



Malmö stad

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen

2026-02-11

1 (14)

Bilaga 1:

Risikanalys med anledning av IVO:s tillsyn av rättssäkerheten i myndighetsutövning barn och unga

Risikanalysen är genomförd av avdelningen IFO barn och familj utredning
Avdelningschef. Sara Kleijssen Åhlander

Risikanalys

Beskrivning av område som IVO har identifierat brister inom och risken.	Sannolikhet 1-5 1= Nästintill omöjligt 2= Föga troligt 3= Möjlig 4= Troligt 5= Nästintill säkert	Konsekvens 1-5 1= Knappt kännbart 2= Kännbart 3= Påtagligt 4= Allvarligt 5= Synnerligen allvarligt	Riskvärdet Multipluera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens	Kommentar Beskrivning av redan genomförda, pågående eller planerat arbete som berör riskområdet direkt eller indirekt.	Välj hantering av risken Hantering av risken kan ske inom ramen för intern kontroll, det systematiska kvalitetsarbetet eller genom förbättringsåtgärder inom verksamhetens ordinarie utvecklingsarbete.
Identifierad brist IVO: Kontroll inför placeringar av barn och unga					
Risk för att det inte alltid görs en kontroll om verksamheten har giltigt tillstånd innan placering	2	4	8	<p>Ramavtalsägaren Skånes kommuner gör kontroll av tillstånd vid upphandling. Alla tillståndspliktiga verksamheter kontrolleras mot IVO var tredje månad utifrån tillsynsbeslut om brister, återkallelse av tillstånd med mera.</p> <p>Avtalsgruppen inom barn och familj gör kontroll av tillstånd vid direktupphandling. Tydliga rutiner finns.</p> <p>Egenkontroll avseende följsamhet till Rutin avtal vid extern vård IFO har gjorts under 2025, förbättringsarbete pågår utifrån egenkontrollen.</p> <p>Planerade åtgärder och granskningar i beslutad internkontrollplan angående uppföljning av privata leverantörer, samt arbete med åtgärder utifrån revisionens rekommendationer efter granskning av uppföljning av privata utförare (SR-2025-130). Nämnden yttrar sig angående revisionsgranskningen i mars 2026.</p>	<p>Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 under 2026 om tillstånd kontrolleras vid direktupphandling.</p> <p>Eventuella åtgärder kommer att genomföras baserat på resultatet av egenkontrollen.</p>

Risk för att kontroll inte alltid görs om barnet tillhör målgruppen som verksamheten har tillstånd för	2	4	8	<p>Verksamheten ska ta ställning till om det finns delar av processen och rutinen för direktupphandling som behöver förändras i kvalitetshöjande syfte.</p> <p>Verksamheten har ett pågående arbete med att undersöka möjligheten att rutinmässigt göra kontroller av om privata verksamheters tillstånd omfattar den målgrupp barnet tillhör.</p> <p>Arbete med åtgärder utifrån revisionens rekommendationer efter granskning av uppföljning av privata utförare (SR-2025-130). Nämnden yttrar sig angående revisionsgranskningen i mars 2026.</p>	<p>Förbättringsåtgärd under 2026 utifrån IVO:s tillsyn att undersöka möjlighet till kontroll av målgrupp och tillstånd.</p> <p>Uppföljning i kvalitetsberättelsen 2026.</p>
Risk för att kontroll inte alltid görs om familjehemmet bedrivs yrkesmässigt	3	2	6	<p>Verksamheten gör olika typer av kontroller under utredningen som ger indikatorer på om familjehemmet bedrivs yrkesmässigt. Exempelvis registeruppgifter från Kronofogden, Försäkringskassan samt från socialnämnder i kommuner där familjen tidigare har varit bosatt. Vilka kontroller som ska göras finns beskrivet i kärnprocessen.</p> <p>Det finns ingen nationell styrning kring hur yrkesmässighet ska kontrolleras. Verksamheten efterfrågar en dialog på nationell nivå, för att säkerställa ett gemensamt angreppssätt.</p> <p>Arbete med åtgärder utifrån revisionens rekommendationer efter granskning av uppföljning av privata utförare (SR-2025-130). Nämnden yttrar sig angående revisionsgranskningen i mars 2026.</p>	<p>Förbättringsåtgärd under 2026 utifrån IVO:s tillsyn att undersöka vilka kontroller som skulle kunna vara genomförbara.</p> <p>Uppföljning i kvalitetsberättelsen 2026.</p>

Risk för att kontroll inte alltid görs om verksamheten har haft omplaceringar eller oplanerade utskrivningar under aktuell period	5	1	5	<p>Omplaceringar och oplanerade utskrivningar i sig är inte en indikator på att något är fel eller problematiskt, det kan finnas godtagbara anledningar till att det sker. Då statistik om omplaceringar och oplanerade utskrivningar inte säger något om de bakomliggande orsakerna, är det svårt att dra slutsatser av informationen.</p> <p>Däremot agerar verksamheten på upprepade omplaceringar eller oplanerade utskrivningar av de barn som nämnden har placerat. Bland annat undersöks vilka anledningar det finns till upprepade omplaceringar eller oplanerade utskrivningar, och om vårdformen är rätt i det individuella ärendet.</p>	<p>Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 under 2026 om att systematiskt följa upp egna oplanerade utskrivningar.</p> <p>Eventuella åtgärder kommer att genomföras baserat på resultatet av egenkontrollen.</p>
--	---	---	---	--	--

Identifierad brist IVO: Hantering av orosanmälningar					
Risk för att orosanmälningar inte alltid handläggs inom lagstadgad tid (14 dagar)	2	4	8	<p>Egenkontroll görs löpande för att kontrollera att orosanmälningar handläggs inom 14 dagar.</p> <p>Egenkontrollen för 2025 visar att nära 90 procent av orosanmälningarna handlagts inom 14 dagar.</p> <p>Av de drygt 1000 orosanmälningar som inte handlagts inom lagstadgad tid har det i omkring 60 procent av ärendena berott på att vårdnadshavare uteblivit från bokad tid eller behövt boka om tiden. Omkring en tredjedel beror på organisatoriska orsaker som exempelvis arbetsbelastning. I 10 procent av ärendena har förseningen orsakats av förundersökningssekretess, vilket medför att beslut i ärendet behöver avvakta.</p> <p>En åtgärd som vidtagits för att minska andelen uteblivna och ombokade besök har varit att ändra i befintlig rutin, så att kontakt och mötesbokning sker på telefon istället för via brev.</p> <p>Avvikelse som orsakats av verksamheten rapporteras och hanteras inom ramen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.</p>	<p>Löpande egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 om följsamhet till om orosanmälningar handläggs inom 14 dagar.</p>

<p>Risk för att utredningar inte alltid handläggs inom lagstadgad tid (4 månader)</p>	5	4	20	<p>Granskning inom intern kontroll 2025 visar att andelen sena utredningar minskat under januari till juni 2025 i relation till samma tidsperiod 2024. Andelen sena utredningar har minskat för varje år sedan 2021 för motsvarande period.</p> <p>Verksamheten följer upp statistik på antal och andel sena utredningar varje månad.</p> <p>Verksamheten har en handlingsplan med åtgärder för att minska antal och andel sena utredningar. Handlingsplanen innehåller åtgärder kring ordinarie kvalitets- och arbetsmiljöarbete samt verksamhetsutveckling.</p> <p>Verksamheten har under 2025 gjort en särskild riskanalys angående sena barnavårdsutredningar inom det systematiska kvalitetsarbetet. Riskanalysen har resulterat i åtgärder. Riskanalysen beskrivs i kvalitetsberättelsen 2025, som presenterats för nämnden i februari 2026.</p> <p>Verksamheten rapporterar utredningstider till nämnden två gånger per år genom information från förvaltningen. Verksamheten rapporterar antal och orsaken till beslut om förlängning till nämnden varje månad.</p> <p>Sena utredningstider följs upp i förvaltningsövergripande styrprocesser, såsom mål- och budget och det systematiska kvalitetsarbetet (i den årliga kvalitetsberättelsen).</p> <p>Verksamheten följer socialsekreterarnas kapacitet i ett digitalt system, och följer upp detta regelbundet för att säkerställa att resurserna och ärendebelastningen är</p>	<p>Löpande egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 om följsamhet till utredningstider enligt lag.</p> <p>Befintliga handlings- och åtgärdsplaner.</p>
--	---	---	----	--	--

				likvärdigt fördelade mellan enheterna. Omprioriteringar och förstärkningar görs vid behov.	
Risk för att förvaltningen inte alltid säkerställer att barn får relevant information	2	3	6	<p>I kärnprocess barn- och ungdomsvård finns rutiner och checklistor som beskriver frågor som socialsekreterare alltid ska ställa i mötet med barnet. Uppföljning sker genom verksamhetens styrkort.</p> <p>Verksamheten har en särskild satsning med "Min soc". Arbetssättet innebär bland annat att barnet/den unge får en särskild kallelse med information, och socialsekreteraren ska under tiden ta kontakt med barnet/den unge inför och efter varje samtal.</p> <p>Verksamheten deltar i SKR:s brukarundersökning. I brukarundersökningen för myndighetskontakten inom IFO finns en fråga där ungdomar (13+ år) får svara på: <i>Hur lätt eller svårt är det att förstå informationen du får av socialsekreteraren?</i> Resultatet från undersökningen 2025 visar att 95 procent tycker att det är mycket eller ganska lätt att förstå informationen.</p> <p>Verksamheten använder sig av en digital barnenkät (barn och unga 6-17 år). I den tillfrågas barn/unga bland annat om de har fått information om utredningen och hur den ska gå till, vad barnet kan få hjälp med och att barnet själv kan bestämma hur mycket hen vill berätta. Resultatet sammanställs årsvis.</p>	Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga.

Risk för att förvaltningen inte alltid säkerställer att barn får möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet	2	5	10	<p>I kärnprocess barn- och ungdomsvård finns rutiner och checklistor som beskriver frågor som socialsekreterare alltid ska ställa i mötet med barnet. Uppföljning sker genom verksamhetens styrkort. Det förekommer dock att socialsekreteraren inte alltid får tillgång till barnet.</p> <p>Verksamheten deltar i SKR:s brukarundersökning. I brukarundersökningen för myndighetskontakter inom IFO finns en fråga där ungdomar (13+ år) får svara på: <i>Frågar socialsekreteraren efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras?</i> Resultatet visar att 100 procent av ungdomarna har svarat ja på frågan i undersökningen 2025.</p> <p>Verksamheten har haft en särskild satsning med "Min soc" (se beskrivning under ovan risk).</p> <p>Löpande utvecklingsarbete utifrån barnenkäter. Till exempel implementering av bildstöd för samtal med barn som har ett begränsat språk. Screeningverktyg finns med direkta frågor till barn och unga.</p> <p>Under 2024 genomfördes en granskning inom intern kontroll angående kvalitet i handläggning och dokumentation. Dokumentationen har granskats utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation. En uppföljande granskning gjordes under 2025. Av granskningen framgår att i majoriteten av ärendena har det helt eller delvis dokumenterats att barnet har fått möjlighet att uttrycka sina åsikter och vilka åsikter som denna har fört fram, samt</p>	Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
---	---	---	----	---	---

				att hänsyn har tagits till barnets åsikter i förhållande till barnets ålder och mognad.	
Identifierad brist IVO: Följa upp placeringar av barn och unga					
Risk för att förvaltningen inte alltid säkerställer att uppföljning av placering i annan kommun sker	1	5	5	<p>Förvaltningens processer och rutiner skiljer sig inte åt om barnet är placerat i en annan kommun. Vid eventuella avvikelser hanteras dessa inom ramen för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.</p> <p>Vården av placerade barn och unga övervägs eller omprövas var sjätte månad enligt rutinen <i>Övervägande och omprövning</i>. Rutinen bedöms fungera väl.</p> <p>Uppföljning av hur socialsekreteraren handlägger ärendet sker löpande genom ärendegenomgång.</p> <p>Direktåtgärd i beslutad internkontrollplan 2026 om att utforma och implementera ett stödmaterial för stärkt uppföljning av externa leverantörer avseende vård- och stödtjänster.</p>	<p>Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga</p>
Risk för att förvaltningen inte alltid säkerställer att barnet har kontaktuppgifter till sin socialsekreterare	1	4	4	<p>Verksamheten har rutiner kring överlämning av kontaktuppgifter från socialsekreteraren till barnet. För att säkerställa att detta alltid sker kommer befintlig checklista att förtydligas.</p>	<p>Förbättringsåtgärd under 2026 utifrån IVO:s tillsyn att förtydliga befintlig checklista.</p> <p>Uppföljning i kvalitetsberättelsen 2026.</p>

Risk för att det finns brister i klagomåls-hanteringen och att ge barn och unga information om hur man klagar	3	4	12	Utifrån resultatet i brukarundersökningen 2025 är ett fördjupningsområde på förvaltningsnivå under 2026 att arbeta med att göra det tydligare för brukare hur synpunkter och klagomål kan lämnas.	Lägga till en risk i nämndens riskanalys för intern kontroll 2026. Direktåtgärd inom intern kontroll under 2026 att utveckla arbetet med synpunkter och klagomål.
Risk för att barnet eller den unge inte alltid får information om grunden för sin placering	1	4	4	Socialsekreterare ska prata med med barnet om grunden till placeringen vid varje uppföljning, anpassat efter barnets ålder och mognad. Samtalet ska journalföras, och kan följas i verksamhetens styrkortsvariabler i systemet Antura. Arbetssättet finns beskrivet i verksamhetens rutiner. Under 2024 genomfördes en granskning inom intern kontroll angående kvalitet i handläggning och dokumentation. Dokumentationen har granskats utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation. Granskningen pekade på vissa brister relaterat till att den information som har lämnats till barnet om den åtgärd som berör barnet inte alltid dokumenteras.	Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 under 2026 om det dokumenteras att barnet har fått information om sin placering. Eventuella åtgärder kommer att genomföras baserat på resultatet av egenkontrollen.

<p>Risk för att förvaltningen inte alltid säkerställer att de åtgärder som genomförs för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med barnet eller den unga dokumenteras</p>	2	4	8	<p>De styrkort som används som stöd för uppföljning av handläggningen i utredning och insats ska fyllas i av socialsekreterare för att säkerställa kvalitet i handläggningen. Bland annat uppgifter kring uppföljning, barnets delaktighet och om genomförandeplan upprättats.</p> <p>Genomförandeplaner görs i enlighet med verksamhetens befintliga rutiner. Avvikelse följs upp regelbundet på aggregerad nivå och rapporteras till avdelningschef.</p> <p>Under 2024 genomfördes en granskning inom intern kontroll angående kvalitet i handläggning och dokumentation. Dokumentationen har granskats utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation. Resultatet visade att dokumentation av att insatsen följs upp mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde fanns helt eller delvis i 9 av 10 ärenden inom myndighetsutövning barn och unga.</p>	<p>Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 under 2026 om de åtgärder som genomförs för att följa upp insatser dokumenteras.</p> <p>Eventuella åtgärder kommer att genomföras baserat på resultatet av egenkontrollen.</p>
--	---	---	---	--	---

Identifierad brist IVO: Egenkontroll avseende myndighetsutövning					
Risk för rättsosäker myndighetsutövning för barn och unga på grund av brister i egenkontroll enligt sosfs 2012:11 (exempelvis hur ofta besök sker, antalet socialsekreterare som besökt, barn, orsak till omplaceringar och oplanerade avslut, barn och ungas erfarenhet och syn på vården med mera).	2	2	4	<p>Verksamheten gör årligen egenkontroller, till exempel aktgranskningar, i olika delar av verksamheten. Egenkontrollerna ska dokumenteras i Platina.</p> <p>Under 2025 och 2026 är ett särskilt utvecklingsområde i förvaltningens kvalitetsarbete att intensifiera arbetet med riskanalyser och egenkontroller. Utvecklingsområdet finns beskrivet i kvalitetsberättelsen som presenterats för nämnden i februari 2026.</p> <p>Förvaltningen gör årligen en uppföljning av barn och unga i samhällsvård. Rapporten delges nämnden i samband med kvalitetsberättelsen.</p> <p>SKR:s årliga brukarundersökning är en form av egenkontroll som innehåller frågor i enlighet med SOSFS 2012:11. Som ett komplement till SKR:s brukarundersökning har förvaltningen genomfört en brukarundersökning till familjehemsplacerade barn som är mellan sex och tolv år. Verksamheten använder resultatet från undersökningarna som en del i sin ordinarie verksamhetsutveckling.</p> <p>Familjehemsvården samlar egenkontroller i en årlig rapport. Egenkontrollerna avser bland annat orsaker till sammanbrott i jourhem samt antal besök av socialsekreterare hos barnet.</p>	<p>Löpande egenkontroll enligt SOSFS 2012:11 och SOSFS 2011:9.</p> <p>Utvecklingsområde i kvalitetsberättelsen 2026.</p>

Risk för att förvaltningen inte följer upp avtal med privata utförare avseende stödboende och HVB	2	4	6	<p>Ramavtalsägaren Skånes kommuner gör kontroll av tillstånd vid upphandling. Alla tillståndspliktiga verksamheter kontrolleras mot IVO var tredje månad utifrån tillsynsbeslut om brister, återkallelse av tillstånd med mera.</p> <p>Inköpsenheten gör kontroller av förvaltningens egna ramavtal. För privata utförare som ingår i nämndens egna ramavtal görs varje år en bedömning av vilka avtal och privata utförare som ska följas upp. Inom ramen för avtalsspecifika krav (som rör avtalsuppföljningen, inte individuppföljningen) görs ett urval av kontrollaktiviteter. Avtalsuppföljningen dokumenteras i enlighet med vad som framgår av avtalsuppföljningsplanen (finns en befintlig mall och rutin).</p> <p>Direktupphandlade privata utförare kontrolleras på i princip samma sätt av avtalsgruppen inom avdelningen barn och familj, dels vid upphandlingstillfället, dels vid förlängning av avtal. Tydliga rutiner finns.</p> <p>I samband med upphandling ska leverantören bifoga ett undertecknat intyg om "Lämplighet personal". Sedan ställer förvaltningen frågan till leverantörerna en gång till under avtalsperioden under uppföljning.</p> <p>Direktåtgärd i nämndens beslutade internkontrollplan 2026 om stärkt uppföljning av externa leverantörer.</p> <p>Direktåtgärd i nämndens beslutade internkontrollplan för 2026 om bristande uppföljning av kvalitetskrav i upphandlade avtal.</p>	<p>Befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga</p>
--	---	---	---	---	--

				<p>Kommungemensam granskning i beslutad internkontrollplan för 2026 om brister i inköps- och avtalsuppföljning.</p> <p>Arbete med åtgärder utifrån revisionens rekommendationer efter granskning av uppföljning av privata utförare (SR-2025-130). Nämnden yttrar sig angående revisionsgranskningen i mars 2026.</p>	
Identifierad brist IVO: Jäv och korruption					
Risk för bristande följsamhet till delegationsordning vid beslutsfattande som rör barn och unga	2	5	10	<p>Nämnden har en delegationsordning, senast uppdaterad 2025-12-18 (ASN-2023-1184). I delegationsordningen finns beskrivet vilka befattningar som har delegation på vilka beslut. Kontroll av korrekt beslutsfattare sker vid ärendegenomgångar och vid attest av fakturor.</p> <p>Det finns en risk att beslut tas av fel delegat då befintligt verksamhetssystem inte hindrar att det sker.</p>	<p>Lägga in en risk i nämndens riskanalys intern kontroll.</p> <p>Granskning inom intern kontroll att granska följsamheten till delegationsordningen avseende myndighetsbeslut som rör barn och unga.</p>