårsboks slut följer förvaltningsekonomen upp respektive verksamhetschefers olika enheter i förhållande till budget. På förvaltningens ledningsgruppsmöten diskuteras det ekonomiska utfallet. Förvaltningsekonomen redovisar de ekonomiska förutsättningarna varje månad för nämnden.

I samband med bokslut skall det varje år hållas interna bokslutsgenomgångar där förvaltningschef, verksamhetschef och enhetschef, förvaltningsekonom och HR-specialist skall delta. Syftet med genomgången är att varje chef får presentera sitt utfall avseende ekonomi, prestationer, kvalitet och måluppfyllelse. Den informationen utgör nämndens underlag för att fatta beslut om eventuellt under- respektive överskott ska föras till enheternas resultatfonder. Interna bokslutsgenomgångar kommer att ske för första gången i samband med bokslut 2009.

6.1.1. Våra kommentarer

Budgetprocessen följer kommunens riktlinjer avseende budgetarbetet. Vi bedömer att nämnden i sin planeringsprocess prövar förutsättningar utifrån förändringar i omvärlden och efterfrågan.

I och med användandet av resursfördelningsmodellen kan nämnden på ett tydligare sätt få en överblick av behov i förhållande till tillgängliga resurser samt om verksamheten bedrivs effektivt. Möjligheten för vissa enheter att föra med sig sitt under- respektive överskott till den egna resultatfonden ger enheterna incitament till att arbeta aktivt med framförallt be-

⁶ Exempel på nyckeltal: beläggningsgrad per plats och närvarodagar m fl.

maning och schemaläggning. Detta ger enheterna en möjlighet att påverka resursstyrningen.

Utifrån det underlag vi tagit del av och de intervjuer vi genomfört uppfattar vi att den ekonomiska uppföljningen av verksamheten stödjer kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning.

7. Intern kontroll

I planeringsförutsättningarna för år 2009-2012 (PFÖ) framgår att nämnderna enligt kommunallagen 6 kap. 7 § är ansvariga för den interna kontrollen. Vidare definieras intern kontroll som en process där politisk ledning, förvaltningsledning och personal samverkar så att en rimlig grad av säkerhet uppnås.

Planeringsförutsättningarna anger att nämnderna i samband med budgetprocessen skall ange fyra väsentliga risker i den egna verksamheten. Två ska avse risker inom verksamheten och två risker inom det ekonomiska området. Riskerna ska kompletteras med förslag på åtgärder som bidrar till att minska att den oönskade situationen uppstår. Uppföljning av de angivna riskerna ska ske kontinuerligt i delårsrapport och i samband med bokslut och framtagande av verksamhetsberättelse. Enligt nämnden har någon risk- och väsentlighetsanalys utifrån ett internkontrollperspektiv inte skett. De är dock med och beslutar om kontrollområden inför nästkommande års internkontrollplan.

Nämnden beskriver, i intervju, intern kontroll som att de ska ha kontroll över de stora flödena så som ekonomin, kvalitet och hur verksamheten fungerar.

Vid en jämförelse av de direktiv som lämnas i planeringsförutsättningarna för år 2009-2012 och nämndens internkontrollplan som återfinns i verksamhetsplanen för år 2009 framgår vissa skillnader. Det framgår exempelvis inte tydligt vilka de fyra riskområdena är i enlighet med planeringsförutsättningarna. Istället anges fem områden⁷ vilka sedan brutits ner på granskningsområde/kontrollområde. Områdena har enligt förvaltningschefen tagits fram av denne tillsammans med förvaltningsekonomen och enhetscheferna. Urvalet baseras enligt verksamhetschefen för kvalitet och utveckling på en uppfattning om att utvalda områden belyser huruvida hanteringen är korrekt och att verksamheten gör det den skall. Kopplat till varje granskningsområde/kontrollområde finns en kontrollansvarig samt med vilken frekvens uppföljning skall göras. Vissa av kontrollområdena har varit desamma under flera års tid.

Någon återrapportering av måluppfyllelsen i internkontrollplanen återfinns ej i verksamhetsberättelsen för år 2008. Enligt verksamhetschefen för kvalitet och utveckling sker återrapporteringen till förvaltningschef i flera separata dokument för de olika delarna. Verksamhetschefen ser det som en brist att det inte finns en enhetlig återrapportering. Återrapportering till nämnden sker via en tjänsteskrivelse till nämnden.

Viss kritik har framförts från verksamhetschefer och enhetschefer gällande den nuvarande internkontrollplanen. Det den mäter upplevs inte vara det mest relevanta för verksamheten, det uppges finnas viktigare saker. Som exempel kan anges kontrollen av att rätt avgift tas ut på kundfakturor. Enligt internkontrollplanen ska kontroll göras av inlagd avgift mot beslutad avgift. Förvaltningens ekonomisystem räknar ut detta per automatik utifrån tidigare inlagda variabler så kontrollen fyller enligt uppgift ingen funktion. Kännedomen om internkontrollplanen tycks vara relativt god på enhetschefernivå. Förankringen uppges en-

⁷ Säkerhet, ekonomi, miljö, arbetsmiljö och processer

ligt verksamhetschef för kvalitet och utveckling ske via linjeansvaret: verksamhetschef, enhetschef och medarbetare.

I den årliga granskningen som revisorerna genomfört 2008 framfördes viss kritik mot att dåvarande intern kontrollplan inte hade bäring på nämndens inriktnings- och resultatmål utan fokuserar på löpande intern kontroll i olika verksamhetsprocesser. Innevarande års internkontrollplan är utformad på liknande sätt. Enligt förvaltningschefen beror detta på att de områden som finns i internkontrollplanen är områden där de har identifierat stora brister.

Enligt intervju med förvaltningschefen arbetar förvaltningen med att den interna kontrollen skall utgöra en naturlig del av styrningen och ledningen av verksamheten. Ett steg i detta är att ta fram en årsplanering för när under året olika uppgifter skall genomföras. Årsplaneringen riktar sig framför allt till enhetscheferna. Dokumentet baseras bl.a. på kommunens styrmodell men också på exempelvis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt bl.a. SOL och LSS. Med utgångspunkt från årsplaneringen ska enhetscheferna få en god bild av när under året exempelvis brukarenkät skall genomföras samt vem som har ansvaret i olika skeden. Enligt förvaltningschefen kommer årsplaneringen att presenteras för enhetscheferna i juni 2009 och börja följas upp under hösten av kvalitets- och utvecklingsenheten.

7.1. Våra kommentarer

Nämnden för handikappomsorg uppfyller inte i dagsläget de kriterier för intern kontroll som fastställs i kommunens planeringsförutsättningar för 2009-2012. Vi bedömer att ett mer systematiskt arbetssätt kring den intern kontrollen behövs. Genom att nämnden tillsammans med förvaltningen identifierar riskområden och utifrån dessa fattar beslut om kontrollområden i internkontrollplanen bör styrningen och ledningen av verksamheten bli tydligare. En mer samlad återrapportering av uppfyllelsen av kontrollområden bör också göras, både till nämnd och till förvaltningschef.

8. Sammanfattande kommentarer

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden jämfört med föregående granskning har utvecklat den interna styrningen och kontrollen och bedriver verksamheten i enlighet med ändamålet och med en god ekonomisk hushållning.

Granskningen visar att nämnden i möjligaste mån arbetar enligt riktlinjerna och intentionerna för kommunens verksamhetsstyrning. För att tydligare kunna bedöma och följa upp effekten av genomförda åtgärder rekommenderar vi att det i genomförandeplanerna på samtliga nivåer anges vilken aktivitet som återspeglar respektive mål och uppdrag. Nämnden bedriver ett omfattande kvalitetsarbete som svarar mot kommunens anvisningar och mallar. Granskningen visar att det finns många goda exempel i kvalitetsarbetet men att den övergripande samordningen mellan de olika delarna ibland saknas. Det finns ingen tydlig information kring hur beslutade kvalitetsnivåer, nämndens kvalitetsdeklarationer, genomförd brukarenkät samt kvalitetskriterierna i resursfördelningsmodellen hänger samman. Vi ser ett behov av en samlad analys kring de olika satsningar som nämnden genomför i syfte att säkerställa att dessa leder till en utveckling av verksamheten. Vår bedömning är att nämndens arbete med den interna kontrollen tydligare kan integreras i arbetet med budget och verksamhetsplanering. Riskanalysen bör ta sin utgångspunkt i kommunfullmäktiges samt nämndens prioriterade mål och uppdrag för verksamheten. Riskanalysens resultat bör sedan ligga till grund för strukturen av den interna kontrollen och de kontrollaktiviteter som nämnden har för avsikt att genomföra under året.

Utifrån iakttagelserna i granskningen ser vi det som viktigt att nämnden arbetar vidare med hur samtliga delar i verksamhetsstyrningen hänger samman och tydliggör med vilken effekt de olika delarna påverkar uppfyllandet av såväl nämndens som kommunfullmäktiges övergripande mål och riktlinjer.

Kungsbacka den 1 juni 2009

Odd Hessler
Ordförande för revisionen

Gerhard Isacson
Förtroendevald revisor

Sofi Larsson
Förvaltningsrevisor

Erik Söderberg
Förvaltningsrevisor