



## Granskning av handläggning av orosanmälningar

Vaggeryds kommun

Mars 2026

# Innehåll

Innehåll	1
<b>Sammanfattning</b>	2
<b>1. Inledning</b>	4
<b>2. Granskningsresultat</b>	6
<b>Bilagor</b>	12

# Sammanfattning

## Bakgrund

Azets Revision & Rådgivning har, av Deloitte AB och de förtroendevalda revisorerna i Vaggeryds kommun, fått uppdraget att genomföra en granskning av handläggningen av orosanmälningar i kommunen.

## Revisionsfråga

*Har socialnämnden en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggningen av orosanmälningar inom barn och ungdomsvården?*

## Svar på revisionsfråga

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden **till stor del** har en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggningen av orosanmälningar inom barn och ungdomsvården. Detta då verksamheten i huvudsak har en ändamålsenlig organisation och till stor del arbetar systematiskt med att säkerställa kompetensen, samtidigt som nämnden endast till viss del har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att handläggningen sker i enlighet med lagstiftningen. Inkomna avvikelser har utretts och lett till åtgärder, vilket ytterligare stärker bedömningen trots kvarstående utvecklingsbehov.

## Kritiska och väsentliga iakttagelser och slutsatser

*Nedan redovisas de mest väsentliga iakttagelserna från granskningen.*

- Det saknas systematiska egenkontroller på området för att säkerställa att handläggning och hantering av orosanmälningar sker i enlighet med lagar och föreskrifter. Därtill saknas en systematisk uppföljning av nämnden av området. Detta kan stärkas genom exempelvis kontrollpunkter i internkontrollplanen samt statistik/information i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.
- Det finns introduktionsplaner i syfte att säkerställa att nya medarbetare erhåller rätt information för att hantera orosanmälningar.
- Det finns ett arbetssätt med resultat- och utvecklingsdialoger, dock saknas tydliga utbildningsplaner där det framgår vilka utbildningar som medarbetare ska/kan genomgå inom ramen för sin anställning.
- Det finns en skriftlig rutin som beskriver hur avvikelser ska hanteras inom socialförvaltningen.
- Det framgår att det har varit personalomsättning som påverkat verksamheten genom pausade initiativ och bristande introduktion.
- Det framgår att det under granskad period har genomförts aktiviteter med anledning av brister som uppmärksammats i lex Sarah-rapport från tidigare år.
- Det finns en organisation som är anpassad för att ta mot orosanmälningar under dygnets alla timmar, inklusive skriftliga rutiner som beskriver arbetet med orosanmälningar.
- Det saknas tydliga rutiner/riktlinjer för hur överlämning av ärenden ska ske mellan enheter.

## Rekommendationer

*Mot bakgrund av de iakttagelser och slutsatser som redovisas i rapporten riktas nedanstående rekommendationer till socialnämnden.*

- Att säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur överlämning av ärenden ska ske mellan enheter.
- Att säkerställa ett systematiskt arbete med egenkontroller för att säkerställa att arbetet med handläggning av orosanmälningar sker i enlighet med gällande lagstiftning.
- Att hantera verksamhetens risker i internkontrollarbetet, och överväga uppföljandekontroller på området.
- Att tydliggöra vilka utbildningar som socialtjänstens medarbetare förväntas genomgå inom ramen för sin anställning.

2026-03-16.

DELOITTE AB

**Revsul Dedic**

*Kvalitetsansvarig*

**Joakim Hackström-Larsson**

*Projektledare*

**Elina Lundberg**

*Projektmedlem*

# 1. Inledning

## Bakgrund

Socialnämnden ska sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver enligt 18 kap. 5 § socialtjänstlagen (SoL).

När socialnämnden får kännedom om barn som kan fara illa behöver socialnämnden göra en skyddsbedömning för att ta ställning till om barnet har behov av omedelbart skydd. Vidare behöver socialnämnden skyndsamt besluta om utredning ska inledas eller ej, detta genom en så kallad förhandsbedömning. Socialnämndens uppgift är att utifrån utredningen ta ställning till om barnet har behov av insatser från nämnden. Om nämnden får kännedom om något som kan innebära att nämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd eller stöd kan en utredning genomföras oavsett barnets eller vårdnadshavares inställning. Om det vid utredning konstateras att behov av stöd föreligger kan olika typer av insatser beviljas antingen i form av öppna insatser i det egna hemmet eller i form av placering utanför det egna hemmet.

Socialnämnden kan också ingripa med tvångsåtgärder med stöd av lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). För att LVU ska kunna tillämpas behöver tre förutsättningar vara uppfyllda. Dessa tre är; det ska föreligga ett missförhållande som har anknytning till den unges hemmiljö enligt 2 § LVU och/eller till den unges eget beteende enligt 3 § LVU. Missförhållandet ska medföra att det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. En annan förutsättning är att behövlig vård inte kan ges på frivillig väg, det vill säga med samtycke.

Av 25 kap. 1 § SoL framgår att endast socialsekreterare som har socionomexamen eller annan relevant examen får utföra uppgifter som gäller barn och unga. Dessa uppgifter innefattar bedömning av om en utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. Det är socialnämnden som ansvarar för att den handläggare som självständigt utför en arbetsuppgift har tillräcklig erfarenhet för uppgiften.

Det har under de senaste åren i flera nationella rapporter och sammanställningar framkommit att socialtjänsterna haft ökat inflöde av orosanmälningar och samtidigt har svårigheter att rekrytera behörig personal. Av socialnämndens kvalitetsberättelse 2024, framgår bland annat att brister i handläggningen föranlett en Lex Sarah-anmälan.

Mot bakgrund av ovanstående har revisorerna i Vaggeryds kommun beslutat att genomföra en fördjupad granskning av handläggning inom barn- och ungdomsvården i Vaggeryds kommun.

## Syfte och avgränsning

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden har en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggningen inom barn- och ungdomsvården. Granskningen omfattar socialnämndens arbete med handläggning av barn och unga. Granskningen avser formen för arbetet med handläggningen och inte myndighetsutövningen i sig.

### Revisionsfråga och underliggande frågeställningar

*Har socialnämnden en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggningen av orosanmälningar inom barn och ungdomsvården?*

#### Underliggande frågeställningar

- Har nämnden säkerställt att det finns en ändamålsenlig organisation för att orosanmälningar hanteras och dokumenteras i enlighet med gällande lagar och föreskrifter?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skyddsbedömningar genomförs och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter på området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att förhandsbedömningar genomförs och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter på området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare har den kompetens som krävs för att hantera orosanmälningar?
- Har eventuella avvikelser utretts och lett till åtgärder?

### Metod och granskningsinriktning

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier samt genom intervjuer med följande befattningshavare: enhetschef för mottagningsenheten, tf enhetschef för utredningsenheten, socialsekreterare, utvecklingsledare med SAS-uppdrag, samt nämndens ordförande.

Granskningen genomfördes i flera faser, med början i planering av intervjuer och insamling av fakta och underlag. Det insamlade materialet analyserades och kompletterades vid behov för att säkerställa en heltäckande bild. Utifrån

analysen identifierades viktiga iakttagelser och rekommendationer, som låg till grund för att besvara revisionsfrågorna. Därefter sammanställdes resultaten i en rapport som sakavstämades, presenterades för revisorerna och efter godkännande skickades till berörd nämnd.

*Beskrivning av bedömningsskala och bedömningskriterier som används i denna granskning presenteras i bilaga 1.*

### Revisionskriterier och bedömningsgrund

Granskningen baseras på kommunallagen (2017:725), socialtjänstlagen (2011:453) samt (2025:400), lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5, SOSFS 2011:9) samt tillämplbara interna regelverk och policys.

### Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett enligt interna kvalitetssäkringssystem. Rapporten har även faktakontrollerats av de intervjuade personerna.

## 2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer och granskat material presenteras en övergripande beskrivning avseende handläggning av orosanmälningar i Vaggeryds kommun. De iakttagelser som framkommit till följd av intervjuer och granskat material redogörs under den rubrik som ansetts mest lämplig.

### 2.1 Har nämnden säkerställt att det finns en ändamålsenlig organisation för att orosanmälningar hanteras och dokumenteras i enlighet med gällande lagar och föreskrifter?

#### Iakttagelser

Av socialnämndens reglemente<sup>1</sup> framgår att nämnden fullgör kommunens uppgifter enligt lagar och förordningar och svarar för insatser inom områdena socialtjänstens barn, familj och ungdomsverksamhet, missbruksfrågor, omsorg av människor med olika funktionsvariationer, hemsjukvård och äldreomsorg.

Socialförvaltningen består av stab, myndighet, hälso- och sjukvård, utförare inom äldreomsorg samt utförare inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinderomsorg. Inom myndighet finns följande enheter som arbetar med handläggning av orosanmälningar:

- Barn och unga mottag, insats och uppdragstagare (tre socialsekreterare).
- Barn och unga utredning (sex socialsekreterare och två konsulter).

#### Socialjour

Socialnämnderna i Värnamo kommun, Gnosjö kommun, Gislaved kommun och Vaggeryd kommun har ingått i ett avtal om gemensam socialjourverksamhet. Socialjourens grunduppdrag är att ta emot larm och handlägga akuta ärenden gällande barn, unga samt vuxna enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare (LUL) samt lagen om placering av barn i skyddat boende (LBSB).

Ansvarig för socialjouren är Värnamo kommun. Värnamo kommun har arbetsgivaransvaret och ansvar över att organisera verksamheten för de deltagande kommunerna. Uppdraget omfattar även att under jourtid ansvara för de deltagande kommunernas socialjour, samt att i övrigt utföra socialjourverksamhet som särskilt avtalas mellan de deltagande kommunerna.

Intervjuade anger att socialjourens organisation fungerar bra. Det framhålls att nämndens presidium har jour för att snabbt kunna hantera eventuella beslut som behöver tas utanför ordinarie nämndssammanträde.

<sup>1</sup> Senast reviderad av kommunfullmäktige 2024-09-02, samt av socialnämnden 2024-12-05

### **Anmälan till socialtjänst**

Av Rutin – ta emot en anmälan gällande barn, ungdomar och vuxna<sup>2</sup> framgår att information från en anmälare ska inhämtas och dokumenteras så att den ger en så god grund som möjligt för fortsatta bedömningar och ställningstagande.

Anmälan ska registreras i verksamhetssystemet, alternativt lämnas till ansvarig handläggare eller mottagningssekreterare.

Under 2025 har socialtjänsten tagit emot totalt 776 orosanmälningar.

### **Skyddsbedömning**

Av Rutin – Omedelbar skyddsbedömning<sup>3</sup> framgår att när en anmälan inkommer till socialtjänsten ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. Skyddsbedömningen ska göras inom 24 timmar. Socialsekreterare har delegat att genomföra skyddsbedömningar, och vid osäkerhet ska socialsekreteraren samråda med enhetschef. Som hjälp till genomförandet finns en checklista.

Av rutinen fastställs att dokumentationen av skyddsbedömningen ska innehålla uppgifter om vilken bedömning som har gjorts av barnets eller den unges behov av omedelbart skydd och vilka faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ligger till grund för nämndens bedömning. Vidare framgår att namn och befattning på den som genomfört bedömningen ska framgå.

Om oro inkommer gällande ett barn med syskon ska bedömning också göras om aktualisering ska göras även avseende syskonen. Dock uppger intervjuade att det finns en risk i att denna del missas.

### **Förhandsbedömning**

Av Rutin – Förhandsbedömning anmälan barn och unga<sup>4</sup> framgår att socialtjänsten, i den kommun barnet är folkbokfört, ansvarar för att göra förhandsbedömning.

Vid en anmälan ska nämnden fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning inom 14 dagar från det att anmälan inkommit. Om utredning pågår, genomförs inte förhandsbedömning utan anmälan kopplas efter skyddsbedömning till pågående utredning.

Anmälan avseende att barn har utsatts för, eller bevittnat, våld och/eller övergrepp ska alltid resultera i att utredning inleds utan dröjsmål. I dessa fall ska konsultation med Barnahus<sup>5</sup> ske.

Av rutinen framgår vidare att under en förhandsbedömning får nämnden endast ta kontakt med den enskilde (vårdnadshavare och barn). Om andra kontakter behöver tas ska utredning inledas. Tidigare kännedom om den enskilde eller familjen ska också ligga till grund för bedömningen. Socialnämnden kan ta kontakt med den som har gjort anmälan om innehållet inte är tillräckligt uttömmande. Ibland kan möte genomföras där anmälare och familj deltar gemensamt.

Vidare framhålls att socialnämnden om det är lämpligt utifrån barnets bästa bör erbjuda barnet, vårdnadshavare och anmälningsskyldig tjänsteperson som gjort anmälan ett gemensamt möte, ett så kallat anmälningsmöte.

Bedömning om att inleda utredning eller ej ska grunda sig på innehållet i anmälan samt nämndens tidigare kännedom, och ska dokumenteras med vilka

<sup>2</sup> Intern rutin, senast reviderad 2025-08-12

<sup>3</sup> Intern rutin, senast reviderad 2025-08-12

<sup>4</sup> Intern rutin, senast reviderad 2025-08-06

<sup>5</sup> Barnahus samlar alla relevanta myndigheter på ett ställe för att stödja barn och unga som utsatts för eller misstänks för vålds- eller sexualbrott.



faktiska omständigheter som ligger till grund för ställningsantagandet. Om anmälare begär det får återkoppling göras med information om utredning inleds eller ej.

Utöver ovan beskriven rutin finns även rutiner som beskriver hur förhandsbedömning ska handläggas utifrån om den initieras via ansökan<sup>6</sup> eller via annat sätt<sup>7</sup>. Att förhandsbedömning initieras via "annat sätt" innebär i denna kontext att en oro uppkommer via ett ärende från polis eller åklagare.

Vi kan konstatera att det saknas skriftliga rutiner för hur överlämning av ärenden ska ske mellan olika enheter, exempelvis från mottagningsenheten till utredningsenheten.

Intervjuerna visar att de medarbetare som deltagit upplever att de har god kännedom om de styrande och stödjande dokumenten och upplever dem som tillräckliga.

Det framkommer även att socialtjänsten haft en hög personalomsättning. Bland annat beskrivs att hela personalgruppen har bytts ut under loppet av ett år och att flera chefer bytts ut. Detta har bland annat medfört att medarbetares introduktion inte får tillräckligt utrymme.

De intervjuade uppger att de anser sig hinna hantera inkommande ärenden inom de tidsramar som lagstiftningen kräver.

### Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att det **i huvudsak** finns en ändamålsenlig organisation för att orosanmälningar hanteras och dokumenteras i enlighet med gällande lagar och föreskrifter.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

- Det finns en organisation som är anpassad för att ta mot orosanmälningar under dygnets alla timmar.
- Organisationen är funktionsindeldad där det finns en enhet som särskilt arbetar med inkommande orosanmälningar. Vid intervjuer framkommer att det finns en upplevelse att bemanningen är tillräcklig för att hantera anmälningarna. Däremot framhålls att situationen varit utmanande på grund av hög personalomsättning där medarbetares introduktion inte fått tillräckligt utrymme.
- Det finns skriftliga rutiner som beskriver merparten av arbetet med orosanmälningar, från anmälan till beslut om utredning. Det saknas däremot skriftliga rutiner för hur överlämning av ärenden ska ske mellan enheter. Rutinerna beskrivs av intervjuade som ändamålsenliga, men det saknas systematiska egenkontroller av följsamhet till dessa (se avsnitt 2.2). Mot bakgrund av detta bedömer vi att nämnden saknar viktiga delar i organisationen som syftar till att följa upp arbetet.

<sup>6</sup> Intern rutin *Förhandsbedömning Ansökan*, senast reviderad 2025-11-27

<sup>7</sup> Intern rutin *Förhandsbedömning Annat sätt*, senast reviderad 2025-11-27

## 2.2 Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skydds- och förhandsbedömningar genomförs och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter på området?

### Iakttagelser

Av nämndens plan för intern kontroll<sup>8</sup> framgår ett antal risker med bäring på genomförd riskanalys. För granskningen är följande riskmoment relevanta:

- **Dokumentation:** Ska kontrolleras genom kontroll av förekomst av egenkontrollprogram samt resultat.
- **Personal- och kompetensförsörjning:** Ska kontrolleras genom förekomst av handlingsplan och framsteg enligt denna.

Den interna kontrollplanen omfattar inga särskilda risker avseende handläggning av ärenden som rör barn och unga.

Återrapportering av internkontrollplanen har vid granskningens genomförande ännu inte upprättats för 2025, vi kan därför inte säga något om resultatet av kontrollerna.

Av socialnämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse framgår uppföljning av verksamhetens kvalitet under 2024. Däremot framgår inget särskilt avseende egenkontroller eller kontroller av orosanmälningar.

Av delegationsordning<sup>9</sup> framgår att enhetschef har delegation på att besluta om utredning inte ska inledas. Vid intervjuer framgår att med anledning av detta läser enhetschef igenom de skydds- och förhandsbedömningar där socialsekreterare beslutat att inte inleda utredning. Vidare framgår att

enhetschef inte gör några systematiska egenkontroller med exempelvis stickprov.

Av intervju framgår även att det inte genomförs några ytterligare systematiska kontroller inom området. Det beskrivs att ett pilotprojekt avseende kontroll av handläggningen (då med fokus på hela handlägningsprocessen) var i uppstart under början av 2025, men att detta fick pausas med anledning av att den då ansvarige avslutade sin anställning i kommunen.

Därtill lyfts att medarbetare inom socialtjänsten erhåller extern processhandledning ett par gånger per termin. Vidare finns även en konsult som arbetar på plats hos socialtjänsten med ärendehandledning. Detta uppges syfta till att kompetensutveckla medarbetarna och kvalitetssäkra arbetet.

Mottagningsenheten har dagliga morgonmöten där teamet samlas för att gå igenom dagens planering och lyfta eventuella frågor.

### Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att nämnden **till viss del** har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skydds- och förhandsbedömningar genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter på området.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

- Det saknas systematiska egenkontroller på området för att säkerställa att handläggning och hantering av orosanmälningar sker i enlighet med lagar och föreskrifter.
- Det saknas en systematisk uppföljning av nämnd av området, genom exempelvis internkontrollplan och/eller patient- och säkerhetsberättelse.

<sup>8</sup> Beslutad av socialnämnden 2025-05-10

<sup>9</sup> Senast reviderad av socialnämnden 2025-10-09

- Initierade pilotprojekt har fått pausas med anledning av personalomsättning.

### 2.3 Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare har den kompetens som krävs för att hantera orosanmälningar?

#### Iakttagelser

Av *Riktlinjer för rekrytering*<sup>10</sup> framgår att det i kravspecifikationen (vid annons om nyanställning) ska framgå vilken utbildning den sökande behöver ha för att vara lämplig för rollen. Vi har inte erhållit någon särskild rutin/riktlinje som fastställer att kommunen ska säkerställa att medarbetaren har socionomexamen innan anställning. Dock anges vid intervjuer att alla som arbetar med handläggning är socionomer.

Vi har erhållit en *Introduktionsplan*<sup>11</sup> som fastställer vad som ska förberedas/genomföras vid en nyanställning hos socialförvaltningen. Introduktionsplanen omfattar ett avsnitt till den nyanställde, där denne ska signera vilket datum denne erhållit information om till exempel anställning, tidsrapportering, ansvar, ledighet samt rutinpärm med riktlinjer. Vidare framgår att den nyanställde ska erhålla information om vilka lagar som styr socialförvaltningens arbete, rutiner för det dagliga arbetet, samt arbetsmetoder detta omfattar bland annat metoder och rutiner på arbetsplatsen. Vidare framgår även riktlinjer för när i tid dessa moment ska vara genomförda.

Det finns även en introduktionsplan särskilt för socialsekreterare till mottag och familjehemsgrupp<sup>12</sup>. Planen är tänkt att användas som en checklista för

viktiga moment att gå igenom för arbete inom dessa enheter. Detta omfattar att gå igenom intranätet, webbutbildningar för nyanställda, genomgång av verksamhetssystemet, delegationsordning, genomgång av rutiner med mera. Av intervjuer framgår att liknande material inte finns för utredningsgruppen.

Det finns ingen kompetensutvecklingsplan eller liknande som fastställer vilka utbildningar som erbjuds medarbetare vid socialtjänsten. Kommunen är med i Yrkesresan<sup>13</sup> vilken samtliga nyanställda ska genomgå under de två första åren som anställd. Därefter ges ett antal utbildningar för de som varit anställda mer än två år, däremot uppges att, för de utbildningar som ges för de som varit anställda mer än två år, dessa är under utveckling.

Vi har erhållit ett internt dokument som beskriver *Resultat- och utvecklingsdialog*<sup>14</sup>. Av detta framgår att samtalet fungerar som en länk mellan verksamhetens övergripande mål och medarbetarens konkreta arbetsuppgifter och består av två delar. Den första delen är bakåtblickande, där chef och medarbetare tillsammans går igenom det gångna årets arbetssituation och resultat i relation till verksamhetens mål. Den andra delen är framåtblickande och fokuserar på kommande års mål, förväntningar och aktiviteter. Vid intervjuer framgår att vid nyanställning tilldelas medarbetaren en mentor. Avstämning med mentor sker med jämna mellanrum vid anställningens första fyra månader, och därefter sker det vid behov.

Samtidigt anges att med anledning av den personalomsättning som tidigare beskrivits, så är risken att även den tilldelade mentorn är ny på arbetet och inte besitter den kunskap som krävs för att vara mentor.

<sup>10</sup> Intern rutin, godkänd av central samverkan 2009-04-29

<sup>11</sup> Intern rutin daterad 2012-01-09

<sup>12</sup> Intern rutin, ej daterad

<sup>13</sup> Yrkesresan erbjuder introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens.

<sup>14</sup> Internt arbetsmaterial

## Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att det nämnden **till stor del** har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare har den kompetens som krävs för att hantera orosanmälningar.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

- Det finns tydliga rutiner för arbetet med orosanmälningar (se avsnitt 2.1).
- Det finns introduktionsplaner, dels en generell, dels en särskilt för socialsekreterare till mottag och familjehemsgrupp, som ska säkerställa att nya medarbetare erhåller rätt information för arbete med orosanmälningar.
- Det finns ett arbetssätt gällande resultat- och utvecklingsdialog som ska säkerställa att medarbetare och chef har möjlighet till att fastställa en plan för medarbetarens fortsatta utveckling.
- Det saknas en fastställd kompetensutvecklingsplan avseende vilka utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser som erbjuds medarbetarna inom socialtjänsten.
  - Det saknas ett arbete där resultat av egenkontroller (se avsnitt 2.2) samt analyser av avvikelser (se avsnitt 2.4) omsätts till ett systematiskt lärande i organisationen.

### 2.4 Har upprättade avvikelser utretts och lett till åtgärder?

#### Iakttagelser

Av *Rutin – Avvikelsehantering socialförvaltningen*<sup>15</sup> framgår hur avvikelser hanteras inom förvaltningen. Av denna framgår att samtliga enhets- och områdeschefer är ansvariga för att de själva och medarbetare i verksamheten

känner till och följer rutinen, samt att den ingår som del i introduktionen för nyanställda i verksamheten.

Vidare framhålls att samtliga medarbetare inom socialförvaltningen vid uppmärksammanad brist ska rapportera avvikelsen. Detta gäller oavsett vilken profession, vilken typ av anställning eller vilket ansvar medarbetaren har. När en avvikelse har rapporterats på en enhet är den ansvariga chefen där bristen förekommit ansvarig för att utreda avvikelsen, bedöma allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning, identifiera orsaker till händelsen och åtgärda de brister som identifierats utifrån de orsaker som ligger till grund för händelsen. Ansvarig chef är också ansvarig för att, vid behov, följa upp de åtgärder som har vidtagits för att utvärdera om de haft det resultat som åtgärden syftade till.

Socialförvaltningens utvecklingsledare med SAS-funktion och MAS kan ge stöd till förvaltningens verksamhets-, enhets- och områdeschefer i arbetet med avvikelsehantering.

Av rutinen framgår även en utförandebeskrivning av hur medarbetaren i praktiken upprättar en avvikelse. Detta sker genom ett rapporteringsformulär som är kopplat till förvaltningens avvikelsehanteringssystem.

Vidare framgår hur externa avvikelser ska hanteras, det vill säga en avvikelse som annan huvudman är ansvarig för att hantera.

Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att under 2024 genomfördes sex anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), varav en av dessa avser barn och unga. Anmälningen avsåg brister i handläggningen. Vid framtagandet av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen hade förvaltningen inte ännu erhållit svar från

<sup>15</sup> Senast reviderad 2024-06-25

IVO. Vidare framgår att under 2024 hade 36 avvikelser (av totalt 2467) rapporterats avseende brist i handläggning (myndighet)<sup>16</sup>.

Vi har efterfrågat anmälan, vilka åtgärder samt uppföljning som genomförts med anledning av de lex Sarah-anmälningar som genomfördes under 2024.

Av detta framgår att anledningen till en intern utredning var att en ungdom som kommit i kontakt med polis uppger till denne att hen är missnöjd över att myndigheter inte hjälpt hen tidigare. Den aktuella ungdomen hade då varit aktuell inom socialtjänsten till och från i drygt 10 år. Utredningen inleds i syfte att granska hela ärendet och klargöra huruvida förvaltningen brustit i handläggningen. I ett senare skede inkom en avvikelse kopplad till ärendet avseende brister i handläggningen, som därefter inledde en lex Sarah-utredning.

Åtgärder som vidtagits är följande:

- Tvåhandläggarssystem (huvud- och medhandläggare) i syfte att skapa kontinuitet och säkerställa att ärenden inte blir liggande vid frånvaro. Infördes i januari 2025 och har följts upp och justerats under 2025.
- Tydligare rutiner för överlämning och prioritering av akuta ärenden, i syfte att säkerställa att ärenden alltid fångas upp och hanteras skyndsamt. Påbörjat hösten 2024 och åtgärden följs upp löpande.
- Regelbundna individuella avstämningar med chef, i syfte att tidigt upptäcka arbetsbelastning och risker. Påbörjat hösten 2024 och åtgärden följs upp löpande.
- Systematisk bemanningsplanering vid semestrar och längre frånvaro, i syfte att undvika perioder där endast hälften av personalstyrkan är i tjänst. Bemanningsplan för sommarperioden 2026 ska vara beslutad senast maj 2026.

Därtill har ytterligare en lex Sarah-utredning aktualiserats med anledning av att en enhetschef av en tillfällighet, i samband med menprövning av en akt, upptäckte att en handling i ett ärende missats och därför inte registrerats förrän nio dagar efter att handlingen inkommit. Detta innebär en risk att ärenden, även sådana som gäller allvarliga situationer som rör barns säkerhet, inte hanteras i tid.

De åtgärder som vidtagits är följande:

- Fastställd rutin för post- och faxhantering
- Införande av webb-faxsystem
- Utbildning av berörda medarbetare

Vi har inom ramen för granskningen erhållit en sammanställning av rapporterade avvikelser inom mottagningsenheten under perioden 2024 till 2025. Av sammanställningen framgår att det rapporterats 10 avvikelser och två lex Sarah-rapporter. Till varje avvikelse framgår att åtgärder har vidtagits, till exempel muntlig kommunikation med externa parter och förtydliganden till handläggare.

Av ovan sammanställning kan noteras att inga avvikelser rörande specifikt handläggning av orosanmälningar har upprättats under perioden för granskningen (2025).

Av intervjuer framhålls att i de fall ett ärende går över tiden så upprättas en avvikelse. Samtidigt lyfts att det finns viss osäkerhet kring vem som är ansvarig för att utreda och följa upp avvikelserna och att detta är ett förbättringsområde. Det beskrivs att det ofta endast förts ett samtal kring den inträffade händelsen men att ingen vidare uppföljning görs.

Vidare anges vid intervjuer att utbildning ska ges i avvikelshantering och lex Sarah under mars månad.

<sup>16</sup> Detta avser inte enbart handläggning av ärenden avseende barn och unga.

## Slutsatser och bedömning

Vår samlade bedömning är att inkomna avvikelser har utretts och lett till åtgärder.

Vår bedömning grundas på följande iakttagelser, analyser och överväganden:

- Det finns en skriftlig rutin som beskriver hur avvikelser ska hanteras inom socialförvaltningen.
- Av intervjuer noteras en medvetenhet kring att avvikelser ska rapporteras i de fall ett ärende ej hanteras inom gällande lagar och föreskrifter.
- Av erhållen dokumentation avseende rapporterade avvikelser under 2024 – 2025 kan noteras att åtgärder vidtagits. Detta gäller även de lex Sarah-anmälningar som aktualiserats under 2024.
- Vi kan konstatera att det inte rapporterats några avvikelser under 2025 avseende handläggning av orosanmälningar. Detta kan indikera på att vissa händelser inte når hela vägen till formell rapportering.

# Bilagor

## Bilaga 1 – Beskrivning av bedömningskriterier

BEDÖMNING	KRITERIER
<p>Är ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ... ändamålsenlig</li> <li>→ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt</li> <li>→ ... tillfredställande intern kontroll.</li> </ul>	<p>Mer än <u>90 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda.</p>
<p>I huvudsak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ... ändamålsenlig</li> <li>→ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt</li> <li>→ ... tillfredställande intern kontroll</li> </ul>	<p>Mellan <u>70-90 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>lindriga avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Till stor del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ... ändamålsenlig</li> <li>→ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt</li> <li>→ ... tillfredställande intern kontroll</li> </ul>	<p>Mellan <u>40-69 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>kännbara avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Till viss del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ... ändamålsenlig</li> <li>→ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt</li> <li>→ ... tillfredställande intern kontroll</li> </ul>	<p>Mellan <u>20-39 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>allvarliga avvikelser/brister</u>.</p>
<p>Ej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ... ändamålsenlig</li> <li>→ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt</li> <li>→ ... tillfredställande intern kontroll</li> </ul>	<p>Mindre än <u>20 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>mycket allvarliga avvikelser/brister</u>.</p>



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited (“DTTL”), its global network of member firms, and their related entities (collectively, the “Deloitte organization”). DTTL (also referred to as “Deloitte Global”) and each of its member firms and related entities are legally separate and independent entities, which cannot obligate or bind each other in respect of third parties. DTTL and each DTTL member firm and related entity is liable only for its own acts and omissions, and not those of each other. DTTL does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) to learn more.

Deloitte provides industry-leading audit and assurance, tax and legal, consulting, financial advisory, and risk advisory services to nearly 90% of the Fortune Global 500® and thousands of private companies. Our professionals deliver measurable and lasting results that help reinforce public trust in capital markets, enable clients to transform and thrive, and lead the way toward a stronger economy, a more equitable society and a sustainable world. Building on its 175-plus year history, Deloitte spans more than 150 countries and territories. Learn how Deloitte’s more than 415,000 people worldwide make an impact that matters at [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com).

Our advice is prepared solely for the use of the client. You may not disclose it or its contents to any other person without our prior written consent. No other person may rely on the advice and we accept no responsibility to any other person.

© 2025 For more information, contact Deloitte AB.