



## Kvalitetsberättelse 2025

Datum: 2026-02-27

Ansvarig: Förvaltningsdirektör

Förvaltning: Arbetsmarknads- och socialförvaltningen

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Uppföljning av utvecklingsområde 2025.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad – processer och rutiner .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Det systematiska förbättringsarbetet.....</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Avvikelse.....</b>	<b>6</b>
4.1.1 Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående.....	6
4.1.2 Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelse .....	7
4.1.3 Lex Sarah.....	7
<b>4.2 Sammanställning och analys av avvikelser .....</b>	<b>9</b>
4.2.1 Mönster i kvalitetsavvikelse och klagomål och synpunkter från personal .....	9
4.2.2 Mönster i klagomål och synpunkter från utomstående .....	10
4.2.3 Mönster i lex Sarah .....	10
<b>4.3 Riskanalys .....</b>	<b>11</b>
4.3.1 Riskanalys om barnavårdsutredningar.....	12
4.3.2 Riskanalys utifrån brister i revisionens granskning om barn i kriminalitet.....	13
<b>4.4 Egenkontroll.....</b>	<b>14</b>
4.4.1 Enskildas upplevelser av verksamhetens kvalitet .....	15
4.4.2 Barn och unga i samhällsvård .....	16
4.4.3 Handläggning och dokumentation.....	16
4.4.4 Boendeplatser.....	18
<b>5. Beslut till förvaltningen från tillsynsmyndigheter.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Beslut från IVO.....</b>	<b>19</b>
5.1.1 Beslut om tillsyn av kommunens myndighetsutövning.....	19
5.1.2 Beslut om tillsyn av HVB och stödboende för barn och unga .....	19
5.1.3 Beslut om lex Sarah .....	21
5.1.4 Beslut om ej verkställda beslut .....	21
<b>5.2 Beslut från Justitieombudsmannen.....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Beslut från Justitiekanslern.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Prioriterade utvecklingsområden 2026 .....</b>	<b>21</b>
<b>6.1 Fortsatt utveckling av arbetet med egenkontroll och riskanalys.....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Tydliggöra resultatet av kvalitetsarbetet.....</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga Brukarundersökning 2025</b>	
<b>Bilaga Uppföljning av barn i samhällsvård 2025</b>	

# 1. Inledning

Malmöbor som är i behov av socialtjänsten ska möta en verksamhet av god kvalitet. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) fastställer både vad som menas med kvalitet i socialtjänsten och hur arbetet fortlöpande och systematiskt ska pågå för att säkra och utveckla densamma.

Med kvalitet menas här att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst, och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ledningssystemets grundläggande delar – processer och rutiner – ger stöd till personal att erbjuda god och likvärdig service. Det är i mötet med Malmöbon som kvaliteten synliggörs, därför är det viktigt att tillvarata personalens och Malmöbons kunskap och erfarenheter i kvalitetsarbetet.

Förbättringsarbetet bygger på att avvikelser uppmärksammas och hanteras samt att egenkontroller och riskanalyser genomförs för att förebygga händelser som kan få negativa konsekvenser för den enskilde. Chefer ansvarar för att vidta åtgärder när kvalitetsarbetet visar att det behövs samt för att skapa förutsättningar för en lärande organisation.

Kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Med dokumentationen som utgångspunkt bör det upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse där det framgår hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits, och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen rör verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen. Patientsäkerhetsarbetet enligt hälso- och sjukvårdslagen beskrivs i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Den 1 juli 2025 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. I samband med detta har *Arbetsmarknads- och socialnämndens beskrivning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete* reviderats. Nämndens verksamheter har förberett sig för att möta de nya kraven genom att bland annat justera arbetssätt, processer, rutiner och verksamhetssystem.

Även det utvecklingsområde som nämnden beslutat om i förra årets kvalitetsberättelse – ökad användning av riskanalyser och egenkontroller – följer intentionerna i den nya lagen. Genom riskanalyser främjas det förebyggande och proaktiva arbetet. Utvärdering och uppföljning genom egenkontroller ger verksamheten möjlighet att skapa beprövad erfarenhet. Uppföljningen av utvecklingsområdet visar att de insatser som har gjorts har lett till att användningen av egenkontroller och riskanalyser har ökat.

Uppföljningen till årets kvalitetsberättelse visar sammantaget att ett förbättringsdrivande kvalitetsarbete har pågått inom nämndens verksamheter under året. För att tydligare kunna synliggöra effekterna av arbetet behöver arbetssätt för uppföljning utvecklas.

## 2. Uppföljning av utvecklingsområde 2025

I detta avsnitt presenteras uppföljningen av det utvecklingsområde som nämnden beslutat om i samband med *Kvalitetsberättelse 2024*; att öka användningen av egenkontroller och riskanalyser, samt att dokumentation sker då de används.

Bakgrunden till beslutet var att uppföljningen av kvalitetsarbetet för 2024 visade att nämndens verksamheter inte fullt ut hade genomfört riskanalyser. I några arbetsmiljörelaterade riskbedömningar framkom dock att där fanns delar som också berörde risker ur ett brukarperspektiv. Detta indikerade en otydlighet och viss osäkerhet kring skillnaden mellan riskanalys och riskbedömning.

Vid uppföljningen av egenkontroller framkom att många verksamheter hade genomfört sådana för att följa upp den enskildes upplevelse av kvaliteten. Däremot var egenkontroller inom andra områden inte spridda till alla delar av verksamheten och ibland saknades dokumentation.

Under 2025 har insatser gjorts för att stärka chefers kunskap om egenkontroll, riskanalys samt ledningssystemet i sin helhet. Utbildning har erbjudits och dialog har förts i ledningsgrupper. Då egenkontroll omfattar uppföljning och utvärdering i olika former har reflektion om detta varit en del, eftersom fler egenkontroller sannolikt gjorts än de som identifierats i den årliga uppföljningen.

I syfte att göra förvaltningens mallar för dokumentation av egenkontroll och riskanalys kända, har alla verksamheter haft i uppdrag att genomföra och dokumentera minst en av vardera. Det ska understrykas att det har tydliggjorts att uppdraget inte på något sätt ersätter det fortlöpande ansvaret att systematiskt bedöma behovet av, och genomföra, dessa i enlighet med gällande krav.

Riskbedömning av arbetsmiljö och riskanalys med ett brukarperspektiv kan med fördel ofta göras gemensamt, men för att tydliggöra skillnader i genomförandet och dokumentationen har information på intranätet uppdaterats samt varit en del av den utbildning som har genomförts.

Uppföljningen av utvecklingsområdet visar att användningen av egenkontroller och riskanalyser har ökat och att majoriteten av dem har dokumenterats.

Egenkontroller har genomförts i nära nog alla sektioner. Fortfarande är det så att det finns organisatoriska områden, även om de nu är färre, där rättssäkerheten enbart har följts upp genom att hämta in enskildas upplevelse av kvaliteten. Att involvera enskilda i egenkontroll är avgörande för att kunna följa upp exempelvis bemötande och tillgänglighet, men egenkontroll av rättssäkerheten kan även behöva göras på andra sätt.

Riskanalyser har genomförts 2025, men inte i alla delar av verksamheten. För att fortsätta stärka arbetet med egenkontroll och riskanalys föreslås utvecklingsområdet fortsätta under 2026.

## 3. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad – processer och rutiner

Socialtjänsten är en bred och i vissa delar en komplex verksamhet. För att säkra verksamhetens kvalitet ska därför de processer och rutiner som är nödvändiga fastställas. Dessa ska även

beskriva hur samverkan ska ske inom nämndens ramar så att den enskildes behov tillgodoses utan att organisatoriska gränser blir ett hinder.

Gemensamma arbets sätt för handläggning av myndighetsutövning inom ekonomiskt bistånd, boende, våld i nära relation, barn- och ungdomsvård samt vuxna som har behov av vård och stöd på grund av skadligt bruk, beroende eller annan vuxenvård har förvaltningen dokumenterat i kärnprocesser. Att kärnprocesserna följs säkerställer kvalitet, likabehandling och rättssäkerhet för den enskilde.

Under 2024 har kärnprocessernas användarvänlighet utvecklats för att göra det enklare för medarbetare att tillämpa dem. Utvärderingen som har gjorts 2025 tyder på att de nu upplevs mer användarvänliga, men också att de är implementerade i olika utsträckning. Under 2026 fortsätter därför arbetet med att både förankra och utveckla kärnprocesserna.

I samband med att den nya socialtjänstlagen trätt i kraft har kärnprocesser och styrdokument reviderats. Kärnprocessen barn och unga har även tillförts nya delprocesser avseende LVU<sup>1</sup> och familjehemsvård. I samma kärnprocess har även rutinen *Tillfällig placering av närstående* reviderats som en åtgärd utifrån en lex Sarah-utredning.

Nämndens tidigare riktlinjer för handläggning av försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd, myndighetsutövning och insatser till barn och unga samt till vuxna gällande missbruk och beroende har sammanfogats till ett dokument, *Riktlinjer för insatser enligt socialtjänstlagen*. De tidigare riktlinjerna har successivt införlivats i nämndens processer och rutiner och har därför inte fyllt samma funktion som tidigare. Genom sammanslagningen tonas fokus på specifika målgrupper ner, vilket går i linje med den nya lagstiftningen.

I den nya riktlinjen finns även nämndens beslut om vilka insatser som kan ges utan behovsprövning och villkor för att den enskilde ska få ta del av dem. Denna del har tillkommit med anledning av att den nya socialtjänstlagen betonar tidigt och lättillgängligt stöd.

Verksamheter som erbjuder förebyggande och tidiga insatser har utvecklat processer och rutiner i linje med den nya socialtjänstlagens intentioner om likvärdiga, behovsstyrda och kunskapsbaserade arbets sätt. Malmöbor har involverats genom intervjuer och enkäter, vilket har gett viktiga insikter för fortsatt förbättringsarbete.

## 4. Det systematiska förbättringsarbetet

Det systematiska förbättringsarbetet omfattar att:

- ta emot och utreda avvikelser (klagomål och synpunkter, kvalitetsavvikelser och rapporter om missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt lex Sarah<sup>2</sup>),
- sammanställa och analysera avvikelser,
- bedöma behov av riskanalys och utöva egenkontroll,
- vidta åtgärder om avvikelser, egenkontroller eller riskanalyser visat på behov av det samt
- dokumentera det systematiska förbättringsarbetet.

---

<sup>1</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

<sup>2</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).

## 4.1 Avvikelser

Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter<sup>3</sup>.

Om en avvikelse har inträffat ska åtgärder vidtas, både för att undanröja konsekvenser för den enskilde som har drabbats och för att undvika att händelsen upprepas. Avvikelsehanteringen dokumenteras i förvaltningens avvikelsehanteringssystem.

Klagomål uttrycker missnöje medan synpunkter kan vara förslag till förbättring. Klagomål och synpunkter behöver inte handla om en händelse utan möjliggör en bred återkoppling om verksamhetens kvalitet.

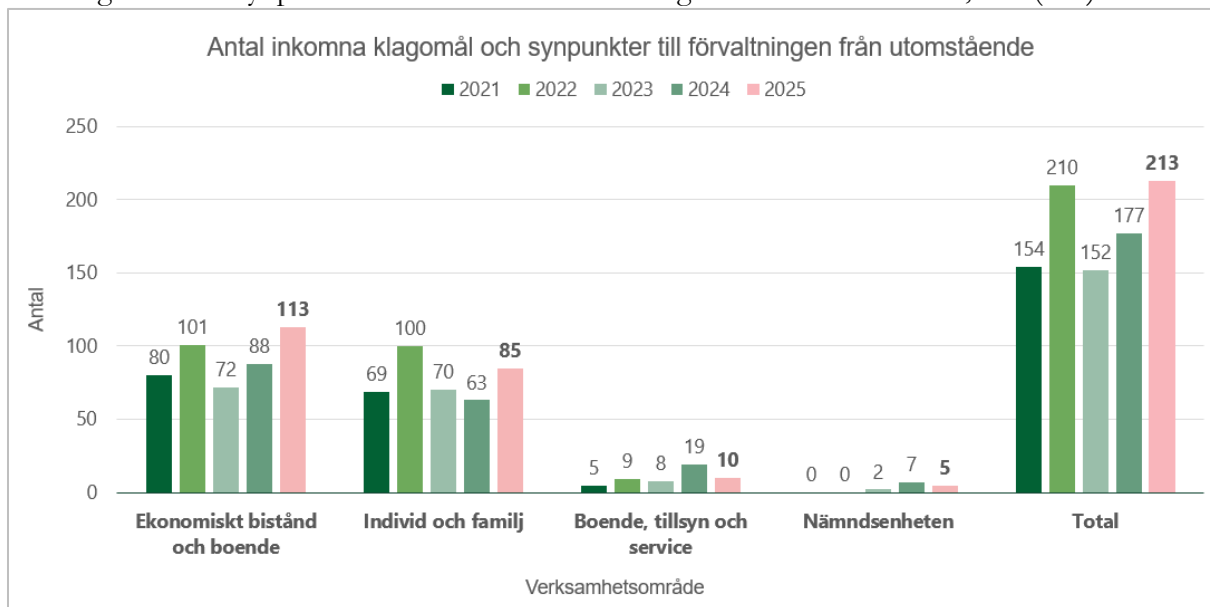
Kvalitetsavvikelser innebär att något har hänt som får till följd att verksamheten inte uppfyller krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Händelsen har dock inte inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för brukarens liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Händelsen kan också avse att någon har underlåtit eller försummat att utföra något.

Ett missförhållande kan gälla såväl utförda handlingar eller sådana som någon av försummelse eller av annat skäl låtit bli att utföra, som har utgjort ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med påtaglig risk för missförhållande menas en uppenbar och konkret risk för missförhållande.

### 4.1.1 Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående

Brukare, närstående och andra kan lämna klagomål och synpunkter, ärendet hanteras oftast av sektionschefen i berörd verksamhet.

Fler klagomål och synpunkter från utomstående har tagits emot 2025 än 2024, 213 (177).



<sup>3</sup> Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen.

Diagram 1. Antal inkomna klagomål och synpunkter från utomstående 2021–2025, per verksamhetsområde. Källa: Förvaltningens avvikelshanteringssystem.

#### 4.1.2 Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser

Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser registreras av personal. Även dessa utreds och åtgärdas vanligtvis av sektionschefen i den berörda verksamheten.

Fler klagomål och synpunkter från personal har inkommit 2025 än 2024, 56 jämfört med 37.

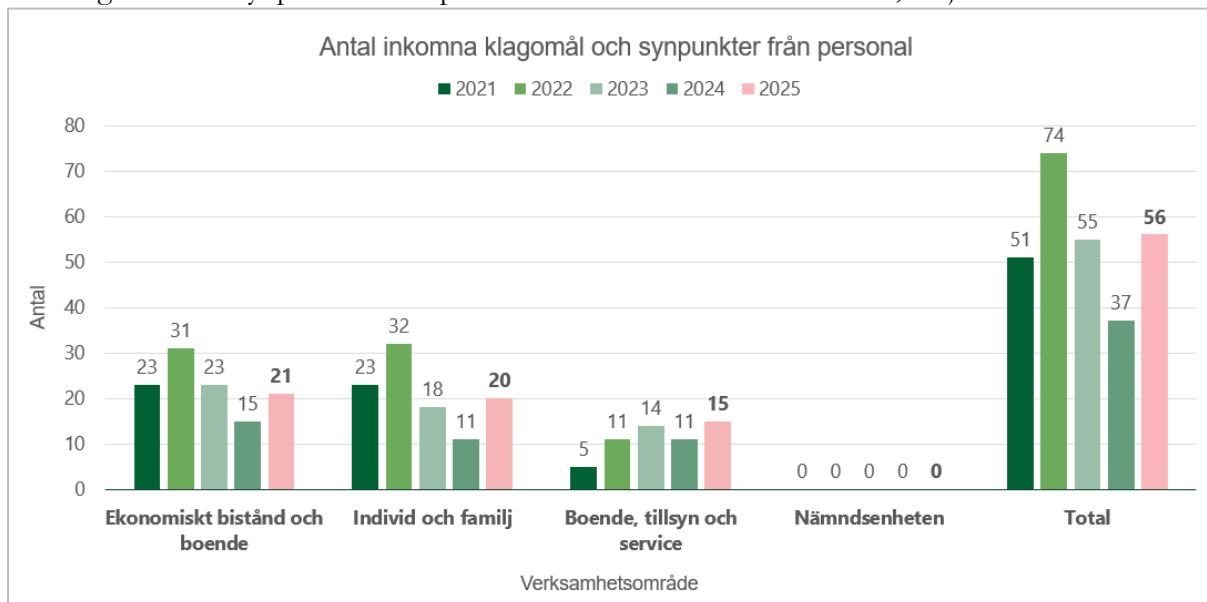


Diagram 2. Antal inkomna klagomål och synpunkter från personal 2021–2025 per verksamhetsområde. Källa: Förvaltningens avvikelshanteringssystem.

Något färre kvalitetsavvikelser har inkommit 2025 än 2024, 1 258 jämfört med 1 276.

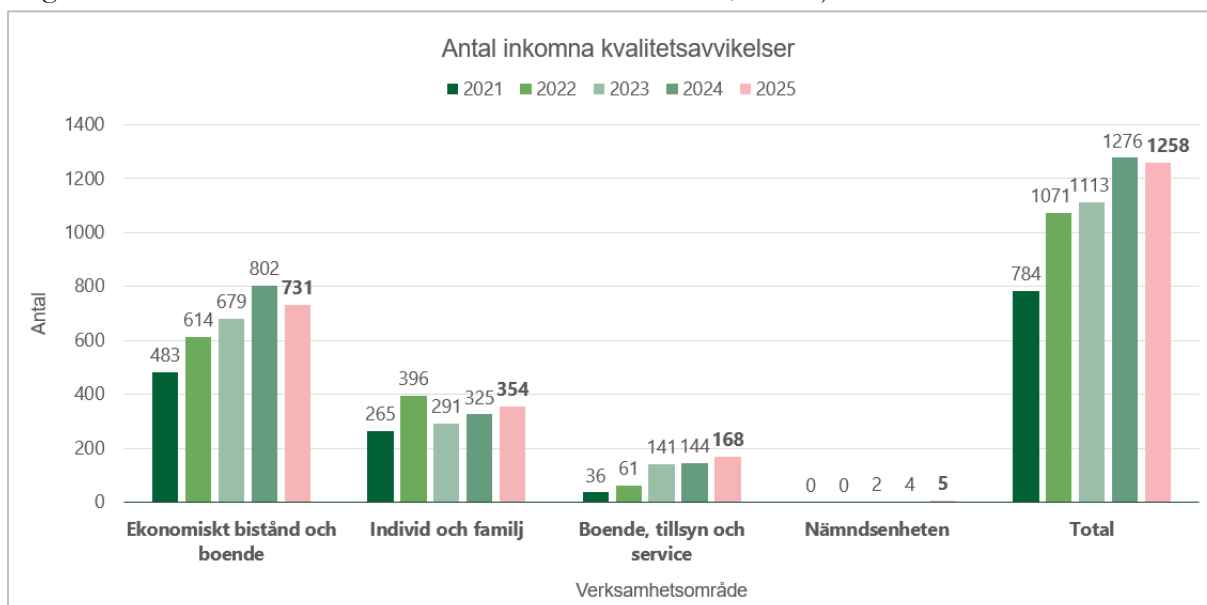


Diagram 3. Antal inkomna kvalitetsavvikelser 2021–2025 per verksamhetsområde. Källa: Förvaltningens avvikelshanteringssystem.

### 4.1.3 Lex Sarah

Personal inom socialtjänsten är skyldiga enligt lag att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. När en rapport kommer in vidtar chefen först omedelbara åtgärder, om det behövs för att undanröja missförhållandet för den eller de enskilda som drabbats.

Därefter utreds rapporten av en lex Sarah-utredare som både beslutar om huruvida ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande har förelegat och föreslår åtgärder. Det är nämndens arbetsutskott som godkänner att de föreslagna åtgärderna är tillräckliga för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppstår igen. Arbetsutskottet beslutar även om allvarlighetsgraden i lex Sarah-ärenden som avser allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden.

Under 2023 och 2024 har förvaltningens organisering av lex Sarah-utredare utretts och en ny struktur för arbetet med lex Sarah har testats. Syftet har varit att skapa större samsyn och enhetlighet i arbetet samt att möjliggöra en bredare spridning av åtgärder, så att de kommer fler Malmöbor till gagn.

Den nya strukturen har utvärderats 2025. Resultatet visar att strukturen har främjat likriktning och lärande, men även att arbetet har varit tidskrävande och att det fortfarande råder viss osäkerhet kring i vilken utsträckning den har bidragit till samsyn i bedömningar och åtgärdsnivåer.

För att ytterligare stärka samsyn, likvärdighet och effektivitet har beslut fattats om att centralisera de funktioner som utreder lex Sarah under 2026.

Under 2025 har 111 rapporter om missförhållanden och risker för missförhållanden inkommit, det är en färre än 2024, då 112 inkom. En del av de rapporter som har kommit in 2025 kommer att vara färdigutredda med en bedömning först 2026.

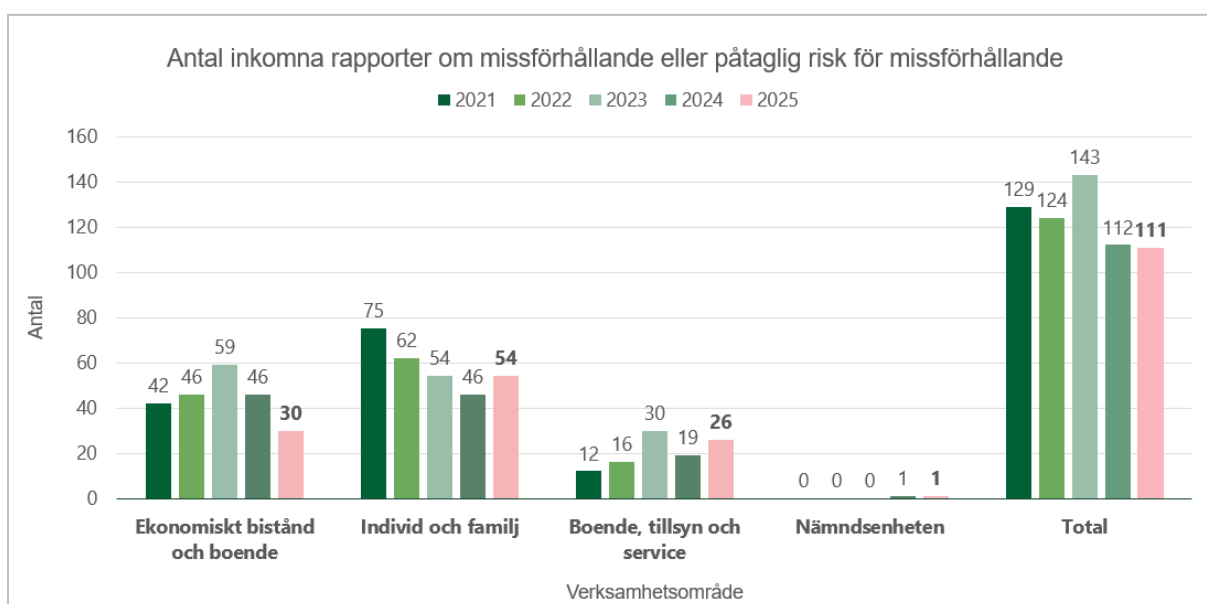


Diagram 4. Antal inkomna rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande, 2021–2025, per verksamhetsområde. Källa: Förvaltningens avvikelshanteringssystem.



Arbetsutskottet har behandlat 56 lex Sarah-utredningar 2025 (2024: 44, 2023: 63). I dessa har lex Sarah-utredaren efter utredning bedömt att ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande har förelegat.

Det är fler än under 2024, då 44 utredningar färdigställdes med en sådan bedömning, men färre än 2023.

I de fall ärendet bedöms vara ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, är nämnden skyldig att anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Arbetsutskottet har fattat ett sådant beslut i åtta av de 56 ärenden som de behandlat 2025.

## **4.2 Sammanställning och analys av avvikelser**

Utöver att varje avvikelse utreds enskilt ska också rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras samlat. Genom detta kan mönster eller trender uppmärksammas som indikerar brister i verksamhetens kvalitet och som inte har framkommit då avvikelser hanterats var för sig.

I slutet av 2024 har IVO påtalat att nämndens arbetssätt för att sammanställa och analysera avvikelser sker på en alltför övergripande nivå, vilket medför risk för att verksamhets- och målgruppspecifika mönster och trender inte upptäcks.

Som en åtgärd har nämnden beslutat om ett nytt arbetssätt där sektionschefer årligen, i juni, sammanställer och analyserar avvikelser från perioden 1 juni–31 maj. Om analysen visar på behov av övergripande åtgärder möjliggör tidplanen att dessa kan hanteras inom ramen för intern kontroll.

Det nya arbetssättet medför att mönster som beskrivs nedan avser avvikelser som har avslutats mellan 1 juni 2024 och 31 maj 2025, till skillnad från statistiken i avsnittet ovan som avser hela 2025. Likaså har mönster i lex Sarah hämtats från ärenden som har behandlats av arbetsutskottet 1 juni 2024–31 maj 2025, i dessa har det efter utredning bedömts att ett missförhållande, en påtaglig risk för missförhållande, ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande förelegat.

Omställningen till det nya arbetssättet innebär därmed att delar av de mönster som presenteras i årets kvalitetsberättelse även var en del i *Kvalitetsberättelse 2024*.

### **4.2.1 Mönster i kvalitetsavvikelser och klagomål och synpunkter från personal**

Liksom i föregående års sammanställning har de flesta avslutade kvalitetsavvikelser och klagomål och synpunkter från personal handlat om att moment i handläggningen har missats, att det har funnits brister i dokumentationen samt att handlingar, såsom beslut, ansökningar eller anmälningar, inte har hanterats rätt.

Inom insatsverksamheter har avvikelserna främst gällt brister i utförandet av insatser samt att vissa av förvaltningens boenden inte har ändamålsenliga lokaler utifrån brukares behov.

Bakomliggande orsaker till kvalitetsavvikelser och klagomål och synpunkter från personal har i stor utsträckning handlat om att processer eller rutiner inte har följts, vilket följer samma mönster

som 2024. Ett annat mönster som framträder inom ekonomiskt bistånd och boende är att de bakomliggande orsakerna kan härledas till faktorer i arbetsmiljön, såsom arbetsbelastning, stress, frånvaro och personalomsättning.

För att öka följsamheten till processer och rutiner har åtgärder handlat om att påminna och föra samtal om dem, gå igenom dem eller vid behov revidera dem. Verksamheterna har även gått igenom rutiner och processer vid nyanställningar, eller för vikarier, samt vidtagit åtgärder för att stärka arbetsledning och stöd i handläggningen. Åtgärder utifrån enskilda avvikelser har många gånger riktats till enskilda medarbetare. Avseende lokaler pågår ett kontinuerligt arbete med att se över hur befintliga lokaler kan användas på bästa sätt.

I samband med sammanställningar och analyser har vissa verksamheter uppmärksammat ett behov av att öka medvetenheten och kunskapen om avvikelshantering bland medarbetare.

I *Kvalitetsberättelse 2024* lyftes ett behov av att öka stödet till chefer i arbetet med avvikelser.

Bakgrunden var att sammanställningar och analyser visat på utmaningar kring att identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser uppstått. Under 2025 har därför avvikelseprocessen granskats och behov kartlagts tillsammans med chefer. Arbetet fortsätter 2026.

#### **4.2.2 Mönster i klagomål och synpunkter från utomstående**

Ungefär hälften av de klagomål som har avslutats har handlat om missnöje med bemötande, vilket även var ett framträdande mönster i föregående års sammanställning. Vidare har en större andel avsett missnöje med beslut och brister kring delar i handlägningsprocessen.

Några klagomål har även inkommit från grannar som upplever otrygghet och nedskräpning i miljön runt vissa av förvaltningens boenden.

Majoriteten av avslutade klagomål har, efter utredning, inte visat på någon avvikelse. I övriga ärenden har åtgärderna framför allt handlat om att öka följsamheten till och kunskapen om rutiner och processer.

Trygghetsskapande åtgärder, såsom att inrätta områdesråd och rondering runt vissa av förvaltningens boenden, har också vidtagits. Områdesrådet upplevs ha bidragit till ökad dialog och samverkan med boende i närområdet.

#### **4.2.3 Mönster i lex Sarah**

Majoriteten av de 38 Sarah-utredningar som arbetsutskottet har behandlat under perioden 1 juni 2024–31 maj 2025 har handlat om att handläggningen har brustit, i flera av dem har det handlat om att sekretess har röjts. Nedan beskrivs de större mönster som har identifierats.

Tolv händelser har medfört att sekretess har röjts. Händelserna har handlat om att personuppgifter har förts in i fel personakt, skickats fel, skrivits ut på fel plats, glömts kvar eller tappats. De bakomliggande orsakerna till dessa händelser har varierat, det har exempelvis handlat om att arbetssätt brustit, att rutin inte har följts eller att det har saknats rutin, att kunskap om hantering av teknisk utrustning saknats eller att det har funnits en osäkerhet kring hur handlingar ska förvaras. I något fall har även arbetsbelastning varit en faktor.

För att förhindra att samma sak händer igen har åtgärder främst handlat om att föra dialog om gällande krav samt att påminna om, och höja, kompetensen kring sekretess, inklusive hantering av fysiska handlingar och tekniska verktyg. Inom IFO (individ och familj) har det tagits fram ett material om sekretess och informationssäkerhet som chefer nu årligen ska gå igenom med sina arbetsgrupper.

När handläggning eller dokumentation har brutit på andra sätt, än att sekretess har röjts, har det främst lett till att den enskilde har fått ett felaktigt beslut eller fått vänta oskäligt länge på beslut. Händelserna har bland annat handlat om att ansökan inte har hanterats på rätt sätt, att handlingar har skickats fel i den interna postgången, att moment i handläggningen har missats eller att bristande samordning har fördröjt handläggningstiden.

Bakomliggande orsaker till att handläggning och dokumentation brutit varierar, i flera fall har händelsen berott på att processer eller rutiner inte har följts. De kan också ha varit otydliga eller helt saknats. I vissa fall har det saknats kunskap om olika delar av handläggningen, social dokumentation eller verksamhetssystem. Andra orsaker har varit att arbetsledning har saknats eller varit otydlig, att samverkan och samsyn har brutit eller att befintliga arbetssätt inte varit tillräckliga.

Åtgärder har beslutats för att förhindra att liknande händelser upprepas. De har syftat till att stärka samverkan, höja kompetens, utveckla arbetssätt, stärka arbetsledning och att öka följsamheten till processer och rutiner.

Slutligen har det förekommit händelser inom ett boende där brukares tillhörigheter har förvarats på sätt som kan ses som begränsande. Rapporterna har hanterats av arbetsutskottet i början av 2025. Efter att åtgärder har vidtagits för att stärka arbetsledning, revidera arbetssätt samt öka kompetens har samma brist inte rapporterats 2025.

### **4.3 Riskanalys**

Socialtjänsten ska löpande bedöma risker som kan påverka verksamhetens kvalitet och få negativa konsekvenser för brukarna. Riskanalyser är ett förebyggande arbete som ska omfatta verksamhetens alla delar och göras exempelvis inför förändringar eller införande av nya arbetssätt. Varje chef ansvarar för att planera, genomföra, följa upp och dokumentera de riskanalyser som behövs för att säkra kvaliteten.

Sammanfattningsvis har det under året genomförts riskanalyser inom samtliga socialtjänstavdelningar, men ej i alla delar verksamheten. De riskanalyser som har genomförts har dokumenterats. I avsnittet nedan sammanfattas ett urval av dessa. Den angivna avdelningen visar var riskanalysen har utförts, men innebär inte att hela avdelningen omfattas av den.

Riskbedömningar inom det systematiska arbetsmiljöarbetet och riskanalyser inom intern kontroll redovisas inte i kvalitetsberättelsen.

Nämnden har i samband med *Kvalitetsberättelse 2024* beslutat om att två riskanalyser ska genomföras 2025, den ena om barnavårdsutredningar och den andra om barn i kriminalitet. En mer utförlig beskrivning av dessa finns sist i avsnittet.

Verksamheter som möter enskilda i hemlöshet har gjort en gemensam riskanalys kring situationer där bistånd till boende inte kan verkställas på grund av platsbrist eller att upphandlade platser inte möter de behov som finns. Tre risker var i fokus och kring dessa har åtgärder tagits fram, bland annat för att stärka samverkan och att konsekvensbedömningar görs då ett beslut inte kan verkställas. En av riskerna gäller boendeplatser för unga vuxna (18–21 år) när HVB eller stödboende inte är lämpligt, utvecklingsarbete pågår även kring detta.

Risicanalyser inom avdelningen för ekonomiskt bistånd och boende har främst syftat till att säkerställa kvalitet för den enskilde vid införande av nya arbetssätt. En sådan riskanalys har handlat om hur en verksamhet kan bibehålla tillgängligheten även om telefontiden förkortas.

En annan har handlat om att säkra den enskildes tillgång till information inför att en verksamhet planerat att skicka digital post, istället för att använda vanlig postgång. Den sistnämnda riskanalysen har genomförts gemensamt med avdelningen för boende, tillsyn och service.

Andra nya arbetssätt som har införts, såsom exempelvis individbaserad systematisk uppföljning, har inneburit att arbetsuppgifter omfördelats. Riskanalyser har då avsett att säkerställa överlämningar och tydlig information, så att den enskilde inte påverkas negativt av omställningen.

En riskanalys inom avdelningen för ekonomiskt bistånd och boende har fokuserat på nyanlända unga vuxna med psykisk ohälsa för att säkerställa deras tillgång till stöd. För att öka kunskapen om aktualisering har berörda verksamheter samverkat och utbytt information.

Slutligen har samma avdelning genomfört en riskanalys om rådrom för boendekostnad, och då främst den information som lämnas till den enskilde om detta. Utifrån resultatet har åtgärder tagits fram både för att stärka stödet till handläggaren och för att göra informationen till den enskilde tydligare.

Inom avdelningen för boende, tillsyn och service har en riskanalys genomförts för att bedöma om en ny organisering kan innebära risker för enskilda.

Vidare har riskanalyser gjorts av processen för matchning av boendeplats, tryggheten i boenden och för att identifiera risker i samband med omställning från akuta biståndslösa boendeplatser till behovsbedömda platser. Utifrån dessa har trygghetsskapande åtgärder vidtagits liksom åtgärder för att utveckla arbetssätt och samverkan.

#### **4.3.1 Riskanalys om barnavårdsutredningar**

Risicanalysen om utredningar som inte färdigställs inom lagstadgad tid och vilka konsekvenser det kan ge för barn och vårdnadshavare, har gjorts inom avdelning för utredning, IFO.

Risicanalysen har omfattat områden som på olika sätt rör barns och vårdnadshavares rättssäkerhet, bland annat vilka risker som kan uppstå om beslutsunderlaget kommuniceras muntligt istället för skriftligt. Den har också belyst risken för felaktiga, eller ofullständiga, beslut om helhetsbedömningen inte hinner förankras med arbetsledningen, eller om beslutsunderlaget sammanställs av någon annan än den ansvariga utredaren.

Utifrån riskanalysen har åtgärder tagits fram för att säkerställa rättssäker handläggning. Det ska finnas en utredningsplan i varje ärende, denna ska även säkerställa att ett avslutningssamtal genomförs utifrån barnets rätt till delaktighet och information. Även om beslutet kommuniceras muntligt ska bedömningsmodellen om risk, behov och mottaglighet (RBM)<sup>4</sup> vara utgångspunkten. Socialsekreterarens bedömning av risk, behov och mottaglighet ska kvalitetssäkras och kommuniceras med arbetsledning inför beslut.

Införandet av RBM-modellen är ett pågående utvecklingsarbete mellan avdelningarna för utredning och insats och syftar till att skapa ett gemensamt språk och en förståelse för varandras uppdrag, att säkerställa familjers delaktighet och att öka träffsäkerheten i de insatser som familjer får.

Arbetsättet som benämns ”strukturerade ärenden” kommer även fortsättningsvis att tillämpas och en kompetenshöjande insats om social dokumentation planeras.

Handläggningstiden för barnavårdsutredningar har under 2025 även varit föremål för granskning inom intern kontroll, uppföljningen återredovisas till nämnden i början av 2026. Denna visar att det fortfarande förekommer utredningar som överskrider lagstadgad tid, men att både antal och andel sena utredningar fortsätter att minska.

Handlingsplanen som har funnits sedan tidigare har uppdaterats 2025 och förvaltningen har bedömt att arbetet med åtgärder utifrån denna ger avsedda effekter.

#### **4.3.2 Riskanalys utifrån brister i revisionens granskning om barn i kriminalitet**

I början av 2025 har nämnden tagit emot stadsrevisionens fördjupade granskning *Barn i kriminalitet*, sedan dess har åtgärder pågått utifrån de rekommendationer som har lämnats. Nämnden lämnar återredovisning till stadsrevisionen i januari 2026.

Riskanalysen har omfattat rekommendationerna i granskningen, med undantag av området att avsluta barnavårdsutredningar inom lagstadgad tid, riskanalys för detta område har genomförts separat. Riskanalysen har genomförts gemensamt av avdelningarna för utredning och insats inom IFO.

Det första området gäller risken för att barn och ungas normbrytande beteenden fortsätter, och kan eskalera, om insatser dröjer. Risker rör överlämningar av uppdrag mellan utredning och insats samt om det är kö hos öppenvården. Åtgärder handlar om att skapa ett nytt system för att underlätta för överlämningar och att se över rutiner för hantering av domar så att dessa verkställs i tid. Kötider hos öppenvården följs löpande och vid behov görs bedömningar om extern vård.

Det andra området gäller risken för bristande rättssäkerhet, och fördröjd handläggning, om personakter inte hanteras korrekt. Under året har införandet av ett centralarkiv påbörjats, genom detta samlas avslutade personakter på en plats. I samband med att akter flyttas dit görs en

---

<sup>4</sup> Principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM) utgör en modell för bedömning och behandling - *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott*, Socialstyrelsen

kontroll av dem. Flytten fortsätter 2026 och parallellt färdigställs nya rutiner för hanteringen av akter.

Det tredje området gäller risken för att de insatser som erbjuds barn och unga i kriminalitet inte motsvarar deras behov. Kring denna risk har verksamheten belyst olika aspekter, bland annat arbetssätt, kompetens och tillgång till placeringsalternativ. Åtgärder omfattar att utveckla mer flexibla mötesformer inom öppenvården, att skapa en tydligare ansvarsfördelning mellan berörda verksamheter samt att föra in RBM-modellen för att ge ökat stöd för behandlingen.

För att bedöma om det finns tillräcklig kompetens kommer en översyn att göras. När det gäller placeringsalternativ rör riskerna platsbristen hos Statens institutionsstyrelse (SiS) och att utbudet av hem för vård och boende för unga med mer komplex problematik är begränsat. Platsbristen hos SiS kan medföra en risk för att unga placeras på HVB och att den unges behov inte möts där. Detta ökar risken för avbrutna placeringar, vilket kan ge bristande kontinuitet i skolgången och försämrade skolresultat.

Förvaltningen för dialog på olika nivåer om platstillgången hos SiS och behovet av platser på HVB lyfts inom förvaltningen. Andra åtgärder rör att undersöka möjligheten att i vissa fall använda behandlingsfamiljer som alternativ till HVB. För att motverka avbrott i skolgången pågår dessutom ett projekt med fokus på skolsamordning.

Det fjärde området gäller möjligheten att sätta in förebyggande insatser tidigt och att motivera familjer till tidigt stöd. Förvaltningen arbetar på olika sätt för att stärka det tidiga och förebyggande stödet, det är en del i anpassningen till intentionerna i nya socialtjänstlagen. Riskanalysen har hanterat risken för att föräldrar avbryter föräldrakurser, bland annat om syfte och mål inte förankrats, men risken för detta har bedömts som låg.

De femte och sjätte områdena rör uppföljning; dels att barn och unga inte får rätt insatser om verksamheten saknar kunskap om målgruppens behov, dels att förbättring av processer uteblir om verktyg och rutiner för systematisk uppföljning av insatsers resultat saknas. Även här pågår det utvecklingsarbete både för att stärka förmågan att kartlägga målgruppens behov och för att följa upp insatsers resultat. Verksamheten samverkar även med Malmö universitet för att öka kunskapen om barn och unga i kriminalitet genom forskning.

Förutsättningarna för att ta fram statistik har ökat genom att nya orsakskoder har tagits fram och ska föras in i verksamhetssystemet. Kunskapen om målgruppen ökar också genom att bedömningsinstrumentet ESTER<sup>5</sup> (evidensbaserad strukturerad bedömning av risk och skyddsfaktorer) implementeras. Likaså pågår utveckling kring att använda effektskattningar i insatser för att möjliggöra uppföljning på aggregerad nivå.

---

<sup>5</sup> ESTER-bedömning är ett instrument som används för bedömning av unga med normbrytande beteende eller som befinner sig i riskzonen för normbrytande beteende. Instrumentet kan också kunna användas som uppföljning, Socialstyrelsen.

Det sista området gäller risken för att insatser blir felaktiga om barn och ungas synpunkter inte inhämtas. Arbetet med att utveckla och individanpassa insatser pågår och dialog förs mellan avdelningarna om hur ungas synpunkter tillvaratas.

Satsningen kring riskbedömningsmodellen Signs of safety och arbetet utifrån Min soc<sup>6</sup> bidrar till utvecklingen, i båda dessa är delaktighet centralt.

#### **4.4 Egenkontroll**

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av att verksamheten lever upp till de krav som gäller för socialtjänsten och att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Egenkontroller ska göras i den omfattning och frekvens som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Varje chef ansvarar för att planera, genomföra, följa upp och dokumentera egenkontroller samt vidta åtgärder om resultaten visar på behov av förbättringar.

Sammanfattningsvis har det under året genomförts egenkontroller inom samtliga socialtjänstavdelningar och i nära nog alla delar av verksamheten. Majoriteten av de egenkontroller som har gjorts är dokumenterade. I avsnittet nedan presenteras ett urval av dessa.

Den angivna avdelningen visar var egenkontrollen har utförts, men innebär inte att hela avdelningen omfattas av den.

##### **4.4.1 Enskildas upplevelser av verksamhetens kvalitet**

Majoriteten av nämndens verksamheter har följt upp hur de som verksamheten är till för upplever dess kvalitet.

Precis som tidigare år har nämnden deltagit i den nationella brukarundersökning som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samordnar.

Nämnden har även valt att utöka undersökningen till att omfatta fler områden än de som ingår i den nationella mätningen, områden där egenkontrollen har gjorts är:

- ekonomiskt bistånd
- boende myndighet
- arbetsmarknadsavdelningen
- skadligt bruk och beroende
- social barn- och ungdomsvård (unga 13+ och vårdnadshavare med barn 0–18 år)
- öppna insatser barn och unga (unga 13+ och omsorgspersoner till barn 0–18 år)
- placerade barn och unga 13+ i familjehem, stödboende eller hem för vård och boende.

2025 har 4 856 vuxna och unga erbjudits att delta i undersökningen och 2 283 svar inkom, svarsfrekvensen på en övergripande nivå var därmed cirka 47 %.

---

<sup>6</sup> Min soc - arbetssätt kring bland annat kommunikation som främjar ungas delaktighet i kontakten med socialtjänsten.

Resultaten visar på en övergripande nivå att många är nöjda med kvaliteten i nämndens verksamheter, men då resultatet bryts ner kan skillnader identifieras. Verksamheterna har i slutet av året fått sina resultat, nu följer deras analys och bedömning av eventuella åtgärder.

Resultaten i sin helhet samt jämförelse med nationella och tidigare resultat finns i bilaga *Brukarundersökning 2025* och presenteras även på [malmo.se](http://malmo.se)<sup>7</sup>.

Från 2025 genomförs undersökningen vartannat år i stället för varje. Förändringen ger ett ökat utrymme för att använda resultaten för verksamhetsutveckling, i linje med socialtjänstlagens intentioner om beprövad erfarenhet<sup>8</sup>. Från 2026 kommer arbetet med åtgärder utifrån resultatet att ske både på lokal och övergripande nivå.

Även enskilda som bor i nämndens boenden med stöd har erbjudits att delta i en brukarundersökning om verksamhetens kvalitet under året. Resultatet visar att majoriteten känner sig trygga på boendet, men också att vissa känner sig otrygga under nattetid. Flera åtgärder har vidtagits för att öka tryggheten och en riskanalys har genomförts.

Som en förberedelse inför den nya socialtjänstlagen har en egenkontroll gjorts för att identifiera nuläge, förutsättningar och behov inför omställningen till mer förebyggande, tillgängliga och tillitsskapande arbetssätt. Egenkontrollen har involverat både enskilda som haft en långvarig kontakt med olika delar av förvaltningen och nära 2 000 medarbetare.

Dessutom har dialogsamtal förts med föreningar och organisationer om hur enskildas behov kan mötas gemensamt i ett tidigt skede. Resultatet omfattar förslag på åtgärder, vilka ännu inte har beslutats.

En sektion som arbetar med tidigt och förebyggande stöd inom avdelning för insatser IFO har genomfört en egenkontroll för att följa upp hur föräldrar som har kontakt med sektionen upplever det stöd de får. Utifrån resultaten har åtgärder utformats för att utveckla information som är tydlig och lätt att förstå.

Inom avdelningen för utredning IFO följs löpande hur barn och unga har upplevt kontakten med socialtjänsten i samband med barnavårdsutredning eller familjerättslig utredning. Efter utredningens slut har de fått ge sin syn på sin delaktighet, förståelsen av den information de fått och processen. Resultaten kommer att sammanställas i början av 2026.

#### **4.4.2 Barn och unga i samhällsvård**

Avdelningarna för utredning och insats inom IFO har genomfört flera egenkontroller för att följa upp kvaliteten kring barn och unga som är placerade i familjehem, jourhem, HVB och stödboende.

Dessa egenkontroller presenteras i bilagan *Uppföljning av barn i samhällsvård 2025*.

---

<sup>7</sup> [malmo.se](http://malmo.se) - [Brukarundersökning - Malmö stad](#)

<sup>8</sup> 5 kap. 1 § socialtjänstlagen



#### 4.4.3 Handläggning och dokumentation

Flera egenkontroller har gjorts för att följa upp handläggning och dokumentation, dessa bidrar till att enskilda får sina rättigheter tillgodosedda.

Flera verksamheter har även gjort loggkontroller i verksamhetssystem, en mer omfattande uppföljning av *Rutin för systematisk logguppföljning* har återrapporterats till nämnden i samband med uppföljning av intern kontroll 2025.

Under året har en övergripande egenkontroll genomförts för att utvärdera utredning, stöd och insatser till vuxna som, på grund av skadligt bruk, beroende eller andra orsaker, möter betydande svårigheter i sin livsföring. Behovet av stöd hos dessa individer är ofta sammansatt och involverar flera verksamheter både inom och utanför förvaltningen.

För att möjliggöra ett mer sammanhållet och behovsanpassat stöd har behov identifierats av nya arbetssätt, stärkt styrning och ledning samt samlade resurser. Utifrån detta har beslut fattats om en organisationsförändring 2026.

Inom avdelningen för ekonomiskt bistånd och boende har majoriteten av verksamheterna genomfört egenkontroller systematiskt genom att aggregera resultat från tjänstegenomgångar.

Sektionschef eller förste socialsekreterare ansvarar för tjänstegenomgången som genomförs tillsammans med medarbetare minst två gånger per år. Genomgången belyser hur handläggningen överensstämmer med lagstiftning, processer och rutiner. Planeringen av tjänstegenomgången utgår från de behov som finns både hos medarbetare och verksamhet för att uppfylla uppdraget, exempelvis utifrån styrdokument, aktiviteter i verksamhetsplan, avvikelser, granskningar, resultat i brukarundersökningen eller tidigare tjänstegenomgångar.

Åtgärder som har genomförts utifrån tjänstegenomgångarna har exempelvis syftat till att förbättra synliggörandet av barnets situation, öka kvaliteten i genomförandeplaner och att möjliggöra för fler enskilda att ta del av arbetsmarknadsinsatser. Åtgärder har också vidtagits för att förenkla administration och öka kunskapen om kärnprocessen.

Inom områdena ekonomiskt bistånd och boende har en övergripande egenkontroll gjorts för att följa upp användandet av genomförandeplaner, uppdragsplaner, flerpartsbesök samt kvaliteten i genomförandeplaner och uppdragsplaner. Målet är att samtliga enskilda ska ha en aktuell och individuell plan mot självförsörjning. Resultaten har visat att förbättringsarbetet behöver fortsätta, samtliga enheter har tagit del av resultatet för att bedöma behov av åtgärder.

Flera egenkontroller har gjorts för att säkerställa korrekta utbetalningar och förebygga felaktigheter och bidragsbrott. Ett systematiskt förbättringsarbete pågår och fortsatta utvecklingsområden har tagits fram, bland annat genom att följa upp följsamheten till processen för utredning av felaktiga utbetalningar.

Avdelningen för bistånd och boende och avdelningen för arbetsmarknad har gemensamt genomfört en egenkontroll för att få en bättre bild av hur enskilda med ekonomiskt bistånd och stöd från arbetsmarknadsavdelningen upplever sin väg mot självförsörjning. Målet har varit att generera insikter kopplat till det lagförslag som finns om att införa ett aktivitetskrav som villkor

för rätt till försörjningsstöd. Förslag om åtgärder har tagits fram kring olika områden såsom tillgänglighet, relation och kommunikation, värdeskapande, planering och långsiktiga mål samt aktiviteter.

Inom myndighetsutövning boende har flera sektioner genomfört egenkontroller kring uppföljningsmöten, bland annat frekvensen för dem. Utifrån resultaten har åtgärder tagits fram för att tydliggöra, och påminna om, uppföljning utifrån kärnprocessen för boende samt för att utveckla dokumentation och tillgänglighet.

Det vråkningsförebyggande arbetet har följts upp med fokus på barnfamiljer som riskerar att förlora sitt boende. Genom egenkontrollen har olika åtgärder vidtagits och planerats för att komma i kontakt med familjerna. Nya arbetssätt provas för att skapa flexibla mötesformer, bland annat på kvällstid och i familjens bostad, samtidigt som åtgärder görs för att förbättra dokumentationen ur ett barnperspektiv.

Inom avdelning för utredning IFO har dokumentationen i familjerättsliga ärenden följts upp som en följd av att personalen deltagit i en kunskapshöjande utbildning. Resultatet har visat att vissa åtgärder fortfarande behövs, efter att dessa har genomförts planeras en uppföljande egenkontroll.

Som tidigare har nämnts i avsnittet om riskanalys har bedömningsmodellen RBM införts. För att säkerställa att barnavårdsutredningar utgår från centrala behov och principer om risk, behov och mottaglighet har en egenkontroll gjorts. Resultatet har visat att de centrala behoven inte ännu förekommer i tillräcklig utsträckning varpå åtgärder har tagits fram för att förbättra detta.

Barnavårdsutredningar som har överskridit lagstadgad tid har följts upp löpande under året. I avsnittet för riskanalys beskrivs arbetet närmare.

Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO) är ett forsknings- och utvecklingsprojekt som genomförs av Karlstads universitet och SKR tillsammans med kommuner. Syftet är att skapa lokal, regional och nationell kunskap för att utveckla socialtjänsten. Förvaltningen deltar i NUSO barn och unga, både avdelning för insats och utredning omfattas av arbetet.

Tre delstudier har utförts i NUSO under 2024 och 2025, dessa omfattar uppföljning av:

- barnavårdsutredningar som avslutats mellan den 1 oktober 2023 och den 31 mars 2024 och de barn som fått minst en biståndsbedömd insats eller hänvisats till icke biståndsbedömd insats inom socialtjänsten eller till extern aktör,
- i vilken omfattning barn, unga och familjer tar del av icke biståndbeprövade insatser och hur mycket personalresurser som läggs på förebyggande insatser utan biståndsprövning,
- i vilken utsträckning anmälningar och ansökningar leder till utredning och om det finns skillnader mellan kön och olika åldersgrupper, här har även aktualiseringsorsaker undersökts.

Resultaten från delstudierna i NUSO har lämnats till förvaltningen under året, underlaget från den lokala uppföljningen har nu att hanteras för att bedöma behov av åtgärder.

Inom avdelningen för insatser IFO har ytterligare några egenkontroller genomförts kring handläggning och dokumentation. En har avsett att följa upp huruvida de underlag som behövs för att starta upp en insats finns med då ett nytt ärende inkommer från avdelningen för utredning. Dialog har förts mellan avdelningarna för att insatser ska komma igång så fort som möjligt.

Avdelningens övriga egenkontroller om handläggning och dokumentation av insatser har ej dokumenterats.

Inom avdelningen för boende, tillsyn och service har egenkontroller som rör handläggning och dokumentation genomförts för att följa upp hanteringen av personakter i arkiven. Att personakter hanteras ordnat är viktigt för den enskildes rättssäkerhet. Förvaltningen har en checklista för hantering av material och handlingar i personakt, denna har nyligen reviderats.

Utifrån resultatet av egenkontrollerna kommer medarbetare att påminnas om gällande styrdokument inom området.

#### **4.4.4 Boendeplatser**

Inom avdelningen för boende, tillsyn och service har flera egenkontroller gjorts kring boendeplatser.

Statistik om boendeplatsers beläggning och tillsyn har följts upp löpande i syfte att anpassa boenden utifrån de behov som finns och för att säkerställa tillsynen av dem. För att nyttja platser så effektivt som möjligt har åtgärder bland annat gjorts för att effektivisera processen vid tomma boendeplatser. Åtgärder har även gjorts i samma syfte utifrån en annan egenkontroll om effektiv nyckelhantering vid utflytt från boende.

Direktupphandlingar av boendeplatser har följts upp för att identifiera situationer då sådana har genomförts istället för att använda interna platser eller ramavtal. Syftet med egenkontrollen var att förstå orsakerna till direktupphandlingarna och därigenom identifiera om det finns behov som varken interna platser eller ramavtalsplatser kan tillgodose.

Egenkontrollen användes även som en indikation på om det kan behövas omfördelning eller annat användningsområde av befintliga boendeplatser. Resultatet av egenkontrollen har tydliggjort vissa behov som behöver undersökas vidare, exempelvis kring att utforska mer flexibla boendealternativ.

Bostadsrådgivningen har följt upp hur deras arbete bidrar till enskildas möjlighet till långsiktiga boendelösningar. Även om det genom egenkontrollen inte har identifierats brister framkom ett behov av att se över verksamhetens riktning utifrån förändrade behov. Även den uppsökande verksamheten har följt upp hur de möter de behov som finns, med hjälp av sina samverkansparter.

Genom detta har åtgärder gjorts både kring tillgänglighet för enskilda och mer samverkan och information till samverkansparterna. En egenkontroll har även gjorts av ett boende och huruvida detta möter de krav som gäller för skyddat boende, även denna har lett till åtgärder.

Nya arbetssätt för samverkan mellan personal på ett boende och avdelning för insatser IFO har införts 2024, dessa har utvärderats genom en egenkontroll. Utifrån egenkontrollen har åtgärder tagits fram bland annat för att stärka kontinuitet, samordning och helhetssyn.

Slutligen har en egenkontroll gjorts för att kartlägga hälsotillstånd och behov av hälso- och sjukvård hos enskilda som bor i olika typer av interna boenden med stöd. Resultatet visar att många har en fysisk eller psykisk ohälsa, eller både och, och att många har behov av vårdinsatser.

Åtgärder syftar bland annat till att öka kvaliteten i bedömningar av insatser så att det i dessa framgår tydligare hur den enskildes vardag och förmåga påverkas.

## **5. Beslut till förvaltningen från tillsynsmyndigheter**

I detta avsnitt sammanställs de beslut som har lämnats till nämnden 2025, och som innehåller ställningstaganden, från tillsynsmyndigheterna Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK).

Sammanlagt har IVO fattat beslut i 20 ärenden under året, JO och JK har fattat beslut i ett ärende vardera.

### **5.1 Beslut från IVO**

#### **5.1.1 Beslut om tillsyn av kommunens myndighetsutövning**

Innan årsskiftet har IVO lämnat beslut om tillsyn av kommunens myndighetsutövning för barn och unga, samma tillsyn har riktats till samtliga kommuner i landet.

Tillsynen har granskat rättssäkerheten i handläggning, kontroll inför placeringar av barn och unga i privat drivna verksamheter samt familjehem, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar och handläggning samt arbetet med egenkontroll som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Tillsynen har även granskat nämndens arbete mot korruption och otillbörlig påverkan.

IVO har konstaterat brister i skyldigheterna att göra kontroller inför placeringar av barn och unga, att hantera orosanmälningar, att följa upp placeringar av barn och unga samt i nämndens egenkontroll avseende myndighetsutövning barn och unga.

Nämnden har nu att redovisa sin inställning till de brister som IVO har konstaterat samt vilka åtgärder som har genomförts, eller som planeras.

#### **5.1.2 Beslut om tillsyn av HVB och stödboende för barn och unga**

Tillsyn av stödboenden, skyddade boenden och hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga ska omfatta inspektioner minst en gång per år. I anslutning till dessa ska IVO samtala med de barn och unga som samtycker till det<sup>9</sup>.

Majoriteten av besluten från IVO har avsett sådan tillsyn, 15 beslut i 11 ärenden. Ungefär hälften av besluten avser tillsyn som har initierats redan under 2024, men där beslut har lämnats 2025.

---

<sup>9</sup> 16 kap. 1§§ socialtjänstförordningen (2025:468)

Syftet med tillsynen är att granska att barn och unga får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Under 2024 och 2025 har IVO främst haft fokus på barn och ungas erfarenheter av hot, våld och övergrepp i boendet.

I tre av elva ärenden har inga brister identifierats, i resterande åtta ärenden har brister identifierats. I sex av dessa har IVO konstaterat brister som har handlat om att nämnden har underlåtit att iakttä skyldigheterna enligt lagen om registerkontroll.

IVO har uppmärksammat nämnden på att en underlåtelse att genomföra registerkontroll kan vara en så allvarlig brist att den ensam kan ligga till grund för att en verksamhet inte ska få fortsätta.

Flera åtgärder har vidtagits inom den enhet som i huvudsak har berörts för att förhindra att samma brist upprepas. En checklista har tagits fram för chefer att använda vid rekrytering, denna och gällande rutin kommer att följas upp årligen i ledningsgruppen. Vid den första uppföljningen i höstas gjordes en genomgång av registerutdrag för samtliga anställningar 2025, inga brister identifierades då.

Nämnden har uppmärksammat bristen även inom intern kontroll och har genomfört en granskning 2025 om utdrag ur belastningsregistret vid rekrytering. Granskningen har avgränsats till anställningar påbörjade mellan januari och april 2025. Utifrån resultatet har åtgärder planerats till senare delen av 2025, både i form av ett informationsutskick till berörda chefer och ökad uppföljning i rekryteringsprocessen för att säkerställa att registerkontrollen sker på ett korrekt sätt.

Förvaltningen undersöker vidare om det finns andra möjligheter att införa systemtekniska lösningar i syfte att öka förutsättningarna för chefer att göra rätt.

Då det gäller det förebyggande arbetet mot hot, våld och övergrepp har IVO konstaterat brister i två ärenden, dessa härrör från tillsyn initierad 2024. I det ena ärendet har det bedömts att det saknas rutiner för att förebygga, uppmärksamma och agera vid uppgifter om hot, våld och övergrepp och i det andra att verksamheten brister i att upptäcka om barn och unga i verksamheten utsätts för hot, våld eller övergrepp.

I ett av ärendena har IVO även identifierat att allvarliga uppgifter inte hanterats inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

För att komma till rätta med bristerna har rutiner tagits fram för att säkra verksamhetens kvalitet och motverka hot, våld och hot om våld. För att tydliggöra vikten av att registrera avvikelser har medarbetare fått kompetensinsatser samtidigt som dialogen om avvikelser hålls levande i personalgrupperna.

Även berörda chefer har under året fått ökat stöd kring avvikelshanteringen. Samma brister har inte återkommit i tillsyn av berörda verksamheter 2025.

IVO har även i några beslut konstaterat att nämndens sammanställning och analys av avvikelser skett på ett bristfälligt sätt utifrån att huvudregeln är att det systematiska kvalitetsarbetet ska avse

varje individuell verksamhet. Därmed ansåg de att nämndens nivåer för sammanställning och analys av avvikelser, avdelningsnivå och förvaltningsnivå, var för övergripande.

Nämnden har under året beslutat om ett förändrat arbetssätt, ny ansvarsfördelning och frekvens för sammanställning och analys av avvikelser utifrån den brist som IVO har identifierat. Från och med 2025 sammanställs och analyseras avvikelser i varje verksamhet av sektionschef.

IVO har avslutat samtliga tillsynsärenden med bedömningen att de åtgärder som nämnden har redovisat ger förutsättningar att komma till rätta med bristerna.

### **5.1.3 Beslut om lex Sarah**

Några beslut under året har avsett lex Sarah. I dessa fall rör det sig om ärenden där nämnden har fattat beslut om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därmed skickat anmälan till IVO<sup>10</sup>.

I de fyra beslut som IVO har lämnat till nämnden 2025, och som avser lex Sarah, har IVO avslutat samtliga med bedömningen att nämnden har fullgjort sin utredningsskyldighet.

### **5.1.4 Beslut om ej verkställda beslut**

Nämnden är skyldiga att rapportera till IVO om en insats som har beviljats med stöd av 11 kap. 1 § eller 12 kap. 1 § socialtjänstlagen inte har verkställts inom tre månader, eller om en avbruten verkställighet inte har verkställts på nytt inom tre månader.

Nämnden ska fortsätta rapportera ett ej verkställt beslut tills beslutet är verkställt, eller avslutat av annan anledning. Nämnden lämnar information om ej verkställda beslut till kommunfullmäktige och revisorskollegiet kvartalsvis.

Utifrån nämndens rapportering bedömer IVO om den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att få sin insats verkställd, om så är fallet görs en ansökan om utdömmande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten. Ärendet avslutas i dessa fall med en dom, en sådan ärendeprocess kan löpa under längre tid än ett år.

IVO kan också göra bedömningen att det utifrån det huvudsakliga skälet till att beslutet ej verkställts inte finns skäl att göra en sådan ansökan. Under 2025 har IVO lämnat fyra sådana beslut till nämnden.

## **5.2 Beslut från Justitieombudsmannen**

JO har behandlat ett klagomål om ett placeringsbeslut från enskild och utifrån detta lämnat ett beslut till nämnden.

Utifrån vad som framkommit i ärendet har JO inte sett anledning att fortsätta utredningen och har därmed avslutat ärendet.

## **5.3 Beslut från Justiekanslern**

JK har behandlat ett ärende utifrån Lag (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder, begäran från den enskilde har avslagits.

---

<sup>10</sup> socialtjänstlagen 27 kap. 6§

## 6. Prioriterade utvecklingsområden 2026

De utvecklingsområden som presenteras i detta avsnitt avser strukturell nivå i syfte att förbättra förutsättningarna för att arbeta i enlighet med ledningssystemet.

Två prioriterade utvecklingsområden föreslås för 2026.

### 6.1 Fortsatt utveckling av arbetet med egenkontroll och riskanalys

Uppföljningen av utvecklingsområdet för 2025 visar att de insatser som har gjorts har lett till att användningen av egenkontroller och riskanalyser har ökat och att majoriteten av dem har dokumenterats.

För att fortsätta stärka arbetet med egenkontroll och riskanalys föreslås utvecklingsområdet fortsätta under 2026, genom att:

- öka användningen av egenkontroll för fler uppföljnings- och utvärderingsområden,
- öka användningen av riskanalyser samt
- öka förutsättningarna för lärandet genom att skapa strukturer för att dela och sprida kunskaper från egenkontroller och riskanalyser.

### 6.2 Tydliggöra resultatet av kvalitetsarbetet

I 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anges det att socialtjänsten, med det dokumenterade kvalitetsarbetet som utgångspunkt, bör upprätta en kvalitetsberättelse. I

denna bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits, och vilka resultat som har uppnåtts.

För att tydligare kunna synliggöra resultaten av kvalitetsarbetet föreslås ett utvecklingsområde för att utveckla arbetssättet för uppföljning av kvalitetsarbetet. På så sätt stärks även möjligheterna för nämndens verksamheter att skapa, och tillgodogöra sig, beprövad erfarenhet.