

A decorative graphic on the left side of the page. It consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller triangles in light grey, green, and blue, creating a sense of movement or a path.

Rapport

Piteå kommun

2026-02-23

Antal sidor: 23

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	Sammanfattning	3
3	Bakgrund	6
4	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	6
4.1	<i>Avgränsning</i>	7
5	Revisionskriterier	7
6	Metod	7
7	Gällande Lagstiftning	8
7.1	<i>Ansvar enligt reglemente för nämnder och socialnämnden</i>	8
8	Resultat av granskningen	8
8.1	<i>Styr- och ledningssystem</i>	8
8.2	<i>Styr- och ledningssystemet ej fullt implementerat enligt plan</i>	8
8.3	<i>Verksamhetsstyrning socialnämnden 2025</i>	9
9	Roll- och ansvarsfördelning avseende planering och uppföljning	10
9.1	<i>Bedömning</i>	11
10	Nämndens säkerställande av verksamhetsplaner	11
10.1	<i>Bedömning</i>	13
11	Vertikala dialoger i styr- och ledningssystemet	13
11.1	<i>Bedömning</i>	14
12	Struktur för uppföljning	14
12.1	<i>Bedömning</i>	15
13	Nämndens uppföljning och hantering av identifierade risker och åtgärder	16
13.1	<i>Bedömning</i>	20
13.2	<i>Bedömning</i>	21
14	Samlad bedömning och rekommendationer	23

2 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Piteå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden i kommunen har en effektiv verksamhetsstyrning.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har en effektiv verksamhetsstyrning

Bakgrunden till denna bedömning är att nämnden ännu inte har implementerat kommunens styr- och ledningssystem, som fastställdes i juni 2024. Vi har viss förståelse för att 2025 varit ett mellanår och att införandet av ett nytt styr- och ledningssystem innebär betydande omställningar för både nämnd och förvaltning.

Vi anser att nämndens målstyrning och uppföljning har varit bristfällig. Avsaknaden av konkretiserade mål och verksamhetsplaner har inneburit att verksamheterna saknat tydliga styrsignaler, samtidigt som nämnden genomfört bedömningar av framdrift i delårsrapporten mot strategier som i praktiken inte varit införda. Detta utgör enligt vår bedömning en brist i styrkedjan och i nämndens förutsättningar att bedöma måloppfyllelse på saklig grund.

Av granskningen framgår också att nämndens styrning till stor del omsatts genom socialchefens inriktningsplan. Vi bedömer att kopplingen mellan den strategiska planen och inriktningsplanen är otydlig och att det saknas en transparent och väl definierad styrkedja mellan dokumenten. Vidare är inriktningsplanen inte beslutad av nämnden, vilket enligt vår bedömning inte är förenligt med 6 kap. 38 § kommunallagen, då frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet inte får delegeras.

När det gäller internkontrollen konstaterar vi att nämnden har en fastställd internkontrollplan med identifierade risker, kontrollmoment och uppföljning. Samtidigt anser vi att internkontrollen inte fullt ut används som ett aktivt styrverktyg. En återkommande avvikelser – att medarbetarna inte känner igen sig i nämndens mål – har förekommit under flera år utan att leda till särskilda åtgärder. Detta indikerar att resultatet av internkontrollen i begränsad utsträckning omsätts i styrning och utveckling av verksamheten.

Trots ovanstående brister kan vi konstatera att nämnden har etablerade strukturer för återspeglning som ger viss kontinuitet i informationen om respektive avdelnings utveckling. Nämnden får exempelvis återkommande information om ekonomi och kvalitetsläget, vilket vi anser ger ett visst underlag för att identifiera risker och utvecklingsbehov.

Avslutningsvis vill vi framhålla att implementeringen av ett nytt styr- och ledningssystem vanligtvis innebär en period av osäkerhet och successivt lärande. Vår uppfattning är att kommunens nya styr- och ledningssystem kan bidra till en tydligare styrning, ökad enhetlighet i arbetssätt och en förstärkt uppföljningskultur.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning gällande arbetet med verksamhetsplanering- och verksamhetsuppföljning med utgångspunkt i kommunens styr- och ledningssystem?	Nej
Har nämnden säkerställt att verksamhetsplaner finns fastställda i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem?	Nej
Har nämnden säkerställt att det i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem sker vertikala dialoger i verksamheten?	Nej
Har nämnden säkerställt att uppföljning sker i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem?	Nej
Har nämnden en tillräcklig uppföljning av verksamheten för att kunna fatta beslut om och vidta adekvata åtgärder vid identifierade risker eller brister?	Delvis
Har nämnden följt upp eventuella åtgärder som har beslutats?	Delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att det beslutade styr- och ledningssystemet implementeras och tillämpas. (Se avsnitt 9.)
- Tillse att roll- och ansvarsfördelningen i planerings- och uppföljningsarbetet tydliggörs och förankras på samtliga nivåer. (Se avsnitt 9.)
- Tillse att verksamhetsplaner upprättas och beslutas i enlighet med gällande styrmodell, så att styrkedjan från fullmäktige till enhetsnivå säkerställs. (Se avsnitt 10.)
- Säkerställa att beslutanderätten i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet utövas av nämnden, i enlighet med 6 kap. 38 § kommunallagen. (Se avsnitt 10.)
- Säkerställa att vertikala dialoger etableras och genomförs enligt beslutad struktur och frekvens i kommunens styr- och ledningssystem. (Se avsnitt 11.)

- Säkerställa att uppföljning genomförs i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem. (se avsnitt 12.)
- Konkretisera nämndens mål och säkerställ att uppföljningen tydligt kopplas till dessa, så att nämnden får ett tillräckligt underlag för att bedöma framdrift, avvikelser och behov av åtgärder. (Se avsnitt 13.)
- Tillse att resultaten från internkontrollen används som ett aktivt styrningsverktyg och att identifierade avvikelser leder till åtgärder. (Se avsnitt 13.)
- Tillse att beslutade åtgärder tydliggörs genom fastställda ramar för tidplan, ansvar och förväntade effekter, för att möjliggöra en systematisk och ändamålsenlig uppföljning. (Se avsnitt 13.)

3 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Piteå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Varje kommun ansvarar enligt Socialtjänstlagen, SoL, för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Till uppgifterna hör bland annat att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, svarar för omsorg och service, upplysning, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras.

Under 2025 trädde den nya socialtjänstlagen i kraft. Syftet med den nya lagstiftningen är att socialtjänsten ska bli mer förebyggande, jämställd och lättillgänglig. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) krävs det för att socialtjänsten ska vara hållbar på sikt¹. Kommunerna måste också lösa utmaningarna med personal- och kompetensförsörjning, ekonomi, desinformation och ungdomskriminalitet.

Vidare framgår av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, att varje kommun även ska tillgodose olika insatser för särskilt stöd och service.

Kommunfullmäktige har antagit ett styr- och ledningssystem som syftar till att säkerställa att politiska mål uppfylls och grunduppdrag genomförs oavsett verksamhet.

Revisorerna har i sin riskanalys särskilt identifierat risk för bristande styrning, vilket kan medföra höga kostnader och oklar arbetsfördelning.

Med anledning av ovanstående har revisorerna bedömt att socialnämndens styrning bör granskas.

4 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden har en effektiv verksamhetsstyrning.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning gällande arbetet med verksamhetsplanering- och verksamhetsuppföljning med utgångspunkt i kommunens styr- och ledningssystem?
- Har nämnden säkerställt att verksamhetsplaner finns fastställda i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem?

¹ SKR – Socialtjänstens omställning

- Har nämnden säkerställt att det i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem sker vertikala dialoger i verksamheten?
- Har nämnden säkerställt att uppföljning sker i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem?
- Har nämnden en tillräcklig uppföljning av verksamheten för att kunna fatta beslut om och vidta adekvata åtgärder vid identifierade risker eller brister?
- Har nämnden följt upp eventuella åtgärder som har beslutats?

4.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till socialnämndens styrning i enlighet med revisionsfrågorna.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 samt 38 §§
- Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap 1 § samt 3 kap. 3 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9
- Reglemente för socialnämnden
- Kommunens styr- och ledningssystem
- Övriga tillämpbara interna regelverk, policy och beslut

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier och analys av relevanta styrande dokument och processer.
- Genomgång av verksamhetsplaner, verksamhetsberättelser, kvalitetsberättelse samt protokoll från nämnd under 2024–2025 för att kartlägga nämndens styrning och uppföljning av arbetet.
- Avstämningar och intervjuer med tjänstepersoner och förtroendevalda så som socialnämndens presidium, socialchef, avdelningschefer och enhetschefer i syfte att kartlägga nämndens arbete på området.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja



Samtliga intervjuade tjänstepersoner och förtroendevalda har getts möjlighet att faktakontrollera rapporten.

7 GÄLLANDE LAGSTIFTNING

Av kommunallagen 6 kap. 6 § framgår att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Vidare framgår i 6 kap. 38 § av kommunallagen att styrelse och nämnders beslutanderätt inte får delegeras, när det gäller ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

7.1 ANSVAR ENLIGT REGLEMENTE FÖR NÄMNDER OCH SOCIALNÄMNDEN

Enligt det av kommunfullmäktige beslutade reglementet² ska varje nämnd följa gällande lagar och författningar inom sitt verksamhetsområde, samt fullgöra uppdrag enligt budget, särskilda beslut och fastställda mål. Nämnden ansvarar också för att dess organisation är tydlig och ändamålsenlig utifrån styrning och lagkrav.

För socialnämnden innebär detta ett särskilt ansvar att tillgodose behov av stöd och omsorg enligt socialtjänstens lagstadgade uppdrag. Nämnden ska främja jämlika levnadsvillkor och stärka individens förutsättningar att leva ett självständigt liv. Uppdraget omfattar bland annat stöd till barn, unga, vuxna och personer med funktionsnedsättning, samt ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser.

8 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

8.1 STYR- OCH LEDNINGSSYSTEM

Kommunfullmäktige har fastställt ett styrande dokument för styr- och ledningssystemet³ som ska utgöra ramen för planering, genomförande, uppföljning och förbättring av kommunens samtliga verksamheter. Dokumentet samlar och beskriver tillämpningen av kommunens styrning utifrån vision, strategier, reglementen och kvalitetsarbete.

8.2 STYR- OCH LEDNINGSSYSTEMET EJ FULLT IMPLEMENTERAT ENLIGT PLAN

Av granskningen framkommer att Piteå kommuns styr- och ledningssystem, trots att det politiskt fastställdes i juni 2024, ännu inte har implementerats fullt ut inför verksamhetsåret 2025.

Av intervjuer framgår det att förvaltningen i dagsläget inte arbetar fullt ut i enlighet med systemets, struktur, processer eller årshjul. Enligt intervjuer ska full tillämpning av systemet ske

² Kommunfullmäktige 2024-12-16 § 277

³ Kommunfullmäktige 2024-06-24 § 148

från och med år 2026. Vi har inte tagit del av underlag eller noterat några politiska beslut som upphäver det fastställda styr- och ledningssystemet eller som anger alternativa styrmodeller i väntan på full implementering.

Mot bakgrund av detta har granskningen tagit sin utgångspunkt i socialnämndens styrning i relation med beslutat styr- och ledningssystem med tonvikt på hur styrningen i praktiken verkställts under verksamhetsåret 2025. Detta för att möjliggöra en bedömning av om nämnden bedriver en effektiv verksamhetsstyrning utifrån de arbetssätt som faktiskt tillämpas.

8.3 VERKSAMHETSSTYRNING SOCIALNÄMNDEN 2025

Dokumentet *Anvisningar till Strategisk plan 2025–2027 och årsbudget 2025*⁴ har fungerat som ett vägledande underlag för nämnderna i deras arbete med att ta fram egna strategiska planer för verksamhetsåret 2025. Av dokumentet framgår bland annat att rubrikerna så som, prioriterade mål, riktade övergripande mål, mål beslutade av nämnd ska utgå på grund av att Piteå kommuns styr- och ledningssystem är under omarbetning och ska tas som ett enskilt beslut under våren 2024. Vidare av anvisningsdokumentet klargörs vilka rubriker som ska ingå, så som exempelvis nyckeltal, nulägesbeskrivning och statusrapport uppdrag.

I slutet av april 2025 antog socialnämnden sin *strategiska plan för 2025–2027 samt årsbudget för 2025*⁵. Vi noterar att den strategiska planen till stor del följer den struktur som framgår av fullmäktiges då gällande anvisningar.

Av Socialnämndens strategiska plan framgår ett antal nyckeltal beslutade av både kommunfullmäktige och socialnämnden. Planen innehåller även en nulägesbeskrivning med fokus på bemanning, volymförändringar och ekonomi samt ett avsnitt om socialnämndens allmänna prioriteringar. Dessa prioriterade områden är:

- Kompetensförsörjning och arbetsmiljö
- Kvalitet och patientsäkerhet
- IT och digital utveckling
- Samverkan
- Beredskap och kontinuitet
- Ekonomiska prioriteringar

Vidare framgår tre nämndsmål:

- Socialtjänsten är en effektiv organisation med fokus på förbättringskultur
- Socialtjänsten har en effektiv samverkan och arbetar förebyggande
- Socialtjänsten är effektiv utifrån uppdrag och resurser

Planen innehåller även ett ekonomiavsnitt som redovisar beslutade kostnader, prognosticerade kostnadsposter samt konsekvenser av att bedriva verksamheten inom befintlig ram. Här framgår

⁴ Kommunfullmäktige 2024-03-25 § 87

⁵ Socialnämnden 2024-04-22 § 56

att nämnden bedömer att nedläggning av verksamheter kan bli nödvändigt vid utebliven ramökning.

Vid genomgång av nämndsprotokoll för perioden 2024 och 2025, noterar vi att det inte finns några kompletterande nämndsbeslut gällande verksamhetsstyrningen avseende år 2025.

9 ROLL- OCH ANSVARFÖRDELNING AVSEENDE PLANERING OCH UPPFÖLJNING

Styr- och ledningssystemet anger att varje organisatorisk nivå ansvarar för planering och uppföljning inom sitt område. Organisatoriska nivåer avser såväl på politisk nivå som i förvaltningarna där varje chefsnivå utgör en organisatorisk nivå. Överordnad nivå ska enligt systemet säkerställa kontroll och samsyn genom strukturerade vertikala dialoger, som är obligatoriska och ska genomföras minst fyra gånger per år. Dessa dialoger ska fungera som ett verktyg för att följa upp uppdrag och resultat. En mer utförlig beskrivning av vertikala dialoger finns i avsnitt 11.

Enligt styr- och ledningssystemet ska det, utöver årsbokslutet och de två delårsuppföljningarna i april och augusti, även genomföras fyra månadsuppföljningar.

Till hjälp för att omsätta detta i praktiken finns en metodhandbok som konkretiserar hur planering och uppföljning ska genomföras. Handboken tydliggör att chefer på alla nivåer ansvarar för att dokumentera grunduppdrag, planera utvecklingsprojekt och följa upp verksamheten. Uppföljningen ska dokumenteras i verksamhetssystemet, som används för planering, uppföljning och rapportering, och omfatta tre perspektiv: verksamhet, ekonomi och personal. Resultatet ska analyseras av respektive chef och användas som underlag i de vertikala dialogerna, där det diskuteras med överordnad chef för att säkerställa samsyn och besluta om eventuella justeringar av grunduppdrag och utvecklingsinsatser inför nästa verksamhetsår.

Rollfördelning och ansvar i praktiken

Av majoriteten av intervjuerna framgår att roll- och ansvarsfördelningen för verksamhetsplanering och uppföljning under 2025 upplevs som otydlig. Vid intervjuerna framgår en bild av att det saknas en tydlig gemensam struktur för hur målen ska brytas ner från politisk nivå vidare till avdelningar och enheter. Vidare av intervjuer framgår en upplevelse av att arbetet har varit spretigt och att olika verksamheter har hanterat planering och uppföljning på olika sätt. Det finns en upplevelse av att det finns många olika styrdokument, men ingen gemensam metod eller struktur för hur dessa ska samspela och omsättas i praktiken på ett tydligt sätt.

Enligt intervjuer har detta gjort det svårt att skapa tydlighet kring vad som ska prioriteras och hur uppföljningen ska genomföras, vilket enligt intervjuerna upplevs som en särskilt stor utmaning för exempelvis nya chefer i organisationen. Samtliga intervjuade uttrycker dock en positiv inställning till det nya styr- och ledningssystemet som ska införas, med förväntningar om tydligare roll- och ansvarsfördelning, bättre struktur och en gemensam plattform för planering och uppföljning.

9.1 BEDÖMNING

Vår bedömning är att det **inte** finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning gällande arbetet med verksamhetsplanering- och verksamhetsuppföljning med utgångspunkt i kommunens styr och ledningssystem.

Vi bedömer att det finns en övergripande struktur för roll- och ansvarsfördelning i styr- och ledningssystemet, men att denna inte har fått fullt genomslag i praktiken. Av granskningen framgår att arbetet med verksamhetsplanering och uppföljning under 2025 har präglats av otydlighet och varierande arbetssätt mellan olika verksamheter. Detta medför risk för bristande samsyn och svårigheter att säkerställa en enhetlig styrning. Vi ser positivt på att ett nytt styr- och ledningssystem är under införande, vilket bedöms kunna bidra till ökad tydlighet och struktur.

10 NÄMNDENS SÄKERSTÄLLANDE AV VERKSAMHETSPLANER

Av styr- och ledningssystemet framgår att verksamhetsplanering ska ske systematiskt på alla organisatoriska nivåer. Syftet anges vara att säkerställa att den politiska viljeinriktningen får genomslag i hela organisationen. Strukturen för planeringen är följande:

- **Kommunfullmäktige** beslutar om vision, strategier och utvecklingsprogram som utgör den övergripande styrningen.
- **Nämnden** fastställer en strategisk plan och budget för sitt verksamhetsområde. Den strategiska planen anger inriktning, prioriterade områden och övergripande mål.
- **Avdelningar och enheter** utformar verksamhetsplaner med utgångspunkt i nämndens strategiska plan. Verksamhetsplanerna ska innehålla grunduppdrag, aktiviteter, utvecklingsprojekt och relevanta indikatorer för uppföljning.

Verksamhetsplanerna ska dokumenteras i kommunens verksamhetssystem.

Ansvar för att verksamhetsplaner upprättas ligger på respektive chef inom varje organisatorisk nivå. Överordnad chef ansvarar för att säkerställa att plan finns upprättad inom ramen för de vertikala dialogerna och uppföljningar i verksamhetssystemet.

Styrning via verksamhetsplaner i praktiken

Enligt uppgift har varken avdelningsvisa eller enhetsvisa verksamhetsplaner upprättats i linje med anvisningarna i styr och ledningssystemet. Det framgår att arbetet med framtagandet av verksamhetsplaner pågår och förväntas utvecklas i takt med att kommunledningsförvaltningen (KLF) ger utbildning och stöd till verksamheterna. Vidare framgår att motsvarande dokument så som verksamhetsplaner på avdelnings- och enhetsnivå kan förekomma ute i verksamheterna, men att dessa inte är styrda eller reglerade av förvaltningen centralt.

Strategisk plan

Som framgår att avsnitt 8.3 har nämnden antagit en strategisk plan för 2025–2027 samt årsbudget för 2025.

Socialchefens inriktningsplan

Utifrån nämndens strategiska plan har socialchefen upprättat en inriktningsplan som syftar till att omsätta socialnämndens styrning, via den strategiska planen, i konkreta uppdrag till verksamheten. Planen innehåller exempelvis uppdrag till avdelningschefer och strategiska funktioner. Enligt inriktningsplanen ska uppföljning ske löpnade under året genom dialoger och tertialrapporter. Vi noterar att Socialchefens inriktningsplan till viss del bygger på Socialnämndens strategiska plan och årsbudget, men kopplingen mellan dokumenten är inte fullt ut tydliggjord. De övergripande prioriteringar som nämnden fastställt såsom kompetensförsörjning, arbetsmiljö, kvalitet och digitalisering återkommer i viss mån i inriktningsplanen som uppdrag. Däremot saknas en systematisk struktur som visar hur varje uppdrag relaterar till nämndens verksamhetsstyrning.

Av intervjuer framgår att inriktningsplanen för verksamhetsåret 2025 har byggt på socialnämndens strategiska plan för 2025, men att kopplingen mellan dessa dokument har varit mindre tydlig än tidigare år på grund av övergången till det nya styr- och ledningssystemet. Enligt uppgift är ambitionen att inriktningsplanen ska fasas ut och ersättas av en verksamhetsplan från 2026⁶. Vi noterar att socialchefens inriktningsplan inte är formellt beslutad av socialnämnden. Dock framgår det av nämnds protokoll att nämnden har tagit del av inriktningsplanen som information⁷.

Avdelnings- och enhetsvisa verksamhetsplaner

Av intervjuerna framgår att verksamhetsplaner på avdelnings- och enhetsnivå har förekommit under 2025, där socialchefens inriktningsplan främst har legat till grund för framtagandet. Samtidigt framkommer det vid intervjuer att det inte finns någon gemensam metod för hur nedbrytningen ska göras, och att det i praktiken kan skilja sig åt mellan respektive avdelningen.

Vidare framgår det av intervjuerna att nedbrytningen av avdelningarnas verksamhetsplaner till enhetsnivå har genomförts i varierande omfattning. Av intervjuer framgår att arbetet har i stor utsträckning fortsatt utifrån tidigare strukturer, och flera chefer uppger att den röda tråden inte är tydlig.

⁶ Vid faktakontroll framgår att beslut om att ersätta inriktningsplanen med en verksamhetsplan har antagits. Verksamhetsplanen avser gälla för 2026. Socialnämnden 2025-10-19 § 173

⁷ Socialnämnden 2024-09-06 § 126

10.1 BEDÖMNING

Vår bedömning är att nämnden **inte** säkerställt att verksamhetsplaner finns fastställda i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem.

Vi bedömer att nämnden inte säkerställt att verksamhetsplaner finns fastställda i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem. Av granskningen framgår dock att nämnden har antagit en strategisk plan som i allt väsentligt följer anvisningarna från fullmäktiges instruktioner. Den strategiska planen har till viss del omsatts i socialchefens inriktningsplan, men kopplingen mellan dokumenten framstår som fragmentarisk och implicit. Vidare är inriktningsplanen inte ett styrdokument som beslutats av nämnden, vilket vi bedömer inte är förenligt med vad som kan delegeras enligt 6 kap. 38 § kommunallagen.

Av granskningen framgår att verksamhetsplaner har tagits fram i varierande omfattning på både avdelnings- och enhetsnivå. Samtidigt konstaterar vi att arbetet inte har följt en enhetlig struktur, vilket kan medföra variationer i hur mål och prioriteringar omsätts i praktiken.

11 VERTIKALA DIALOGER I STYR- OCH LEDNINGSSYSTEMET

Av kommunens styr- och ledningssystem samt den tillhörande metodhandboken framgår att vertikala dialoger är ett strukturerat arbetssätt för att skapa samsyn mellan uppdragsgivande och uppdragstagande chef. Dialogerna ska genomföras minst fyra gånger per år enligt kommunens årshjul och följa en tydlig agenda med fokus på resultat, förutsättningar, planering och uppföljning. Ansvaret för att planera och genomföra dialogerna ligger på den överordnade chefen. Dokumentation av dialogerna ska ske i kommunens verksamhetssystem.

Vertikala dialoger i praktiken

Av intervjuer framgår att arbetssättet med vertikala dialoger, så som de definieras i kommunens styr- och ledningssystem ännu inte har etablerats under år 2025.

Av intervjuer framgår samtidigt att andra typer av uppföljningsmöten har förekommit som delvis fyllt en liknande funktion. Exempelvis har socialchef och avdelningschefer haft återkommande möten för att följa upp uppdrag och förutsättningar, ofta i samband med tertiäl- och delårsrapportering. På avdelningsnivå har ledningsmöten genomförts veckovis där ekonomi, bemanning och verksamhetsfrågor diskuteras. Enhetschefer har i sin tur haft månatliga möten med avdelningschef och controller med fokus på budget och resursanvändning.

Enligt uppgift finns det ännu inget etablerat arbetssätt som säkerställer att dessa uppföljningsmöten dokumenteras i kommunens verksamhetssystem.

11.1 BEDÖMNING

Vår bedömning är att nämnden **inte** säkerställt att det i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem sker vertikala dialoger i verksamheten

Av granskningen framgår att det under året har genomförts återkommande dialoger och uppföljningsmöten mellan olika chefsnivåer. Vi anser att dessa möten till viss del bidragit till att följa upp uppdrag, förutsättningar och resurser i verksamheten, vilket vi bedömer som positivt.

Samtidigt konstaterar vi att dessa möten inte har genomförts på ett sätt som motsvarar de krav som ställs på vertikala dialoger i kommunens styr- och ledningssystem. Vidare noterar vi att mötena inte har dokumenterats i kommunens verksamhetssystem, vilket avviker från de dokumentationskrav som anges i styr- och ledningssystemet.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi att nämnden inte säkerställer att vertikala dialoger genomförs i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem.

12 STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING

Av styr- och ledningssystemet framgår att uppföljningen ska ske, utöver de tidigare beskrivna vertikala dialogerna, genom formella rapporter enligt fastställt årshjul.

Rapporterna omfattar månadsbokslut fyra gånger per år för löpande ekonomisk och verksamhetsmässig uppföljning, en intern delårsuppföljning i april för att analysera status och behov av justeringar, samt en delårsrapport i augusti som omfattar hela kommunkoncernen och redovisas till kommunfullmäktige. Den mest omfattande uppföljningen ska ske i årsredovisningen, där ekonomi, verksamhet och måluppfyllelse analyseras utifrån den strategiska planen.

Av socialchefens inriktningsplan framgår att uppföljning och återsrapportering till socialnämnden främst ska ske enligt följande:

- Individuella samtal och uppdragsdialoger i organisationen
- Årsredovisning samt inför beslut om ny strategisk plan.
- Tertiäredovisningar till nämnden, som ska ge kontinuerlig uppföljning och dialog kring aktuella uppdrag.

Uppföljning i praktiken

Vid genomgång av nämndens protokoll under år 2025, framgår att nämnden tagit del av tertiärapporter från respektive avdelning vid nämndssammanträden i januari⁸, maj⁹ och

⁸ Socialnämnden 2025-01-17

⁹ Socialnämnden 2025-05-19

september¹⁰. Vi noterar att tertialrapporterna främst fungerar som en övergripande lägesbeskrivning för respektive avdelning och ger nämnden information om exempelvis ekonomi, avdelningens status, kvalitetsarbete och arbetsmiljö/kompetensförsörjning.

Av intervjuer framgår även att nämnden löpande har fått muntliga genomgångar av berörda tjänstepersoner som ett komplement till den skriftliga rapporteringen.

Vid nämndens sammanträde i september beslutades att godkänna delårsrapporten¹¹. Vi har tagit del av delårsrapporten och noterar att kopplingen mellan socialnämndens verksamhetsstyrning via den strategiska planen och delårsuppföljningen inte är tydlig.

Av delårsrapporten framgår att arbetet utifrån strategierna *Det bästa för Piteå, Enkelt att bo attraktivt, Enkelt att känna sig trygg och uppskattad* samt *Enklare att ha mer av kul* i huvudsak ännu inte har påbörjats, eftersom förvaltningens verksamhetsplaner inte färdigställts. Vidare framgår att målsättningar kopplade till strategierna främst är framtagna för 2026, men att måluppfyllelsebedömning bedöms kunna påbörjas redan under 2025.

Delårsrapporten anger också att kommunfullmäktige i februari 2025 beslutade om utvecklingsprogram och uppmanade nämnder och styrelser att under första halvåret besluta om eventuella kompletterande insatsområden samt indikatorer för 2025 och framåt¹².

Vid genomgång av nämndsprotokoll noterar vi att socialnämnden inte antagit några kompletterande insatsområden eller indikatorer för 2025. Däremot har nämnden i april 2025 antagit Strategisk plan 2026–2028 och budget 2026¹³. Det framgår dock varken av protokoll eller vid intervjuer att beslutet om den strategiska planen för 2026-2028 även skulle gälla för innevarande verksamhetsår 2025.

12.1 BEDÖMNING

Vår bedömning är att nämnden **inte** säkerställt att uppföljning sker i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem.

Vi bedömer att nämnden inte har säkerställt att uppföljning fullt ut sker i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem. Dock framgår det att nämnden har fått tertialrapporter från respektive avdelning, vilket ger viss information om ekonomi, verksamhetens status, kvalitetsarbete och arbetsmiljö.

Vidare bedömer vi att delårsuppföljningen inte är ändamålsenlig, och saknar en tydlig koppling till nämndens beslutade styrning och de styrsignaler avdelningarna i praktiken har arbetat efter. Vi anser att uppföljningen inte har gett nämnden tillräckligt underlag för att bedöma framdriften gentemot måluppfyllelse.

¹⁰ Socialnämnden 2025-09-05

¹¹ Socialnämnden 2025-09-05 § 147

¹² Kommunfullmäktige 2025-02-10 § 12

¹³ Socialnämnden 2025-04-22 § 68

Trots att nämnden inte fullt ut har följt intentionerna i kommunens styr- och ledningssystem bedömer vi att tertialrapporteringen ger nämnden grundläggande information om respektive avdelnings framdrift och utveckling, vilket delvis kan utgöra underlag för beslut om åtgärder.

13 NÄMNDENS UPPFÖLJNING OCH HANTERING AV IDENTIFIERADE RISKER OCH ÅTGÄRDER

Av tertialredovisningarna som beskrivits i tidigare avsnitt, har avdelningarna lämnat övergripande lägesbilder och beskrivningar av vidtagna och planerade åtgärder inom områden som bland annat omfattat ekonomi, kvalitetsarbete samt frågor kopplade till arbetsmiljö och kompetensförsörjning.

Av nämndsprotokoll under år 2025 framgår att nämnden under året har tagit del av informationen avseende respektive avdelnings tertialredovisning¹⁴. Utöver de vidtagna och planerade åtgärder som redovisas av avdelningarna kan vi dock inte se att nämnden själv har fattat några formella beslut om ytterligare åtgärder med anledning av tertialredovisningarnas innehåll.

Även om nämnden inte har fattat några formella beslut om ytterligare åtgärder med anledning av tertialredovisningarna, noterar vi att nämnden vid efterföljande tertialredovisningar fått en viss återkoppling på avdelningarnas fortsatta arbete och framdrift i förhållande till de aktiviteter som avdelningarna själva redovisat.

Som tidigare framgått av granskningen har nämnden tagit del av delårsrapporten per augusti 2025. Vid nämndens sammanträde i september¹⁵ beslutade nämnden att godkänna delårsrapporten för innevarande år. Vi noterar att nämnden inte fattade några formella beslut om ytterligare åtgärder med anledning av delårsrapportens redovisade avvikelser eller risker.

Utöver rapporterna som beskrivits ovan tar nämnden del av återkommande budgetuppföljningar där respektive avdelnings ekonomiska utfall, tillhörande analys och redovisade åtgärder går igenom. Nedanstående tabell syftar till att gestalta nämndens ekonomiska utveckling för år 2025.

Period till och med	Utfall Socialtjänsten	Helårsprognos Socialtjänsten	Nämndsaktivitet
Jan	-	-	Nämnden ¹⁶ beslutar att avveckla särskilt boende Österbo som en del i att anpassa verksamheten till budgetram.
Feb	-2,2 mkr	-	
Mars	-1,0 mkr	- 7,2 mkr	

¹⁴ Socialnämnden 2025-01-17, 2025-05-19, 2025-09-05

¹⁵ Socialnämnden 2025-09-05 § 147

¹⁶ Socialnämnden 2025-01-17 § 1

April	-0,4 mkr	- 8,2 mkr	Ekonomisk aktivitetsplan antas ¹⁷
Maj	-0,7 mkr	- 11,9 mkr	
Juni	-	-	
Juli	-	-	
Augusti	-4,3 mkr (exkl. löneökningar)	- 13,9 mkr	
September	-9,7 mkr (exkl. löneökningar)	- 13,9 mkr	I samband med budgetuppföljning ¹⁸ får förvaltningen i uppdrag att under hösten återkomma med en beräkning av de kostnadsökningar som uppstått till följd av kompetensförsörjningssituationen.
Oktober	-10,2 mkr	- 11,7 mkr	
November	-7,0 mkr	- 6,8 mkr	

Källa: Interna dokument från kommunen.

Beslut om åtgärder från nämnd

Som beskrivs ovan i tabellen tog nämnden beslut i januari om att avveckla ett särskilt boende som en del i att ytterligare anpassa verksamheten till budgetram. Av dokumentet *beslutsunderlag utifrån tidigare inriktningsbeslut om att ytterligare anpassa verksamheten till budgetram, avveckling av platser inom särskilt boende*, framgår att avvecklingen beräknas ge en ekonomisk effekt på cirka 17,5 miljoner kronor per år för socialnämnden. Avvecklingen väntas genomföras under åren 2025-2026.

Ekonomisk aktivitetsplan antogs av nämnden i april¹⁹ och innehåller både generella och avdelningsspecifika åtgärder för att minska kostnaderna. Det framgår att planen kan kompletteras eller justeras löpande under året. Avdelningarna har i uppdrag att konkretisera och tidsätta sina respektive aktiviteter. Av den version av ekonomisk aktivitetsplan som vi har tagit del av och som beslutades om i april framgår det inte hur och när uppföljningen av den ekonomiska aktivitetsplanen ska genomföras. Vi noterar även att aktiviteterna i den ekonomiska handlingsplanen saknar uppgifter om prognostiserade kostnadsbesparingar.

I samband med de löpande budgetuppföljningarna framgår att nämnden uppmanar avdelningarna att arbeta metodiskt och målinriktat för att komma tillrätta med prognosticerade underskott. Nämnden ger förvaltningen uppdraget att bedriva verksamheten kostnadseffektivt och inom tilldelad ram. Utöver de planerade aktiviteter i den ekonomiska handlingsplanen framgår det av nämndsprotokollen att ett antal områden som ska prioriteras så som exempelvis:

- Framtagande av en insatskatalog för förändrad biståndsbedömning
- Förändring av semesterplanering

¹⁷ Socialnämnden 2025-04-22 § 69

¹⁸ Socialnämnden 2025-09-05 § 145

¹⁹ Socialnämnden 2025-04-22 § 69

- Beslut gällande neddragning av verksamhet; Rosågränd, halvering av Samvaron, gruppboende Parken.
- Beslut gällande ytterligare neddragning av verksamhet: Österbo.

Vi har inte tagit del av någon dokumentation som beskriver hur arbetet med de prioriterade områden ska framskrida och när återrapportering till nämnd ska ske.

I samband med budgetuppföljning i september ger nämnden förvaltningen i uppdrag att under hösten återkomma med en beräkning av de kostnadsökningar som uppstått till följd av kompetensförsörjningssituationen. Av protokollgenomgång framgår det inte om/när nämnden fick/fått återrapportering av uppdraget. Dock framgår det av budgetuppföljningen i oktober²⁰ att nämnden gör bedömningen att det inte är möjligt att nå det av kommunfullmäktige fastställda budgetmålet med hänvisning till de rådande förutsättningarna med kompetensförsörjningen.

Kvalitetsrapportering och åtgärder

Av riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att ledningssystemet ska användas för att följa upp, kontrollera, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvaliteten inom förvaltningen sammanställs årligen i en kvalitetsberättelse som återrapporteras till nämnden²¹.

Av kvalitetsberättelsen framgår brister och risker per avdelning samt deras redogörelse för det egna kvalitetsarbetet. Vidare framkommer att kvalitetsarbetet under året i hög grad har påverkats av införandet av ett nytt verksamhets- och avvikelsehanteringssystem. Detta införande har krävt betydande resurser och inneburit utmaningar kopplade till dokumentation, processer och rutiner. I ett separat kapitel redovisas dessutom en sammanställning av avvikelser, där statistiken presenteras och beskriver den rapportering som inkommit från verksamheterna.

Patientsäkerhetsberättelsen återrapporterades till nämnden i februari²² och innehåller en redogörelse för de åtgärder som vidtagits för att stärka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnått. Berättelsen beskriver även de mål och planerade åtgärder som avses genomföras kommande år i syfte att ytterligare förbättra patientsäkerheten. Av nämndsprotokollet framgår att de brister som identifierats åligger respektive verksamhet att åtgärda i enlighet med kvalitetsledningssystemet.

I april gav nämnden²³ förvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan med anledning av de sjunkande resultaten i Hemtjänstindex²⁴. Av ärendebeskrivningen framgår att flera av de planerade åtgärderna handlar om att tydliggöra rutiner och förbättra informationen på kommunens hemsida. Vi noterar att det inte framgår när och om handlingsplanen ska följas upp.

²⁰ Socialnämnden 2025-10-29 § 170

²¹ Socialnämnden 2025-03-26 § 50

²² Socialnämnden 2025-02-19 § 30

²³ Socialnämnden 2025-04-22 § 64

²⁴ Hemtjänstindex är en sammanvägning av data som på olika sätt indikerar kvalitet i hemtjänsten. Syftet är att underlätta kommuners kvalitetsanalyser och prioriteringar.

Vidare framgår att nämnden tagit del av särskilt uppföljning från medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i juni²⁵. Av redovisningen framgår att MAS följt upp ett antal kvalitetsmått, bland annat förekomsten av trycksår per avdelning samt vilka åtgärder som vidtagits. Uppföljningen omfattar även resultat avseende basal hygien och vilka förbättringsåtgärder som genomförts inom respektive verksamhet. Vidare ingår en genomgång av ordinerade skyddsåtgärder och hur dessa följts upp.

Internkontrollplan

Av kommunens styr och ledningssystem framgår att alla nämnder årligen ska upprätta en internkontrollplan, som utifrån verksamhetens processer, behandlar relevanta risker för att på en rimlig nivå säkerställa att:

- Verksamheten lever upp till kommunfullmäktiges målsättningar
- Verksamheten bedrivs kvalitativt och kostnadseffektivt samt att informationen om verksamheten och dess ekonomi är tillräcklig,
- De lagar, regler och styrande dokument som finns för respektive verksamhet efterlevs,
- Övriga möjliga risker, förluster och förströelser inringas, bedöms och förebyggs.

Nämnden beslutade om internkontrollplan för 2025 vid sammanträdet i januari²⁶. Enligt uppgift har internkontrollplanen föregåtts av en workshop med socialnämnden, avdelningschefer och nyckelfunktioner. Informationen som framgick av workshopen har sedan bearbetats av förvaltningen och resulterat i internkontrollplanen avseende år 2025.

Av internkontrollplanen framgår att följande risker prioriterades för år 2025.

Rutin/Process		Risk	Sannolikhet	Konsekvens
Målstyrning	1	 Risk för att medarbetarna inte känner igen sig i målen och den röda tråden saknas	Säkert	Lindrig
Nämndsprocessen	2	 Risk för otillbörlig påverkan, hot och hat mot tjänstepersoner och förtroendevalda.	Troligt	Allvarlig
Kompetensförsörjning	3	 Risk för bristande kompetensförsörjning	Säkert	Kritisk
	4	 Risk för ökande overtidsuttag	Troligt	Kritisk
Kvalitet och patientsäkerhet	5	 Risk för att rutiner gällande uppföljning av biståndsbeslut inte finns/följs.	Troligt	Allvarlig
	6	 Risk att egenkontroll/kontrollplan inte genomförs enligt gällande rutiner	Möjligt	Kritisk

Källa: Interna dokument

Respektive risk har kontrollmoment eller förebyggande aktivitet kopplat till sig.

Uppföljning och åtgärder

²⁵ Socialnämnden 2025-06-16 § 121

²⁶ Socialnämnden 2025-01-17 § 5

Av protokoll framgår att nämnden godkände internkontrolluppföljningen i oktober²⁷. Uppföljningen visar att endast en av riskerna bedömdes som en stor avvikelse: *risken att medarbetarna inte känner igen sig i målen och att den röda tråden saknas*.

Vidare framkommer att inga särskilda åtgärder har genomförts med anledning av avvikelsen, då konsekvensen bedömts som lindrig. Detta motiveras även av det pågående kommunövergripande arbetet med att införa ett nytt styr- och ledningssystem, vilket förväntas få stor betydelse för området.

Vi noterar att samma risk – att medarbetarna inte känner igen sig i målen – återkommit i socialnämndens internkontrollplaner även för åren 2023 och 2024. Under båda åren har samma kontrollmetod använts, bestående av en enkätundersökning. I uppföljningarna för 2023 och 2024 bedömdes risken också som en stor avvikelse, då majoriteten av medarbetarna uppgav att de endast har knappt eller måttlig kännedom om målen.

Vi noterar att i delårsrapporten nämns internkontrollen kortfattat, med uppgift om att den under perioden bedöms vara tillräcklig. I protokollet från sammanträdet där delårsrapporten godkändes finns dock ingen särskild sammanträdespunkt där internkontrollen behandlas separat.

Övriga noteringar

Vid genomgång av nämndsprotokoll framgår att nämnden i september²⁸ beslutade att anta en strategi för socialtjänstens arbete med kompetensförsörjning.

Av protokollen framgår också att nämnden återkommande får information från socialchefen under sammanträdespunkten "Ordförande och socialchefen informerar".

Faktakontroll

Vid faktakontrollen framkommer att uppdrag och återrapportering i flera fall sker genom löpande muntliga dialoger och i anslutning till exempelvis ekonomirapporter och tertialuppföljningar. Det framgår även att den återrapportering som sker inte alltid tydliggörs i protokoll eller som särskilda ärenden, vilket innebär att delar av nämndens uppföljning inte fullt ut dokumenteras.

13.1 BEDÖMNING

Vår bedömning är att nämnden **delvis** har en tillräcklig uppföljning av verksamheten för att kunna fatta beslut om och vidta adekvata åtgärder vid identifierade risker eller brister

Vi konstaterar att nämnden återkommande tar del av ekonomiska uppföljningar, inklusive tertialredovisningar, budgetuppföljningar och delårsrapport. Vi anser att den ekonomiska uppföljningen ger nämnden underlag för att kunna identifiera ekonomiska risker och kunna besluta om åtgärder.

²⁷ Socialnämnden 2025-10-29 § 174

²⁸ Socialnämnden 2025-09-05 § 152

När det gäller uppföljningar inom kvalitetsområdet kan vi konstatera att nämnden tar del av kvalitetsberättelsen, patientsäkerhetsberättelsen, MAS-uppföljningar och viss kvalitetsrelaterad information i tertialredovisningarna. Vi anser att den sammantagna uppföljningen ger nämnden förutsättningar att identifiera risker och utgöra underlag för beslut om åtgärder.

Vidare konstaterar vi att nämndens styrning genom mål och kravställan inte varit fullt utvecklad under året. Avsaknaden av tydligt konkretiserade mål som ska omsättas via verksamhetsplaner har medfört att uppföljningen saknar en tydlig utgångspunkt. Vi anser att detta försvårar bedömningen av framdrift, avvikelser samt begränsar nämndens förmåga att styra och följa upp verksamheten utifrån de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt.

När det gäller internkontrollen konstaterar vi att nämnden har en fastställd internkontrollplan med identifierade risker, kontrollmoment och en genomförd uppföljning. Samtidigt kan vi konstatera att internkontrollen inte fullt ut används som ett aktivt styrningsverktyg. Risken att medarbetarna inte känner igen sig i målen har bedömts som en stor avvikelse under flera år, utan att leda till särskilda åtgärder från nämndens sida. Detta indikerar att nämnden i begränsad utsträckning omsätter resultatet av internkontrollen i styrning och utveckling av verksamheten.

Mot bakgrund av ovanstående gör vi sammantaget bedömningen att nämnden delvis har en tillräcklig uppföljning av verksamheten för att kunna identifiera risker och brister och vid behov besluta om åtgärder. Samtidigt finns väsentliga förbättringsområden, särskilt kopplade till målstyrning och att omsätta resultaten av internkontrollen i förbättringsåtgärder.

13.2 BEDÖMNING

Vår bedömning är att nämnden **endast delvis** har följt upp beslutade åtgärder

Vi kan konstatera att nämnden under året har beslutat om flera åtgärder, framför allt inom ekonomiområdet. Exempelvis beslutade nämnden att avveckla ett särskilt boende som en del i anpassningen till budgetram samt antog en ekonomisk aktivitetsplan med generella och avdelningsspecifika besparingsåtgärder. Vi anser att nämnden får viss återkoppling på avdelningarnas arbete och hur det ekonomiska läget utvecklas över tid främst via tertialredovisningar och budgetuppföljningen. Dock anser vi att beslutade åtgärder ofta saknar tydliga ramar i form av tidplan, ansvar och förväntade effekter.

Vi kan vidare konstatera att nämnden under året har gett specifika uppdrag, exempelvis att ta fram en beräkning av kostnadsökning kopplat till kompetensförsörjningssituationen samt att upprätta en handlingsplan med anledning av försämrade resultat i Hemtjänstindex. Av protokollgenomgången framgår inte tydligt om och när dessa uppdrag har återrapporterats eller följts upp av nämnden. Vilket indikerar att nämnden inte fullt ut säkerställer att beslutade uppdrag genomförs och leder till konkreta förbättringar.

Sammantaget bedömer vi att nämnden delvis följer upp beslutade åtgärder, men att uppföljningen inte är tillräckligt systematisk eller tydligt strukturerad för att säkerställa att åtgärder genomförs i tillräckligt hög utsträckning och genererar avsedd effekt.

14 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden i kommunen har en effektiv verksamhetsstyrning.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden endast delvis har en effektiv verksamhetsstyrning.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att det beslutade styr- och ledningssystemet implementeras och tillämpas. (Se avsnitt 9.)
- Tillse att roll- och ansvarsfördelningen i planerings- och uppföljningsarbetet tydliggörs och förankras på samtliga nivåer. (Se avsnitt 9.)
- Tillse att verksamhetsplaner upprättas och beslutas i enlighet med gällande styrmodell, så att styrkedjan från fullmäktige till enhetsnivå säkerställs. (Se avsnitt 10.)
- Säkerställa att beslutanderätten i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet utövas av nämnden, i enlighet med 6 kap. 38 § kommunallagen. (Se avsnitt 10.)
- Säkerställa att vertikala dialoger etableras och genomförs enligt beslutad struktur och frekvens i kommunens styr- och ledningssystem. (Se avsnitt 11.)
- Säkerställa att uppföljning genomförs i enlighet med kommunens styr- och ledningssystem. (se avsnitt 12.)
- Konkretisera nämndens mål och säkerställ att uppföljningen tydligt kopplas till dessa, så att nämnden får ett tillräckligt underlag för att bedöma framdrift, avvikelser och behov av åtgärder. (Se avsnitt 13.)
- Tillse att resultaten från internkontrollen används som ett aktivt styrningsverktyg och att identifierade avvikelser leder till åtgärder. (Se avsnitt 13.)
- Tillse att beslutade åtgärder tydliggörs genom fastställda ramar för tidplan, ansvar och förväntade effekter, för att möjliggöra en systematisk och ändamålsenlig uppföljning. (Se avsnitt 13.)

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Pär Koyanagi-Gustafsson

Certifierad kommunal revisor

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor/ Specialist