



Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2025

Innehåll

Innehåll

Inledning	3
Syfte med kvalitetsberättelsen	4
Socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete	4
Vad är kvalitet?	4
Chefers och medarbetares ansvar för kvalitetsarbetet	4
Syftet med ett kvalitetsledningssystem	5
Förvaltningens kvalitetsledningsstöd, KLS	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
Avvikelsehantering – sammanställning, analys och åtgärder	6
Synpunktshantering – sammanställning, analys och åtgärder	9
Egenkontroll, internkontroll och riskhantering	10
Verksamhetsutveckling	14
Uppföljning och resultat från 2024	14
Goda exempel från 2025	16
Avdelningarnas fokusområden 2026	18
Barn och ungdom myndighet	18
Barn och ungdom insatser	19
Vuxen	19

Inledning

2025 har varit ett år där vi tydligt har sett resultatet av vårt gemensamma engagemang för kvalitet och utveckling. Genom fler rapporterade avvikelser, fler inkomna synpunkter och ett stärkt arbete med egna kontroller och riskhantering visar vi att vårt kvalitetsarbete både fördjupas och fungerar i praktiken. Det är ett kvitto på att vi vågar granska oss själva, och att vi vill bli bättre.

Samtidigt har året präglats av flera värdefulla utvecklingsinsatser i verksamheten. Barn och ungdom myndighet har fortsatt stärka nätverksarbetet och hittat nya vägar för att minska placeringar utanför hemmet. Inom barn och ungdom insatser har föräldrautbildningar fått större plats och blivit mer tillgängliga för fler familjer. Inom vuxenområdet har nya arbetssätt som Single Session kortat väntetider och gjort att fler får hjälp i rätt tid. Det här är exempel som visar på både handlingskraft och innovationsförmåga i hela förvaltningen.

Jag vill rikta ett stort tack till alla medarbetare för ert arbete under året. Det är ert engagemang, era förbättringsförslag och ert professionella omdöme som varje dag bidrar till att stärka kvaliteten för de människor vi finns till för.



Hälsningar

Tomas Odin
Förvaltningsdirektör socialförvaltningen

Syfte med kvalitetsberättelsen

Kvalitetsberättelsen ger en samlad bild av hur socialförvaltningen har arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i sina olika verksamheter under 2025. Den beskriver, åtgärder som vidtagits och uppnådda resultat. Kvalitetsberättelsen beskriver också vilket fokus förvaltningen har haft i sitt kvalitetsarbete under 2025 och vilka områden de prioriterar kommande år.

Socialförvaltningen ansvarar inte för hälso- och sjukvård och upprättar därför inte en patientsäkerhetsberättelse.

Socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete

Vad är kvalitet?

Utgångspunkten för kvalitet är att följa den definition av kvalitet som står i författningen: SOSFS 2011:9, 2:a kapitlet 1:a paragrafen).

Där definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter om:

- hälso-och sjukvård,
- socialtjänst
- stöd och service till vissa funktionshindrade
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Det systematiska kvalitetsarbetet handlar därför både om att fortsätta göra det som fungerar, och att förändra det som kan bli bättre.

Definitionen av kvalitet utgör både grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp och det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet. Definitionen av kvalitet är därför central.

Chefers och medarbetares ansvar för kvalitetsarbetet

Det är varje chefs ansvar att:

- skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete
- definiera verksamhetens kvalitet
- följa upp verksamhetens kvalitet
- redovisa verksamhetens kvalitet
- arbeta för ständiga förbättringar
- åtgärda fel och brister i verksamheten.

Det är varje medarbetares ansvar att:

- vara engagerad i verksamhetens utveckling
- ta initiativ till verksamhetens utveckling
- arbeta för ständiga förbättringar i verksamheten
- åtgärda fel och brister i verksamheten.

Syftet med ett kvalitetsledningssystem

Ett kvalitetsledningssystem ska underlätta och vara ett stöd för verksamhetens arbete och hjälpa till att skapa och upprätthålla en hög och långsiktigt hållbar kvalitet.

Kvalitetsledningssystemet ska fastställa principer för att:

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- förbättra verksamheten.

Förvaltningens kvalitetsledningsstöd, KLS

Förvaltningens kvalitetsledningsstöd, KLS, är uppbyggt för att svara mot Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. KLS är tillgängligt för alla medarbetare och ska användas för att beskriva vad, när och hur något ska göras.

Förvaltningens KLS består idag av styrande och stödjande dokument i form av bland annat rutiner, vägledningar och checklistor etcetera. En del processer finns också publicerade, men förhoppningen är att inom kort få tillgång till ett processverktyg som hjälper oss att både rita och visualisera processer i en större omfattning, som ett komplement till våra styrande och stödjande dokument.

Processer, styrande och stödjande dokument

Processerna och rutinerna är ledningssystemets grundläggande delar och ska användas för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Inom förvaltningens avdelningar arbetar man därför kontinuerligt med att revidera och upprätta stödjande och styrande dokument för att tydliggöra, effektivisera och öka kvaliteten på vårt stöd. I det arbetet ingår också kartläggning och effektivisering av arbetssätt och processer.

Arbetet leder många gånger till ett ökat samarbete mellan både avdelningar och enheter. Det bidrar till en ökad kunskap och förståelse för nuvarande arbetssätt och gemensamma utmaningar. Vidare kan vi se en positiv utveckling där våra rutiner och stödjande dokument blir

tydligare, mer rättssäkert utformade och får en enhetlighet som gör det enklare för läsaren att ta till sig och arbeta utifrån aktuellt dokument.

Kvalitetsutvecklare ingår också i ett kommungemensamt projekt för att inventera olika typer av processverktyg. Syftet är att undersöka vilka behov som finns, innan beslut tas om ett digitalt verktyg för att rita och visualisera processer.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att kvalitetsledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten, krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

I förbättringsarbetet läggs stort fokus på riskanalyser för att kunna förhindra missförhållande och andra avvikelser och egenkontroller där den som bedriver verksamheten ska undersöka och kontrollera verksamhetens kvalitet. Utöver det ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Avvikelsehantering – sammanställning, analys och åtgärder

En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet. Med andra ord inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i beslut. En avvikelse uppstår också om personal inte arbetar enligt beslutade processer och styrande dokument.

Rapportering av avvikelser är en viktig del av vårt systematiska kvalitets- och förbättringsarbete. Genom att utreda, planera åtgärder och följa upp åtgärder, sammanställa och analysera avvikelser, bidrar vi till att säkra kvaliteten i vår verksamhet. Förbättringsarbetet ska innebära att verksamheten lär av sina misstag.

Under året har kvalitetsutvecklare intensifierat besöken på avdelning vuxen och barn och ungdom insats, för att genomföra workshops. Målet har varit att öka kunskapen om rapporteringsskyldigheten, vad en avvikelse är och varför vi ska rapportera avvikelser.

Flera supportstugor, främst riktade till chefer som är ansvariga för utredning av avvikelser, har genomförts under året med bra uppslutning.

I år rapporterades totalt 313 avvikelser i jämförelse med 2024-års 279, vilket visar på en positiv ökning avseende benägenheten att rapportera. Ökningen är som mest framträdande inom avdelning vuxen. Men fortsatt är det enheter inom barn och ungdom myndighet som står för den största delen inrapporterade avvikelser.

Ett viktigt fokusområde för 2026 är att stötta utredande chefer i att hantera avvikelser på rätt sätt och i rätt tid, då det förekommer att

utredningar drar ut på tiden och att inkomna avvikelser inte tas emot inom korrekt tidsspann. För att vägleda kring utredningstiden, har kvalitetsutvecklare i den reviderade rutinen för avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah, satt en tidsgräns på två månader för att utreda en avvikelse. Samma tidsgräns gäller för att utreda missförhållanden.

Det är också viktigt att fortsätta arbetet med att vägleda och informera de enheter som rapporterar få eller inga avvikelser, om våra skyldigheter att upptäcka och rapportera avvikelser och missförhållanden. Förvaltningen arbetar också med att ta fram en ny introduktionsutbildning om kvalitetsarbete för att främja lärandet kring kvalitetsledningssystem och förbättringsarbete. Tanken är att utbildningen dels ska kunna användas vid nyanställningar, dels för att årligen förbättra kunskapen hos nuvarande medarbetare.

Missförhållanden enligt lex Sarah

Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten, för att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Av årets totalt 313 avvikelser har 21 rapporterats som missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah. Av dem har i nuläget 4 händelser (fyra rapporter behandlade samma händelse och utgjorde en anmälan) bedömts som allvarliga missförhållanden eller allvarliga risker för missförhållande och har därmed anmälts till IVO. Tre rapporter är ännu inte bedömda.

I september beslutade ledningsgruppen att ge i uppdrag till kvalitetsutvecklare att ta över utredningsansvaret för rapporter om missförhållande. De utreddes tidigare av aktuell chef med stöd från kvalitetsutvecklare. Syftet med förändringen är att:

- tydliggöra aktiviteter och ansvar
- förbättra samverkan
- öka möjligheten till likvärdiga och kvalitetssäkrade utredningar
- öka transparens och lärande.

Rapporteringen av missförhållanden följer under den första halvan av året, samma trend som tidigare år och inget anmärkningsvärt sticker ut. Däremot ser vi en ökning av rapporter under hösten, där 15 av totalt 21 rapporter kom in under perioden 12 september–18 december. Det är svårt att dra några direkta slutsatser av ökningen men möjliga orsaker är kunskapshöjning om rapporteringsskyldigheten utifrån de workshops som genomförts, delegering av utredningsansvar till kvalitetsutvecklare och/eller att det uppkommit slumpmässigt allvarliga händelser under just hösten.

Två av våra totalt fyra anmälda ärenden är avslutade genom beslut, där IVO bedömer att verksamheten har fullgjort sin utrednings- och anmälnings-skyldighet.

Utöver de rapporter om missförhållande som redovisas för nedan avdelningsvis, så har det inkommit två rapporter inom stab SCF, varav en bedömdes som en risk för allvarligt missförhållande. Båda ärendena gäller brister i ett verksamhetssystem.

Barn och ungdom myndighet

Inom barn och ungdom myndighet har det inkommit fyra rapporter under året. De klassificerades som ett missförhållande, ett allvarligt missförhållande och ej missförhållande. Ett av ärendena är fortfarande under utredning. Det allvarliga missförhållandet rörde ett icke naturligt dödsfall.

Barn och ungdom myndighet har en liten minskning av antalet rapporterade avvikelser, men visar trots det upp en hög rapporteringsbenägenhet på totalen, även om vissa enheter rapporterar mer frekvent än andra. Även antalet rapporterade missförhållande har minskat från sju 2024 till fyra 2025.

Den vanligaste avvikelseypen är brist i handläggning, följt av brist i verksamheten och brist i sekretess. Merparten av åtgärderna som tas fram genomförs på enhetsnivå, men det har också skett mer riktade insatser inom avdelningen. Till exempel informationsinsatser för att säkerställa att nya rutiner implementeras.

Ungefär hälften av de inkomna avvikelserna är avslutade, medan resterande befinner sig i stadiet av inkommen, mottagen och under utredning. Här finns därmed en förbättringspotential att utreda och avsluta avvikelser i tid, så att åtgärder genomförs och följs upp i rimlig tid.

Barn och ungdom insatser

Sju rapporter om missförhållanden, har inkommit inom barn och ungdom insats. En av dem har bedömts som ett allvarligt missförhållande och har anmälts till IVO, ärendet gällde brister i verksamheten. Beslut har inte inkommit än. Två ärenden är fortfarande under utredning.

Barn och ungdom insatser har en ökning av antalet inrapporterade avvikelser på totalen. Bakgrunden till ökningen går att härleda till en ökad rapporteringsbenägenhet på HVB, där samtliga hem har rapporterat avvikelser under året. Ökningen kan dels bero på det kvalitetsfokus IVO har haft i sina senaste tillsyner, dels på de workshops som kvalitetsutvecklare har genomfört under 2024–2025 på HVB. Däremot har det rapporterats få eller inga avvikelser på resterande enheter inom avdelningen.

Den vanligaste avvikelseypen är brist i verksamhet, följt av övergrepp och brist i tillsyn. Åtgärderna som genomförts under året har varit kopplade till enskilda verksamheter. Få av de inkomna avvikelserna är avslutade. Så även här finns en förbättringspotential att ta emot, utreda och avsluta avvikelser i tid.

Avdelning vuxen

Inom avdelning vuxen har åtta rapporter inkommit om missförhållande. Fyra av rapporterna berör dock samma händelse. De fyra rapporterna har bedömts som ett allvarligt missförhållande och har anmälts till IVO. Tre rapporter som initialt klassificerats som ett missförhållande av rapportör har innan eller under utredning klassificerats om till en synpunkt, avvikelse eller inget alls, då händelsen som beskrevs inte stämde med det som faktiskt hänt. Det resterande ärendet bedömdes som ett missförhållande, ej allvarligt.

Vuxen har en markant ökning av antalet avvikelser på totalen, vilka går att härleda till den myndighetsutövande delen av avdelningen. Inom insatsdelen rapporterats det dock få eller inga avvikelser alls. De vanligaste avvikelse typerna inom avdelningen är brist i handläggning, brist i verksamhet, brist i samverkan och brist i sekretess. På avdelning vuxen är något fler rapporter avslutade än på de övriga avdelningarna, men även här syns utmaningen att avsluta inrapporterade avvikelser i tid.

Synpunktshantering – sammanställning, analys och åtgärder

Socialtjänsten ser inkomna synpunkter och klagomål som en viktig källa till förbättring och utveckling av verksamheten. Det innebär att förvaltningen tar ansvar för att förebygga och rätta till fel och brister. En person som är missnöjd med socialtjänsten har rätt att framföra sina synpunkter till våra verksamheter. Om personen är missnöjd med ett beslut som kommunen har fattat har personen rätt att överklaga beslutet. Om en person upplever allvarliga brister eller missförhållanden inom socialtjänsten, kan personen lämna ett klagomål till IVO, Inspektionen för vård och omsorg. IVO avgör då om det finns skäl för tillsyn eller inte.

Under 2025 registrerades totalt 139 synpunkter inom socialförvaltningen. Av de synpunkterna har 75 procent utretts/avslutats, medan övriga är öppna/pågående. Antalet registrerade synpunkter under 2025 visar på en ökning med drygt 30 procent, vilket är en positiv utveckling. Ökningen antas bero på ett enklare och mer funktionsvänligt system för registrering och hantering, DF-respons samt en större medvetenhet kring att synpunkter är viktiga delar i det systematiska förbättringsarbetet. Det är också värt att notera att de flesta synpunkterna 85 procent kom in via digitala kanaler, e-post och uppsala.se. Det kan vara ett tecken på att invånarna föredrar de smidiga och lättillgängliga sätten att lämna synpunkter. Resterande synpunkter har kommit via telefon och brev.

Om chefs utredningen av synpunkten visar att verksamheten brustit, registrerar utredande chef en avvikelse utifrån synpunktens information och utreder då vilka bakomliggande orsaker som finns och planerar in åtgärder. I flertalet synpunkter bedöms verksamheten inte ha

brustit i förhållande till lagstiftning, processer och rutiner, vilket kan vara ett svar på varför de flesta utredande chefer gör bedömningen att synpunkten inte lett till en förbättrad verksamhet. I dessa fall registreras heller inga åtgärder.

Men åtgärder har vidtagits i 26 procent av ärendena. Åtgärder kan vara att synpunktslämnarens åsikt har beaktats, att sakfrågan besvarats eller att utredande chef har registrerat en avvikelse utifrån inkommen information. I en mindre andel av synpunkterna har utredande chef noterat att inkommen synpunkt kommer att vara en del vid framtida planering.

Svarstid och återkoppling efter mottagen synpunkt varierar utifrån ärendets karaktär. I merparten av ärendena, har återkoppling skett inom 5–15 dagar.

Den största andelen registrerade synpunkter är klagomål kopplat till individärenden, följt av frågor.

Merparten av synpunkterna handlar om handläggning och myndighetsutövning kopplat till enskilda individärenden. Näst största kategorin, frågor, är i större utsträckning kopplat till nämndens arbete i stort, reflektioner på samhällsdebatter eller händelser uppmärksammade i media.

Förslag och beröm är mer ovanligt förekommande. Man kan dock anta att det är relativt vanligt att verksamheterna missar att registrera den typen av synpunkt, då fokus många gånger är på det som fungerar mindre bra och inte på det som faktiskt fungerar. Förslag och beröm som visar på att vi gör rätt och bra saker ska dock inte förringas, utan är också viktiga byggstenar i vårt systematiska kvalitetsarbete.

Ett initiativ för att öka inkomna synpunkter påbörjades i slutet på 2025 i form av affischer med en QR-kod, vars syfte är att förenkla för de medborgare som vill lämna synpunkter. Dessa affischer med QR-koder kommer distribueras till verksamheterna under Q1 2026.

Egenkontroll, internkontroll och riskhantering

Egenkontroll, internkontroll och riskhantering, är en central del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Genom de verktygen säkerställer vi att våra verksamheter bedrivs rättssäkert, effektivt och med god kvalitet. Arbetet bidrar till att tidigt identifiera risker, brister och förbättringsområden, men också till att bekräfta fungerande rutiner och arbetssätt.

Under 2025 har socialförvaltningen fortsatt att utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete genom en tydlig och väl fungerande struktur för egenkontroll, internkontroll och riskhantering. Arbetet har gett nämnden god överblick över verksamheternas kvalitet, regelefterlevnad och risknivåer och bidragit till både lärande och förbättring.

Året har präglats av en utökad kollegial granskning med nästan dubbelt så många kontrollerade ärenden som tidigare, ett nytt kontrollområde kring uppföljning av stadigvarande placeringar samt ett stärkt fokus på uppföljning av externa utförare. Nämnden har också deltagit i Sveriges Kommuner och Regioners, SKR, brukarundersökning, med samtliga delenkäter inom socialnämndens ansvarsområden. Sammantaget visar årets arbete på en hög ambitionsnivå och ett kontinuerligt utvecklingsarbete för att säkra kvalitet och rättssäkerhet i alla verksamheter.

Egenkontroll

Egenkontroll omfattar ett brett spektrum av kontroller som genomförs nära den verksamhet som granskas. Det innebär att medarbetare med god kännedom om processer och arbetssätt deltar i granskningen, vilket både ökar träffsäkerheten och stärker lärande-perspektivet. Syftet är att säkerställa kvalitet, upptäcka avvikelser och skapa underlag för förbättring och utveckling.

Egenkontrollen inom socialförvaltningen sker både på eget initiativ och som svar på uppdrag från nämnden, andra myndigheter eller samverkansparter. Nya arbetssätt, signaler från uppföljningar och avvikelser, är återkommande skäl till att initiera kontroller.

Under 2025 har förvaltningen fortsatt utveckla egenkontrollen kopplad till uppföljning av externa utförare, med fokus på att stärka kvaliteten i insatser som köps av privata leverantörer. Två återkommande egenkontroller har haft särskild tyngd: internkontrollen och den kollegiala granskningen.

SKR:s brukarundersökning

Utöver egenkontrollen har nämnden under året också genomfört den brukarundersökning som arrangeras av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Undersökningen riktade sig direkt till brukare inom missbruksvården samt till barn, ungdomar och deras omsorgspersoner.

I SKR:s brukarundersökning ingick flera delenkäter och socialnämnden deltog i alla delenkäter som hör till området myndighetskontakt.

Delenkäterna som ingick i området myndighetskontakt var:

- missbruksvård
- social barn- och ungdomsvård
- placerade barn och ungdomar
- öppna insatser i den sociala barn- och ungdomsvården.

Resultaten från brukarundersökningen kommer att analyseras och följas upp.

Kollegial granskning

Kollegial granskning är en återkommande egenkontroll med fokus på kvalitet och rättssäkerhet i handläggningen inom den myndighetsutövande barn- och ungdomsvården. Den kollegiala granskningen bygger på en modell som är framtagen av Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Modellen har omarbetats och utvecklats år för år, för att möta socialnämndens aktuella behov. Själva ärendegranskningarna genomförs huvudsakligen av teamledare som granskar ärenden vid andra enheter än sin egen, vilket skapar delaktighet, samsyn och lärande.

Under 2025 genomfördes granskningen inom avdelningen Barn och ungdom myndighet, med ett utökat omfång jämfört med tidigare år. Antalet granskade ärenden nästan fördubblades till år 2024, vilket har gett en bredare och mer representativ bild av kvaliteten i handläggningen.

Ett nytt kontrollområde infördes också 2025: uppföljning i ärenden med stadigvarande placering. Syftet är att stärka rättssäkerheten och säkerställa att barns behov följs upp kontinuerligt även i långvariga placeringar. Resultaten visar över lag god kvalitet i handläggningen och ett fortsatt fokus på barnens delaktighet och dokumentationens tydlighet. Analysforum har genomförts efter granskningen, där resultaten diskuterats. Resultaten har även diskuterats och presenterats på enhetsnivå, för att fånga upp medarbetarnas tankar om hur kvaliteten i handläggning och dokumentation fortsatt kan stärkas. Arbetet har gett värdefulla underlag för fortsatt utveckling under 2026, bland annat kring struktur och frekvens för uppföljning av placerade barn.

Internkontroll

Internkontrollen är ett formellt verktyg som ska säkerställa att nämndens verksamhet bedrivs på ett tillförlitligt, rättssäkert och effektivt sätt. Planen fastställs av nämnden och omfattar kontrollmoment inom flera områden. Från ekonomi och styrning, till verksamhetsprocesser och rättssäker handläggning.

Internkontrollplanen för 2025 fastställdes av socialnämnden 18 december 2024. Planen bygger vidare på tidigare års struktur, men med förtydligade beskrivningar av kontrollansvar och en stärkt koppling till nämndens riskregister. Planen har tagits fram i dialog mellan förvaltning och nämnd, och baseras på erfarenheter från tidigare kontroller, intern och extern revision samt identifierade riskområden.

Uppföljning av kontrollerna sker tre gånger per år, i april, augusti och i samband med årsredovisningen i början på året, och sammanställs för nämnden. De kontroller som genomförts under året visar på en god regelefterlevnad i verksamheterna. De få avvikelser som noterats har antingen kunnat förklaras av tekniska hinder och tillfällig brist i personalresurser, som inneburit att kontrollen inte kunnat genomföras i angiven omfattning, alternativt karaktäriserats av brister i dokumen-

tation och mindre registreringsfel, vilka har kunnat åtgärdas inom ordinarie rutiner.

Sammantaget har internkontrollen under 2025 fungerat enligt plan och bidragit till stärkt styrning, transparens och lärande i hela förvaltningen.

Riskhantering

Riskhantering är ett viktigt komplement till nämndens systematiska kvalitetsarbete. Socialnämndens riskregister har en stark koppling till nämndens internkontrollplan, utifrån att internkontroll är ett av flera verktyg för att stävja risker. Internkontrollplanen har därför utgångspunkt från nämndens riskregister. Till skillnad från internkontrollplanen som fastställs årsvis, är dock riskregistret ett levande dokument som bör uppdateras vid behov och i dialog mellan nämnd och förvaltning.

Riskregistret beskriver bland annat:

- identifierade risker
- sannolikhet för infriande av respektive risk
- konsekvens för infriande av respektive risk
- vilka åtgärder som vidtas för att stävja konsekvenser av risken
- vilka åtgärder som vidtas för att hantera konsekvenser av risken
- styrdokument som är relevanta för hantering av risken.

Hösten 2025 genomförs en översyn av riskregistret i samband med framtagandet av 2026 års internkontrollplan. Socialförvaltningen har under 2025 arbetat fram ett förslag på ett förnyat riskregister, som remitterats till specialistfunktioner i förvaltningen och bearbetats av förvaltningens ledningsgrupp. Arbetet har syftat till att tydliggöra sambandet mellan riskhantering och internkontroll, att säkerställa att nämndens åtgärder för att stävja riskerna är fortsatt tillräckliga samt till att formulera riskerna på ett sätt som bättre speglar de strategiska utmaningarna i verksamheten.

Förslaget på förnyat riskregister bearbetades vid en workshop som socialnämnden tillägnat ändamålet, för att lämna förslag på hur riskregistret kan utökas eller utvecklas. Utifrån workshopen kommer ett slutligt förslag på förnyat riskregister presenteras tillsammans med ärendet om internkontrollplan för 2026. Det slutgiltiga förslaget presenteras på socialnämndens sammanträde i december 2025.

Några av de risker som ges högst riskvärde i utkastet till uppdaterat riskregister är:

- risk för välfärdsbrott eller felaktiga utbetalningar
- risk att behandlingsmetoder för unga kriminella är otillräckliga
- risk för otillåten påverkan och påverkanskampanjer

Risk för välfärdsbrott eller felaktiga utbetalningar

Brister i fakturahantering eller arvodering och brister i registrering av uppgifter i verksamhets- eller ekonomisystem, ökar nämndens sårbarhet för välfärdsbrott. Förutom de ekonomiska konsekvenserna av felaktiga utbetalningar, kan de också leda till att förtroendet för kommunen skadas.

Risk att behandlingsmetoder för unga kriminella är otillräckliga

Det finns en ökad risk för att ungdomar fastnar i en kriminell livsstil och i en negativ spiral om kommunens behandlingsmetoder för unga kriminella inte räcker till. Otillräckliga behandlingsmetoder medför stor skada för såväl ungdomarna som för samhället.

Det innebär också en stor ekonomisk påverkan för socialnämnden och kommunen om antalet ungdomar med vårdbehov fortsätter att öka, då behandlingsmetoderna och vården som krävs är omfattande och komplexa.

Risk för otillåten påverkan och påverkanskampanjer

Det finns en risk för att nämndens verksamhet störs eller saboteras genom otillåten påverkan och påverkanskampanjer. Det kan både innebära att förtroendet för socialtjänsten minskar och att Uppsalas invånare inte får det stöd de behöver.

För varje risk har förebyggande och kontrollerande åtgärder identifierats. Bland annat förstärkt introduktion för nyanställda, regelbunden uppföljning av belastningstal samt rutiner för hantering av otillåten påverkan.

Verksamhetsutveckling

Uppföljning och resultat från 2024

Barn och ungdom myndighet

Resursteamet

Utvecklingen av resursteamet har på kort sikt lett till en tydligare struktur i stödet till enheterna och en ökad tillgänglighet av kompetens vid behov. På längre sikt förväntas satsningen bidra till en mer hållbar arbetsmiljö, minskad sårbarhet vid personalfrånvaro samt en stärkt kvalitet i arbetet med barn och familjer. Resursteamet kopplas in i placeringsnära ärenden för att inventera och utforska barnets nätverk innan placering utanför nätverket övervägs. Det innebär att resursteamet bidrar till att minska externa placeringar med ökad kvalitet som följd.

Vi ser redan nu flera positiva effekter av resursteamets arbete. Till exempel förbättrad samverkan mellan enheter, mer flexibla lösningar vid akuta behov och en ökad känsla av att få stöd i placeringsnära ärenden. Återkopplingen från både chefer och medarbetare har varit övervägande positiv. Särskilt uppskattad är den avlastning och stabilitet som resursteamet bidrar med. Arbetssättet bidrar också till ökad involvering av barn, familjer och deras nätverk och ökar således delaktigheten för samtliga.

Vi behåller ett fortsatt fokus på att använda resursteamet för att avlasta enheterna och fördjupa arbetet med Signs of Safety och nätverksinvolvering. Genom de prioriteringarna vill vi skapa förutsättningar för medarbetarna på avdelningen, så att de kan ägna mer tid åt direkt socialt arbete med familjer och barn. I förlängningen stärker det kvaliteten och kontinuiteten i verksamhetens insatser.

Barn och ungdom insatser

Fatima 2

Fatima 2 var ett tvåårigt EU-projekt för att stoppa hedersrelaterat våld och förtryck. I projektet utbildades killar i åldrarna 16–24 år till ungdomsambassadörer.

På kort sikt har Fatima 2 lett till att de deltagande ungdomsambassadörerna har fått ökad kunskap om jämställdhet och hedersrelaterat våld. Flera har tagit initiativ till egna aktiviteter och fungerar nu som förebilder i sina lokala miljöer. Ungdomsambassadörerna beskriver att utbildningen har gett dem nya insikter och verktyg för att kunna prata om hedersrelaterat våld och jämställdhet på ett tryggt och konstruktivt sätt. De upplever att de fått ökat självförtroende och en starkare röst i frågor som tidigare varit svåra att diskutera.

Tre av ungdomsambassadörerna som deltagit i projektet, utbildar sig idag till socionomer eller beteendevetare. De beskriver att deras erfarenheter från Fatima 2 väckte ett starkt engagemang och en insikt i vikten av att arbeta professionellt med socialt förändringsarbete och frågor som rör hedersrelaterat våld och förtryck.

Projektet Fatima 2 avslutades formellt 1 januari 2025, men arbetet och engagemanget som skapats under projekttiden har lagt en stark grund för fortsatt utveckling. Erfarenheterna visar att utbildningen av ungdomsambassadörer har stor effekt och att det finns ett tydligt behov av att fortsätta arbetet även efter projekttiden.

Vår ambition framåt är att bygga vidare på de positiva resultaten och att utveckla och sprida metoden till fler kommuner, skolor och föreningar samt ge tidigare ambassadörer möjlighet att fortsätta som mentorer för nya deltagare. Målet är att Fatima 2 inte bara ska bli ett avslutat projekt, utan en bestående modell för hur unga män kan engageras i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck i både Sverige och Europa.

Vuxen

ASI, Addiction Severity Index

ASI är ett kartläggningsinstrument som används för att utreda behovet av stöd och/eller behandlingsinsatser för målgruppen vuxna med beroende.

Under 2024 införde beroendeenheterna en ASI-plan. Det har medfört att beroendeenheterna 1 och 2 samt beroende unga vuxna, använt ASI mer likvärdigt under 2025.

Att utredningsarbetet på de tre enheterna blivit mer lika har medfört att klienternas behov bedöms på ett likartat sätt, vilket ökar rättssäkerheten för klienterna. Användningen av ett systematiskt utredningsinstrument underlättar också statistikuttag och det systematiska uppföljningsarbetet på både individ- och gruppnivå. På sikt är förhoppningen att vi genom att systematiskt arbeta med ASI-grund, ASI-återkoppling och uppföljningsmodulen UBÅT, ska kunna utvärdera vilka insatser som har bäst effekt för olika klientgrupper.

Ur ett medarbetarperspektiv har det, inför att ASI-planen skulle införas, funnits farhågor om att utredningsarbetet kommer att ta mycket tid i anspråk. Efter att det blivit tydligt hur alla ska arbeta med ASI, är det dock flera som har varit positiva och tycker att utredningsarbetet har blivit tydligare. Det finns också medarbetare som uttryckt att de fått ett bra underlag till att skriva utredningen, vilket också gör ASI till ett kvalitetshöjande arbetsmoment och i vissa fall även tidsbesparande.

Goda exempel från 2025

Barn och ungdom myndighet

Barnets nätverk

Barn och ungdom myndighet förstärker arbetet med barns nätverk. Under 2025 har vi byggt vidare på arbetet med att öka nätverksinvolveringen, till förmån för att stärka barns möjlighet att få tillgång till sitt nätverk och minska externa placeringar.

Brukarinvolveringen sker genom att barnets egna nätverk involveras tidigt, vilket ökar familjernas delaktighet och minskar behovet av mer ingripande insatser. I de ärenden där det finns oro för barnets skydd, är resursteamet tillgängliga redan från första dagen, vilket möjliggör nätverksinvolvering i ett tidigt skede.

Det arbetet innebär förstärkt samarbete med avdelning barn och ungdom insatser, för att finna lösningar i barnets egna nätverk. Till exempel tillfälliga placeringar på interna platser under utredningstiden tillsammans med någon i barnets nätverk. Utvecklingen sker i samarbete med avdelning barn och ungdom insatser, där barnet i vissa fall

kan placeras internt på Brogården tillsammans med nätverk, i avvaktan på utredning.

Hemflyttsråd

Hemflyttsråd är en samverkansmodell för att undersöka möjligheten att flytta hem för barn och unga som är placerade eller där placering kan bli aktuellt. Modellen syftar till att minska och/eller förkorta placeringstider och främja hemmaplanslösningar.

Hemflyttsrådet sammankallas när en aktör ser en möjlig hemflytt. I mötet deltar handläggare, teamledare och enhetschefer från olika verksamheter inom barn och ungdom myndighet och insatser, för att göra en gemensam bedömning och planering. Vid beslut om hemflytt, upprättas en tydlig plan i samarbete mellan behandlare och handläggare, där undersökning av hur nätverket ska involveras också ingår. Vid behov görs en planering kring umgänge innan hemflytt. Det görs också regelbunden uppföljning efter att barnet har flyttat hem.

Hittills har sju hemflyttsråd genomförts. I tre av de ärendena påbörjades en aktiv hemflyttsprocess efter hemflyttsrådet, vilket har resulterat i att barnen nu bor hemma.

Barn och ungdom insatser

Föräldrautbildningar

I linje med den nya socialtjänstlagens intentioner att få föräldrar att söka/få hjälp innan problemen växer sig alltför stora, har vi på familjeenheterna bland annat gjort en extra satsning på olika föräldrautbildningar.

Föräldrautbildningar är både kostnadseffektivt och ofta mycket uppskattat av föräldrar. En av de största vinsterna vi sett från olika utvärderingar, är att föräldrar får träffa andra föräldrar i liknande situationer, dela erfarenheter, skapa nätverk och få kunskaper under organiserade former.

Vi har utökat utbudet av kommunens redan befintliga utbildningar för att nå fler föräldrar: både geografiskt och utifrån olika behov såsom tillgänglighet, tid, och kulturell bakgrund.

För att möjliggöra den här satsningen både av ekonomiska och praktiska skäl, har vi nu utbildare i egen regi i följande metoder.

- Föräldrastöd i Sverige, FÖS, För utrikesfödda föräldrar med barn 0–1 år
- Alla Barn i Centrum, ABC, för familjer med barn 3–12 år

Under 2026 kommer vi även kunna utbilda kursledare till ABC-tonår.

Vuxen

Single session

Råd och behandlingsgruppen har sedan februari 2024, prövat en metod som är inriktad på att med ett enda fysiskt samtal på plats, kunna hjälpa personer med skadligt bruk och beroende av alkohol och/eller droger och deras närstående.

Single session, är särskilt effektivt för personer:

- som har ett specifikt problem eller utmaning
- som vill ha snabb och lösningsfokuserad hjälp
- som är beredda att testa nya strategier och ta egna steg framåt.

Besökaren erbjuds tid för Single Session inom en vecka. Innan det fysiska besöket blir personen uppringd för ett förberedande samtal. I det förberedande samtalet ligger fokus på att tillsammans komma överens om en konkret frågeställning. Samtalet följs upp av ett fysiskt besök på 1,5 timme. Därefter blir personen uppringd igen för att följa upp resultatet av insatsen. En enklare typ av utvärdering, med några få färdiga frågor, görs också vid samtliga tre tillfällen.

Inspirationen till metoden kommer från besök på öppenvården Gustav i Malmö och på familjerådgivningen i Uppsala. Två verksamheter som har arbetat med metoden en längre tid.

44 personer har varit aktuella för Single Session och hittills har respon- sen varit positiv både hos personal och brukare. Därutöver har det nya arbetssättet bidragit till att korta kön till samtal vilket innebär att fler personer får den hjälp de behöver i tid.

Avdelningarnas fokusområden 2026

Barn och ungdom myndighet

Avdelningen kommer fortsätta fokusera på att utveckla arbetet med nätverksinvolvering. Ett arbete som syftar till att minska placeringar utanför det egna hemmet, till förmån för placering i barnets nätverk.

För att utveckla och bredda arbetet med nätverksinvolvering, behöver verksamheten utreda och kartlägga vissa organisatoriska och struktu- rella förändringar:

- **Tillgänglighet utanför kontorstid**
För att fullt ut kunna arbeta med nätverksplaceringar behöver arbetssätt och bemanning anpassas så att beslut och placeringar kan genomföras även utanför ordinarie kontorstid.
- **Flexibla lösningar och ersättningsformer**
Det behöver utredas hur tillfälliga nätverksplaceringar ska hanteras när det gäller ersättning och möjlig användning av egna jourlägen- heter.

- **Stärkta förutsättningar för nätverkshem**

För att på sikt kunna erbjuda fler nätverksplaceringar krävs stödjande insatser, inklusive kompensatoriska stödåtgärder och möjlighet till avlastning för nätverkshemmen.

Barn och ungdom insatser

Under 2026 kommer avdelningen fortsätta utveckla öppenvårdens råd- och stödsinsatser till familjer och ungdomar, för att göra insatserna mer förebyggande och lättillgängliga. Det kommer att innebära mer föräldrastöd som familjer kan söka själva, som till exempel föräldrautbildningar i grupp och enskilt.

Under 2026 så handlar utvecklingen mycket om att förstärka samverkan med andra parter. Vi kommer till exempel fortsätta utveckla vår samverkan med förskola och skola för att föräldrar lätt ska komma i kontakt med oss i ett tidigt skede när de behöver stöd.

I samarbete med barn och ungdom myndighet utvecklas stödet till familjer innan barnen blir placerade och efter att en placering avslutats. Tillsammans arbetar vi med nätverksinvolvering för att se hur nätverket kan stötta familjer, utifrån behov av stöd i föräldrarollen och barn som behöver mer vuxenstöd än vad föräldrar för tillfället förmår att ge. Vi ser också över möjligheten att genom hemflyttsråd kunna flytta tillbaka barn till sin familj eller sitt nätverk från en extern placering.

Under 2026 utvecklar vi även arbetet med barn i organiserad brottslighet. Vi har nu arbetat med polisen och olika delar av socialförvaltningen i ett år och utvecklat samverkan kring barn och unga. Samverkan syftar till att tidigt identifiera barn med risk för, eller som redan är i organiserad brottslighet, för att så snabbt som möjligt bryta den negativa utvecklingen. Flera parter, som Socialstyrelsen, socialdepartementet, andra kommuner och vår egen Region Uppsala, är viktiga för att vi snabbt ska kunna utveckla och hitta gemensamma vägar för att snabbt identifiera ungdomar i riskgrupp.

Vuxen

2026 kommer stort fokus ligga på nya socialtjänstlagen och hur vi kan göra mer för vuxna i behov av stöd, utan biståndsbeslut. Insatser utan biståndsbeslut öppnar upp möjligheter för oss att arbeta mer förebyggande och snabbt nå ut till dem som behöver stöd. Vi får också möjligheten att säkerställa att vi jobbar utifrån evidensbaserade metoder.

Utvecklingen av våra samarbeten i förvaltningen, med andra förvaltningar, kommuner, regioner och polisen med flera, är också något som kommer att fortsätta under kommande år.

Det är också viktigt för oss att vi svarar upp mot åtagandena i vår verksamhetsplan och gör dem verksamhetsnära och konkreta för uppföljning och kvalitetssäkring.

Ett exempel på en uppstart under 2025 som vi kommer att utveckla vidare under 2026, är vårt Uppsökarteam som syftar till att nå ut till människor i hemlöshet. Vi kommer även att vidareutveckla samarbetet mellan familjerätten och familjeenheterna för att kunna erbjuda föräldrar stöd i ett tidigt skede och undvika svåra processer i rätten. Vidare ska Nexus verksamhet utökas, vilket förhoppningsvis innebär att fler får kunskap om våld i nära relationer och att fler utsatta människor får mer och snabbare stöd.

Kvalitetsberättelse 2025
Socialförvaltningen, Uppsala kommun
018-727 00 00

Uppsala kommun
Socialförvaltningen, verksamhetsnära stöd
753 75 Uppsala
[uppsala.se/socialforvaltningen](https://www.uppsala.se/socialforvaltningen)