

Socialförvaltningen  
Kvalitet- och utvecklingsenheten  
Marie Hammarstedt  
Enhetschef

# Rapport

---

Socialnämndens kvalitetsberättelse 2025

## Innehåll

RAPPORT .....	1
Syfte med kvalitetsberättelsen .....	3
Vad är kvalitet inom socialtjänsten? .....	3
Socialnämndens ansvar .....	3
Kvalitets-och utvecklingsarbete.....	4
Förvaltningsövergripande .....	4
Omställning till ny socialtjänstlag.....	4
Implementering av Signs of safety .....	5
SAS (socialt ansvarig samordnare) och systematiskt kvalitetsarbete .....	5
Verksamhetssystem.....	6
Digitalisering .....	6
Styrdokument .....	6
Strategisk samverkan inom Hälso-och sjukvård .....	7
Beredskap, informationssäkerhet och dataskydd .....	7
Arbetsmiljö .....	8
Systematiskt kvalitetsarbete .....	8
Kvalitetsundersökningar .....	8
Intern kontroll.....	9
Egenkontroller .....	9
Missförhållande enligt lex Sarah .....	9
Ej verkställda beslut .....	10
Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	11
Goda exempel på kvalitetsarbete från verksamheten .....	12

## **Syfte med kvalitetsberättelsen**

Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter samt beskriva det utvecklingsarbete som genomförts under året och identifierade utvecklingsområden. I verksamhetsberättelsen som upprättas varje år, redovisas måluppfyllelse utifrån nämnden grunduppdrag, målarbete och samtliga aktiviteter som genomförts uppställda till utvecklingsmålen eller som kvalitetsmått kopplade till grunduppdragets kritiska kvalitetsfaktorer. Denna kvalitetsberättelse bör därför läsas tillsammans med verksamhetsberättelsen eller ses som ett komplement till den, för att få en helhetsbild över förvaltningens genomförda satsningar och arbete.

## **Vad är kvalitet inom socialtjänsten?**

Verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vård-skada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Ledningssystemets grunder utgår från fastställande av processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter samt förbättrande åtgärder.

Kvalitet definieras i SOSFS 2011:9 2 kap. 1 § som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt:

-lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade

-beslut meddelas med stöd av sådana föreskrifter

Det systematiska kvalitetsarbetet handlar både om att fortsätta göra sådant som fungerar och förändra och utveckla det som kan bli ännu bättre.

## **Socialnämndens ansvar**

På uppdrag av kommunfullmäktige ansvarar socialnämnden för att individ- och familjeomsorgen bedrivs med god kvalitet i enlighet med socialtjänstens bestämmelser om ledning, styrning och kvalitet. Ansvaret innebär att nämnden ska säkerställa att verksamheten planeras, leds, följs upp och utvecklas systematiskt och fortlöpande.

Det systematiska kvalitetsarbetet inom socialförvaltningen bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa regelverk kompletterar varandra och utgör tillsammans grunden för nämndens ansvar för kvalitet, rättssäkerhet, likvärdigt samt jämställt i verksamheten.

Socialnämnden ansvarar för att kvaliteten inom socialförvaltningen säkerställs genom tydlig styrning, uppföljning och analys. Kvalitetsarbetet omfattar hela verksamheten såsom myndighetsutövning, förebyggande arbete och insatser, och syftar till att

förebygga brister, minska risker och säkerställa att insatser är ändamålsenliga och ges i rätt tid,

Myndighetsutövningen inom socialförvaltningen ska hålla god kvalitet och hög rättssäkerhet. Socialnämnden ansvarar för att utredningar, bedömningar och beslut genomförs på ett likvärdigt och proportionerligt sätt, med tydlig och korrekt dokumentation samt tillräckliga beslutsunderlag. Barnets bästa ska särskilt beaktas och barns rätt till information och delaktighet säkerställas.

Kvalitetsansvaret omfattar även att verksamheten bedrivs på kunskapsbaserad grund, där arbetssätt och metoder utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialnämnden ansvarar för att verksamheten har tillgång till relevant kompetens och att förutsättningar finns för ett långsiktigt och hållbart kvalitetsarbete.

Uppföljning av resultat, avvikelser och identifierade risker utgör en central del av nämndens kvalitetsansvar och används som underlag för förbättringsåtgärder och fortsatt utveckling.

## **Kvalitets-och utvecklingsarbete**

### **Förvaltningsövergripande**

Socialförvaltningen lyder under socialnämnden och är organiserad med enheter direkt under förvaltningen. Den tidigare avdelningsindelningen har avvecklats i syfte att stärka styrning, samordning och kvalitetsutveckling i verksamheten.

Förvaltningen bestod 2025 av myndighet vuxen, enheten för boendestöd och sysselsättning, myndighet barn- och unga, samordnings- och behandlingsenheten, arbetsmarknadsenheten samt Ung Håbo. Därutöver finns en förvaltningsövergripande enhet för kvalitet- och utveckling, med uppdrag att stödja socialnämnden och verksamheterna i frågor som rör ledning, styrning, uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete.

Organisationen syftar till att skapa tydligare ansvarsfördelning, kortare beslutsvägar och bättre förutsättningar för en sammanhållen och rättssäker verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning.

### **Omställning till ny socialtjänstlag**

Under 2025 har mycket fokus legat på den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli. Den nya lagen säger att socialtjänstens verksamhet ska vara förebyggande, mer lättillgänglig, kunskapsbaserad samt jämlik och jämställd. Inför ikraftträdandet arbetade förvaltningen med flera förberedelser, bland annat att se över vilka insatser som skulle erbjudas utan behovsprövning och fatta beslut om dessa i nämnden. En ny delegationsordning antogs och omfattande förändringar genomfördes i verksamhetssystemet.

Efter att lagen trätt i kraft har medarbetarna deltagit i flera workshops, och en handlingsplan för 2026 har tagits fram. Socialförvaltningen deltar tillsammans med Vård- och omsorgsnämnden i SKR:s satsning Lärprocessen – framtidens socialtjänst, ett nationellt koncept som genomförs av RSS där kommunerna kontinuerligt lär av varandra i omställningen till den nya socialtjänstlagen.

Omställningen är långsiktig och kommer att kräva både tid och resurser under flera år framöver.

### **Implementering av Signs of safety**

En stor satsning har gjorts på förvaltningen då man valt att implementera Signs of safety. Signs of safety är ett lösningsfokuserat förhållningssätt med metoder och verktyg att använda i arbetet med både barn och vuxna. Förhållningssättet fokuserar mycket på det som fungerar, samarbetsallians och att nätverket är med och skapar lösningar tillsammans med barn/familj eller den vuxna. Syftet är att minska kostnadsdrivande placeringar och arbeta kvalitativt på hemmaplan. Under året har flera aktiviteter kopplat till Signs of safety ägt rum, bland annat:

- Förimplementeringsträffar med enhetschefer, förvaltningschef och teamledare
- Grundutbildning för de som arbetar med barn och unga, samt en grundutbildning för de som arbetar med vuxna
- Lärandeärendeträffar för vuxna samt lärandeärendeträffar för barn som där medarbetare fått stöd i hur man praktiskt kan använda Signs of safety i pågående ärenden
- Arbetsledarutveckling där teamledare och Signs of Safety-coacher har träffats och fått vägledning i hur de kan leda arbetet och använda Signs of Safety-verktygen i sin vardagliga praktik.
- Ledarskapsutveckling där enhetschefer och förvaltningschef arbetat med ledarskap och implementering av Signs of safety.

Flera av dessa aktiviteter fortsätter även under 2026, och så gör även implementeringsarbetet.

### **SAS (socialt ansvarig samordnare) och systematiskt kvalitetsarbete**

I augusti 2025 anställdes en socialt ansvarig samordnare (SAS) vars uppgift initialt har varit att granska och revidera befintliga riktlinjer inom socialnämnden samt skapa en specifik riktlinje avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialnämnden som ligger till grund för att kommunens verksamheter inom ska arbeta rättssäkert och strukturerat för att uppnå bästa resultat. SAS har även granskat avvikelser från verksamheterna och genomfört utredningar enligt Lex Sarah samt föreslagit och följt upp åtgärder utifrån utvecklingsområden (läs mer under rubriken Missförhållande enligt Lex Sarah).

Under 2026 ska SAS-rollen fortsatt bidra till att leda och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet i samverkan med verksamheterna inom socialförvaltningen, ge stöd och vägledning till chefer och personal samt säkerställa rättssäker handläggning genom exempelvis fortsatt granskning av avvikelser, rutiner och handläggning. Detta i enlighet med nya socialtjänstlagen och andra nya planerade lagförändringar som är på ingång under 2026.

## Verksamhetssystem

Nämnden verksamheter använder sig av verksamhetssystemet Combine för att dokumentera i individärenden. Brister i verksamhetssystemet fanns med som en uppmärksammas risk i årets internkontroll och identifierades främst inom handläggning av barn- och unga. Det rör sig inte om tekniska avvikelser utan om brister kopplade till utbildning, interna arbetssätt i systemet samt tidsåtgång. För att åtgärda detta har extern utbildning från systemleverantören bokats in under våren 2026 för samtliga handläggare inom barn- och unga.

## Digitalisering

Socialförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen bedriver ett nära och strukturerat samarbete kring digital utveckling och verksamhetssystem. Förvaltningarna nyttjar gemensamt enheten systemsupport, organisatoriskt placerad inom vård- och omsorgsförvaltningen, vilket skapar förutsättningar för samordning, effektiv resursanvändning och gemensamma prioriteringar.

Samverkan sker genom regelbundna träffar i ledningsforum för verksamhetssystem, där frågor om digitalisering utgör en självklar del. Inom forumet fattas strategiska beslut om vidareutveckling av befintliga system samt införande av nya digitala lösningar, inklusive beslut om investeringar i AI-baserade systemstöd.

Under året har socialförvaltningen även tagit fram en plan för införande av digitala akter under kommande år. Arbetet har inkluderat en konsekvensanalys med fokus på rättssäkerhet, informationssäkerhet, verksamhetsnytta och påverkan på arbetssätt.

## Styrdokument

Inom förvaltningens samtliga verksamhetsområden pågår kontinuerligt ett arbete med att upprätta och revidera olika styrdokument och tillhörande stödmaterial i takt med förändrade arbetssätt, nya direktiv, ändrad lagstiftning och nya projekt.

Under året har följande styrdokument reviderats eller tillkommit:

1. Reviderad delegationsordning för socialnämnden
2. Reviderat reglemente för det kommunala funktionsrättsrådet
3. Informationshanteringsplan för socialnämnden
4. Riktlinje för Ung Håbo
5. Riktlinje för arbetet mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld
6. Reviderad riktlinje för hantering av personuppgifter och skyddade personuppgifter
7. Reviderad riktlinje för palliativ vård i livets slutskede

8. Riktlinje för barn och unga som ersätter riktlinje för familjehemsvård, riktlinje för ersättning till familjehem samt riktlinjeför barn och unga
9. Reviderad riktlinje för skadligt bruk och beroende (tidigare Missbruk)
10. Reviderad riktlinje för hanteringen av avvikelser Lex Sarah samt utredning av vårdskada enligt Lex Maria
11. Reviderad riktlinje för ekonomiskt bistånd
12. Revidering av lagrum för riktlinje mot våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck
13. Riktlinje för socialpsykiatri
14. Riktlinje ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SoN)

Styrdokument kopplade till nämndens verksamhetsområden har alltid giltighetstider, vilket innebär att översyn behöver ske kontinuerligt. Ett nytt arbetssätt med ny metod och rutin för arbetet med övergripande styrdokument påbörjades i början av året. Det nya arbetssättet avser ett mer systematiskt sätt att följa upp giltighetstider för styrdokument.

### **Strategisk samverkan inom Hälso-och sjukvård**

Förvaltningen deltar som en part i HSVO, som är en gemensam samverkansstruktur mellan Region Uppsala och länets kommuner inom områdena hälsa, stöd, vård och omsorg. Syftet är att stärka samordningen genom aktiv samverkan och dialog på både politisk nivå och tjänstepersonnivå.

Organisationen består av:

- Regionalt Forum – politisk uppdragsgivare.
- Regionalt samråd samt lokala samråd i varje kommun.
- Tjänsteledningar på regional och lokal nivå som stödjer det politiska arbetet.
- Regionala ledningsgruppen (RLG) med region- och kommundirektörer som styr tjänsteledningarna och beslutar om särskilda samverkansuppdrag.
- Vid behov skapas särskilda regionala eller lokala arbetsgrupper.

Arbetet stöds av gemensamma styrdokument, riktlinjer och ekonomiska resurser. Under tjänsteledningen finns också en länsgemensam FoU-enhet som är samfinansierad av region och kommuner.

### **Beredskap, informationssäkerhet och dataskydd**

Under året har förvaltningen stärkt sin kris- och beredskapsförmåga i nära samverkan med kommunens säkerhetsenhet. En krisstab har utsetts och gemensamma övningar har genomförts enligt kommunens ordinarie rutiner. Den nyinrättade enheten för kvalitet- och utveckling har dessutom påbörjat ett arbete med kontinuitetsplanering för att säkerställa att lednings- och stabsfunktioner fungerar vid störningar.

Förvaltningen har samtidigt bedrivit ett systematiskt informationssäkerhets- och dataskyddsarbete. Informationssystem och tillhörande avtal har identifierats och kartlagts och en informationsklassificering enligt nämndens informationshangeringsplan har slutförts (SN 2025/29). Informationsägare har utsetts för all inventerad information. Arbetet med registerförteckningar och personuppgiftsbehandlings har fortsatt under året, liksom en genomlysning av socialnämndens arkiv för att säkerställa rättssäker diarieföring och skydd av information. Förvaltningen arbetar löpande för att säkerställa att all information hanteras säkert och i enlighet med gällande lagstiftning och interna styrdokument.

## **Arbetsmiljö**

Håbo kommun har en handlingsplan för systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) som innebär att alla chefer, medarbetare och skyddsombud på olika sätt arbetar tillsammans för att förebygga risker för ohälsa, tillbud och olycksfall i arbetet. Detta görs genom att exempelvis genomföra riskbedömningar med åtgärder i en handlingsplan, följa upp effekterna av tidigare insatser, utvärdera och utveckla rutiner för SAM samt samverka i arbetsmiljö- och medarbetarfrågor.

Utöver det dagliga arbetsmiljöarbetet (löpande SAM) ska förvaltningarna enligt kommunens riktlinjer för det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) arbeta utifrån ett årshjul som innehåller fem olika delar: Organisatorisk och socialarbetsmiljö, antidiskriminering, fysisk arbetsmiljö, hälsomål och övergripande årlig uppföljning. Arbetet med SAM pågår fortlöpande på samtliga nivåer och socialförvaltningen har under året arbetat med samtliga fem delar.

## **Systematiskt kvalitetsarbete**

Patientsäkerhetsarbetet redovisas i en separat rapport årligen. Det systematiska kvalitetsarbetet utgör även ett eget avsnitt i den årliga verksamhetsberättelsen och i den redogörs närmare för avvikelshanteringen inom SoL och HSL, varför de inte presenteras närmare i denna rapport. Egenkontroller utifrån grunduppdraget genomförs kontinuerligt under året inom samtliga nämndens verksamheter.

## **Kvalitetsundersökningar**

Förvaltningen rapporterar statistiska underlag till olika nationella undersökningar och vissa av resultaten publiceras i kommun- och landstingsdatabasen KOLADA och i projektet kommunens kvalitet i korthet KKIK. Andra redovisas i Socialstyrelsens officiella statistik och öppna jämförelser.

I KKIK-rapporten för 2025 framgår att Håbo kommuns stöd- och omsorgsverksamhet både har stabila delar och områden som behöver stärkas. Andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd har minskat till 32,7 procent, vilket är lägre än genomsnittet på 39,1 procent och tyder på en fungerande struktur för ekonomiskt stöd. Samtidigt finns en tydlig utmaning i andelen handläggare med socionomexamen och minst ett års erfarenhet av barnutredningar. I Håbo är andelen 55,1 procent, betydligt lägre än kommungenomsnittet på 81,5 procent, något som kan påverka kvaliteten i handläggningen. Brukarbedömningarna inom individ- och familjeomsorgen visar också

en försämring: 79 procent uppger en positiv helhetsbedömning, jämfört med 87 procent i genomsnitt.

## **Intern kontroll**

Internkontrollen för 2025 visar att verksamheten överlag följer lagstiftning och interna rutiner samt håller en god kvalitet i utredningar, bedömningar och dokumentation. Genomgångarna visar hög följsamhet i centrala moment som skyddsbedömningar, beslutsfattande och samtyckeshantering, och rutiner för boendestöd och andra delar av verksamheten tillämpas i huvudsak som avsett. Samtidigt kvarstår vissa utvecklingsbehov, bland annat avseende utredningstider, dokumenterad uppföljning och variation i användning av checklistor och verksamhetssystem.

De identifierade riskerna bedöms som begränsade men viktiga att fortsätta följa, särskilt inom områden där personalomsättning, utbildningsbehov eller arbetsprocesser påverkat följsamheten. Planerade och pågående åtgärder - såsom förbättrade arbetssätt, digitala stödverktyg, riktade utbildningar och förstärkt uppföljning av både interna processer och privata utförare - förväntas bidra till ökad kvalitet, rättssäkerhet och mer enhetliga arbetssätt i hela verksamheten.

## **Egenkontroller**

Olika egenkontroller har uppställts och genomförts inom myndighetsutövning såväl som i utförarverksamheter. Arbetet under året har primärt bestått i att verksamheterna systematiskt börjat genomföra egenkontroller ett antal gånger om året enligt gällande lagbestämmelser. Egenkontrollerna inom utförarverksamhet har avsett granskning av social dokumentation och genomförandeplaner. Inom myndighetsutövning har det för respektive verksamhetsområde uppställts specifika kontrollområden såväl som gemensamma avseende dokumentation, rättssäkerhet, delaktighet och sekretess. Respektive verksamhet vidtar åtgärder om egenkontrollerna påvisar brister.

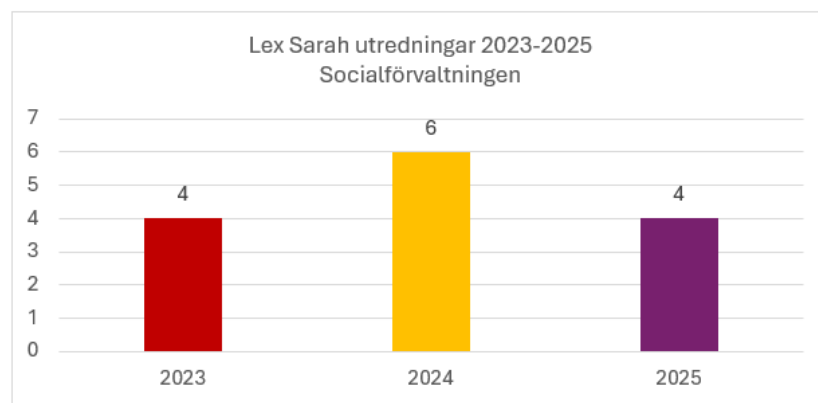
## **Missförhållande enligt lex Sarah**

Under året har fyra händelser kopplade till enskilda inom nämndens verksamhetsområde skett som har utretts enligt lex Sarah. Samtliga inom myndighetsenheten barn och unga.

Av de fyra rapporterade händelserna som utretts enligt lex Sarah har en anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utifrån att den bedömts utgöra påtaglig risk för allvarligt missförhållande. IVO beslöt att avsluta ärendet och bedömde att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet samt vidtagit nödvändiga åtgärder. För samtliga utredda händelser har förbättringsåtgärder identifierats som dels har åtgärdats i direkt anslutning till händelserna men som också finns med i verksamheternas pågående förbättringsarbete.

	2023	2024	2025
Genomförda utredningar enligt lex Sarah	4	6	4
Genomförda utredningar enligt lex Sarah som anmälts till IVO*	1	1	1

*\*Händelser som utifrån utredning bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därav anmälts till IVO enligt gällande bestämmelser.*



Vidtagna åtgärder syftar till att missförhållanden eller risker för missförhållanden inte ska upprepas och på så sätt förbättra verksamheten som en del i det systematiska förbättringsarbetet. I utredningarna som genomförts 2025 är det tydligt att rättssäkerhet i handläggning genom användande av gällande riktlinjer och rutiner är ett fortsatt förbättringsområde som behöver pågå löpande även 2026.

Ett arbete kring detta har påbörjats 2025 genom att revidera gällande riktlinjer inom förvaltningen och sprida kunskap på enheterna. Det kommer även göras ett arbete kring revidering och förtydligande av enhetsgemensamma rutiner kopplat till handlägningsförfarande inom förvaltningen tillsammans med enhetschefer och medarbetare.

Förvaltningen har under 2025 identifierat ett fortsatt behov av att ta lärdom från avvikelser och lex Sarah utredningar för att arbeta vidare med åtgärder inom verksamheterna i syfte att öka och sprida kunskap kring avvikelssystemet men även för att arbeta vidare med rutiner och arbetssätt som minskar risken för att liknande händelser ska inträffa framåt. Avvikelse och lex Sarah utredningar är fortsatt en stående punkt på ledningsgruppsmöten på förvaltningsnivå vilket planeras fortgå under 2026.

### **Ej verkställda beslut**

Under 2025 har socialnämnden följt upp och rapporterat ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rapporteringen sker i enlighet med lagkraven till kommunfullmäktige, kommunens revisorer samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under årets första kvartal tillhörde LSS-verksamheterna socialförvaltningen och

är därför med i rapportering under första kvartalet. För andra och tredje kvartalet rapporterades enbart SoL.

Under året rapporterades totalt fyra ej verkställda beslut fördelade mellan LSS-beslut och myndighetsutövningen inom barn och unga. Ärendena har främst rört insatser som kräver matchning av utförare eller familjer, samt ärenden där förutsättningarna förändrats hos den enskilde. Flera av besluten avslutades under året efter att förutsättningarna i ärendena ändrats.

Inga merkostnader har uppstått för nämnden med anledning av dröjsmål i verkställigheten. I ärenden som rör barn har barnets situation och behov särskilt beaktats, och myndigheterna har arbetat för att minimera konsekvenserna under tiden insatserna inte varit möjliga att verkställa.

Socialnämnden fortsätter att kontinuerligt följa upp fattade beslut. Rapportering till IVO sker fyra gånger per år, och kommunfullmäktige samt revisorerna delges rapporterna enligt gällande riktlinjer.

### **Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Under året har Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) gjort en riktad tillsyn mot samtliga kommuner i landet. Syftet med tillsynen var att granska rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga. Detta avgränsades till följande områden:

- Handläggning och kontroll inför placeringar av barn och unga i privat drivna verksamheter och familjehem
- Hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar och handläggning
- Arbetet med egenkontroll som en del i det systematiska kvalitetsarbetet
- Nämndens arbete mot korruption och otillbörlig påverkan

Kommunen svarade på en enkät hösten 2024. På grund av enkätens utformande och svarsalternativ så fanns det ingen möjlighet till beskrivningar eller förklaringar. Kommunen fick under hösten 2025 kritik från IVO som påpekar brister i sin skyldighet att hantera orosanmälningar, i sin skyldighet att följa upp placering av barn och unga samt i sin egenkontroll avseende myndighetsutövning för barn och unga. Kommunen fick efter detta möjlighet att bemöta kritiken samt ge förslag på åtgärder. Detta lämnades in till IVO i oktober 2025. Kommunen väntar på återkoppling.

## **Goda exempel på kvalitetsarbete från verksamheten**

- Familjerätten har under året riktat om sitt arbete till ett proaktivt förebyggande arbete med stärkt fokus på samarbetsamtal samt uppstart av föräldragruppen Barn i föräldrars fokus. Vi kan redan nu se att antalet VBU (vårdnad, boende och umgänge) minskar jämfört med 2024. En tillgänglig familjerätt kan förebygga framtida domstolsprocesser och framtida konflikter. Det nära och integrerade samarbetet med mottagningsteamet bidrar till att fler föräldrar tackar ja till samarbetsamtal och färre utredningar inleds enligt Socialtjänstlagen.
- Projekt Framsteget, som är ett samverkansprojekt som ska stödja personer långt från arbetsmarknaden förlängs. Det är ett 4 årigt projekt värt närmare 8 miljoner kronor där enheten samverkar med regionen, arbetsförmedling och Försäkringskassan. Det kommunala ansvaret inom samordnade rehabiliteringsinsatser är att aktivt samverka, medfinansiera och bidra med sociala och arbetslivsinriktade stödinsatser för personer som behöver samordnat stöd för att närma sig arbetsmarknaden.
- Under året har verksamheten tagit fram och fått beslut om nya riktlinjer för feriejobb, och samtidigt digitaliserat hela processen.
- Kostnaden för inhyrd personal har minskat markant under året. För att bibehålla en stabil bemanning har myndighetsenheten för barn och unga identifierat utvecklingsområden för att minska personalomsättning och därmed minska beroendet av inhyrd personal. En stabil arbetsgrupp med låg personalomsättning bidrar till bättre kvalitet för de barn och familjer som enheten möter.
- Under 2025 öppnades ett stödboende för vuxna, där ett omfattande arbete har genomförts med att samlokalisera boendestöd och behandlare, utveckla sysselsättningsinsatser, stärka öppenvården och bygga upp den öppna träffpunkten. Tillsammans innebär detta att målgruppen med skadligt bruk och beroende nu erbjuds ett betydligt starkare stöd på hemmaplan.
- Träffpunkten Källan flyttade under året till Lindegårdsvägen och ett skifte gjordes till en mer aktivitetsbaserad träffpunkt. Detta har haft stor betydelse för målgruppen socialpsykiatri och skadligt bruk och beroende. Många besök och nya kontakter mellan brukarna knyts.
- Samverkansformen SSPF (Skola- Socialtjänst- Polis- Fritid) har implementerats i verksamheten och arbetet har medfört att vi genom SSPF kunnat förhindra att nya ungdomar hamnar i kriminalitet vilket kan leda till kostnadsdrivande insatser. I 80 % av de 17 ärendena har det inte inkommit nya orosanmälningar. Under året har vi gått med i ett utvecklingsprojekt tillsammans med andra kommuner kring en APP för sammanhållen vårdplan vilket initialt påvisar en förbättrad samverkan kring barn i SSPF-ärenden.
- Under året har Nakterhuset, som är kommunen öppenvård för personer med beroende, arbetat fram en ny behandlingsmodell som bygger på evidens och kunskapsbaserade metoder som CRA och tredje vågens KBT. Detta har medfört en tydlighet för klienterna samt tydligare start och avslut. Vidare har tillgängligheten ökat både genom införande av funktionsbrevlåda och direktnummer. Under året har en medarbetare vid Nakterhuset samorganiserats sig med uppsökare vid boendestödet. I samverkan har en tydlig motivationsbehandling byggts upp vilket medfört färre i behov av heldygnsvård.