



Hantering av orosanmälningar gällande barn och unga

Vetlanda kommun

Mars 2026

Innehåll

Innehåll	1
Sammanfattning	2
1. Inledning	4
2. Granskningsresultat	6
BILAGOR	20

Sammanfattning

Bakgrund

Deloitte AB har av de förtroendevalda revisorerna i Vetlanda kommun fått uppdraget att genomföra en översiktlig granskning av socialnämndens hantering av orosanmälningar (barn och unga) i Vetlanda kommun.

Revisionsfråga

Har socialnämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt en ändamålsenlig uppföljning, analys och hantering av utvecklingen av orosanmälningar gällande barn och unga?

Svar på revisionsfråga

Vår samlade revisionella bedömning är att socialnämnden till viss del har säkerställt en ändamålsenlig uppföljning, analys och hantering av utvecklingen av orosanmälningar gällande barn och unga.

Granskningen visar att det finns en fungerande rapporteringsstruktur, ett dokumenterat regelverk och operativ kapacitet i förvaltningen. Samtidigt konstateras brister i nämndens styrande roll, det enda analysuppdraget genomfördes aldrig, rapporteringens jämförbarhet har begränsningar och kopplingen mellan nämndens beslut och åtgärdsarbetet är svår att spåra. Rutinerna bedöms till stor del vara ändamålsenliga, men de samlade bristerna i styrning och analys innebär att helheten inte fullt ut motsvarar vad som kan förväntas.

Kritiska och väsentliga kärniakttagelser och slutsatser

Nedan redovisas de mest väsentliga iakttagelserna från granskningen.

- ▶ **Antalet orosanmälningar i Vetlanda kommun ökade kraftigt under perioden 2019–2023, till drygt 2 100 anmälningar år 2023, och volymen överstiger väsentligt riksgenomsnittet. Under 2024–2025 har det totala antalet minskat, delvis till följd av att interna anmälningar inte längre registreras och att**

möjligheten till anonym anmälan via e-tjänst tagits bort. Samtidigt har antalet unika barn som berörs av anmälningar ökat. Volymituationen är komplex och utgör den centrala bakgrunden för granskningen och för bedömningen av nämndens ansvarstagande.

- ▶ **Nämnden tar regelbundet del av månadsstatistik som redovisar antal anmälningar, unika barn, utfall per kategori samt handläggningstider. Statistiken har redovisats vid nio av tolv ordinarie sammanträden under 2025. Rapporteringen ger nämnden en grundläggande och löpande bild av verksamhetens volymutveckling.**
- ▶ **Det finns ett dokumenterat och aktuellt regelverk bestående av två centrala rutindokument som är utformade för att täcka processkedjans moment. En rutin för förhandsbedömningar har tillkommit efter kommunrevisionens granskning 2021 och reviderats vid flera tillfällen. Regelverket ger förutsättningar för en rättssäker och skyndsamt handläggning vid hög anmälningsvolym.**
- ▶ **Nämnden gav 2023 förvaltningen i uppdrag att genomlys och analysera det kraftigt ökade antalet orosanmälningar. I det granskade underlaget har ingen slutrapport identifierats. Under perioden har andelen anmälningar som leder till beslut om att utredning inte inleds ökat från 31 till 45 procent, utan att denna förskjutning analyserats. Nämnden saknar därmed det analysunderlag som behövs för att förstå vad volymökningen och de förändrade mönstren beror på.**
- ▶ **I det granskade underlaget framgår inte att de åtgärder som nämnden beslutat om under granskningsperioden bygger på egen analys av volymökningen. Åtgärderna på nämndnivå har i huvudsak vidtagits i anslutning till IVO:s tillsynsbeslut, medan förvaltningen vidtagit operativa åtgärder löpande på eget initiativ. Förvaltningen har i sin nulägeskarta själv identifierat behov av att**

förändra strukturer som inte längre svarar mot dagens krav. Nämndens styrande roll framstår utifrån det granskade underlaget som i huvudsak reaktiv, trots att signaler om förändringsbehovet funnits tillgängliga.

- ▶ **Rapporteringen till nämnden saknar uppgifter om återkommande anmälningar per barn och anmälningskällor.** Förvaltningen har bekräftat att det inte är möjligt att systematiskt följa återkommande anmälningar per individ. Nämnden får inte den information som granskningsplanen identifierat som central för att kunna bedöma om anmälningarna rör ett brett eller koncentrerat problem.
- ▶ **I VO konstaterade 2025-06-16 att kommunen brister i att hålla lagstadgade tidsfrister.** Månadsstatistiken visar att förhandsbedömningar utanför 14-dagarsgränsen förekommer löpande, samtidigt som utredningar över fyra månader minskat markant. Lagstadgade krav på skyndsamhet upprätthålls inte konsekvent, även om utvecklingen avseende utredningstider är positiv.
- ▶ **Processkedjan för orosanmälningar ingår inte i nämndens internkontrollplan. I det granskade underlaget framgår inte att rutinernas funktion behandlats av nämnden sedan 2023 eller att avvikelsemönster i mottagandeprocessen rapporterats till nämnden.** Nämndens insyn i det operativa systemets funktion är utifrån det granskade underlaget begränsad.

Rekommendationer

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

- ▶ **Säkerställa** att det finns ett systematiskt och fullständigt kunskaps- och analysunderlag avseende orosanmälningar, som inkluderar orsaker till volymförändringar, återkommande anmälningar per barn, anmälningskällor och förändringar i utfallsmönster.
- ▶ **Säkerställa** att nämndens beslut om åtgärder och prioriteringar inom området orosanmälningar bygger på egen systematisk analys av utvecklingen.

- ▶ **Stärka** uppföljningen av att lagstadgade tidsfrister för förhandsbedömningar och utredningar upprätthålls, och att nämnden löpande tar del av hur utvecklingen ser ut över tid.
- ▶ **Utveckla** nämndens insyn i handläggningen av orosanmälningar, exempelvis genom att orosanmälningar utgör ett kontrollområde i nämndens internkontrollplan och att avvikelser och mönster i handläggningen rapporteras till nämnden.

Växjö, 2026-03-10

DELOITTE AB/Azets

Revsul Dedic

Certifierad kommunal revisor

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Antalet orosanmälningar gällande barn och unga i Vetlanda kommun är högt även om den har minskat under senare två åren. Utvecklingen och nivån väcker frågor om vad detta speglar: om fler barn riskerar att fara illa, om ett mindre antal barn eller familjer återkommer med många anmälningar, om anmälningsbenägenheten har ökat genom förändrade arbetssätt och rutiner i exempelvis skola, förskola och hälso- och sjukvård, eller om det finns andra förklaringar.

För revisorerna är det i dagsläget oklart vilken kunskap och analys den ansvariga nämnden har av utvecklingen (socialnämnden i Vetlanda kommun), hur orosanmälningarna följs upp och redovisas på nämndnivå samt i vilken utsträckning utvecklingen har påverkat nämndens styrning, prioriteringar och resursfördelning inom arbetet med barn och unga.

Mot denna bakgrund har revisorerna bedömt att det fanns skäl att inom ramen för en begränsad granskning genomföra en översiktlig kartläggning av nämndens uppföljning, analys och hantering av orosanmälningar.

1.2 Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen var att översiktligt bedöma om nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställer en ändamålsenlig uppföljning, analys och hantering av utvecklingen av orosanmälningar gällande barn och unga. Granskningen skulle ge underlag för att bedöma nämndens kunskap om omfattning och mönster i anmälningarna samt om utvecklingen har omsatts i relevanta analyser, prioriteringar och åtgärder.

Granskningen avgränsades till nämndens övergripande styrning, uppföljning och hantering av orosanmälningar gällande barn och unga under de senaste åren (till exempel 2024–2025). Fokus var på statistik, rapportering, analys, prioriteringar, resursöverväganden samt rutiner för mottagande och bedömning. Enskilda ärendens

materiella kvalitet och fullständig processkartläggning ingick inte; enskilda anmälningar användes översiktligt för att illustrera hur rutiner tillämpas.

1.3 Revisionsfråga och underliggande frågeställningar

Revisionsfråga:

Har socialnämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt en ändamålsenlig uppföljning, analys och hantering av utvecklingen av orosanmälningar gällande barn och unga?

Underliggande frågeställningar:

- Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt en strukturerad uppföljning och rapportering av orosanmälningar (t.ex. antal anmälningar, unika barn, återkommande anmälningar och anmälningskällor)?
- Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt att ökningen av orosanmälningar har analyserats, inklusive orsaker, mönster och konsekvenser för verksamheten?
- Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt att utvecklingen av orosanmälningar lett till ändamålsenliga åtgärder, prioriteringar eller resursöverväganden?
- Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt ändamålsenliga rutiner för mottagande, bedömning och dokumentation av orosanmälningar – inklusive hantering av upprepade anmälningar – så att rättssäkerhet och skyndsamhet kan upprätthållas vid hög anmälningsvolym?

1.4 Metod och granskningsinriktning

Granskningen har genomförts som en översiktlig kartläggning genom dokumentstudier, statistikgenomgång och ett gruppintervju med biträdande socialchef, enhetschef mottagningsenhet samt en gruppleddare. Underlaget utgjordes av statistik över

orosanmälningar, nämndprotokoll, tjänsteskrivelser, interna rapporter, risk- och internkontrolldokument samt riktlinjer och rutiner för hantering av orosanmälningar.

1.5 Revisionskriterier

Granskningen utgick från krav i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (2018:1197) om barnkonventionen, bestämmelserna om missförhållanden och risk för missförhållanden (lex Sarah) samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Vidare beaktades kommunallagen (2017:725), kommunens mål och riktlinjer för verksamhet med barn och unga, nämndens reglemente, internkontrollreglementet samt nämndens egna riktlinjer och rutiner för hantering av orosanmälningar.

1.6 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring har skett genom Deloitte's interna kvalitetssäkringssystem samt genom faktakontroll hos berörd nämnd.

2. Granskningsresultat

Utifrån genomförda intervjuer och granskat material redovisas nedan en sammanfattande beskrivning samt iakttagelser kopplade till socialnämndens hantering av orosanmälningar (barn och unga) i Vetlanda kommun. De iakttagelser som framkommit genom intervjuer och dokumentstudier presenteras under den rubrik som bedömts som mest relevant.

2.0 Nulägesbild – statistik och nationell kontext

Detta avsnitt redovisar den statistiska bilden av orosanmälningar i Vetlanda kommun och sätter den i relation till nationell statistik. Syftet är att ge ett samlat faktaunderlag för de bedömningar som följer i avsnitt 2.1–2.4; avsnittet innehåller i sig inga revisionella bedömningar. Det bör noteras att det inte finns löpande nationell statistik på kommunnivå, att jämförbarheten begränsas av skillnader i definitioner och registreringspraxis, samt att två metodförändringar under granskningsperioden försvårar bedömningen av den underliggande utvecklingen.

Volymutveckling

Antalet orosanmälningar avseende barn och unga i Vetlanda kommun har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Från 693 anmälningar år 2016 steg volymen till 2 045 anmälningar år 2023, nära en tredubbling på sju år. Därefter har antalet minskat till 1 855 under 2024 och 1 621 under 2025. I tabell 1 redovisas antal orosanmälningar per år för perioden 2016–2025. Minskningen under 2024 och 2025 sammanfaller med två förändringar i hur anmälningar registreras. Under 2024 slutade förvaltningen att registrera intern oro – det vill säga när personal inom socialnämndens egen verksamhet uppmärksammar oro för ett barn – som formella anmälningar. Förvaltningen förklarar att information inom den egna nämnden enligt lagstiftningen inte kan klassas som en anmälan, och att man tidigare hanterat detta felaktigt. Barnen hanteras fortfarande genom skyddsbedömning och bedömning av om utredning ska inledas, men de syns inte längre i anmälningsstatistiken. Vidare, under 2025 togs möjligheten att göra anonym anmälan via kommunens e-tjänst bort. De intervjuade representanten för förvaltningen och enheten uppger vid intervju att den samlade minskningen i praktiken ungefär motsvarar dessa två förändringar, men beskriver samtidigt att deras upplevelse är att det faktiskt har skett en viss förändring också i det reella inflödet. Den

underliggande faktiska volymutvecklingen är därmed svår att bedöma enbart utifrån siffrorna.

Tabell 1. Antal orosanmälningar avseende barn och unga, Vetlanda kommun 2016–2025

År	Antal anmälningar	Förändring	Unika barn	Källa
2016	693	–	–	KPMG
2017	742	+7 %	–	KPMG
2018	1 050	+42 %	–	KPMG
2019	1 022	–3 %	–	KPMG
2020	1 283	+26 %	–	KPMG
2021	~1 225	–5 %	–	KPMG
2022	1 565	+28 %	–	SN
2023	2 045	+31 %	522	MS
2024	1 855	–9 %	510	MS
2025	1 621	–13 %	614	MS

Källor: KPMG = Granskning av orosanmälningar (2021-12-08), avser 0–20 år. SN = Socialnämndens protokoll 2023-09-12. MS = Månadsstatistik december 2025, avser 0–20 år. Uppgift om unika barn saknas för perioden 2016–2022. Siffran för 2021 är ungefärlig. Samtliga lokala källor avser åldersgruppen 0–20 år, medan Socialstyrelsens nationella kartläggningar avser 0–17 år, vilket begränsar jämförbarheten. Det bör noteras att den kompletterande statistiksammanställning som förvaltningen levererat inför granskningen (daterad 2026-01-16) genomgående visar något högre totaler än månadsstatistiken, exempelvis 2 101 anmälningar för 2023 jämfört med 2 045 i månadsstatistiken. Skillnaden är liten och påverkar inte de övergripande slutsatserna. I rapporten används månadsstatistiken som primärkälla för volymsiffror, medan statistiksammanställningen citeras där specifika nedbrytningar redovisas.

Det ska noteras att samtliga lokala källor avser åldersgruppen 0–20 år, medan Socialstyrelsens nationella kartläggningar avser 0–17 år. Skillnaden i åldersavgränsning innebär att direkta jämförelser mellan Vetlandas siffror och riksgenomsnittet bör göras med försiktighet.

Unika barn och anmälningsmönster

Från och med 2023 redovisas i månadsstatistiken inte bara antal anmälningar utan även antal unika barn som anmälningarna avser. Under 2023 avsåg 2 045 anmälningar totalt 522 unika barn, i genomsnitt 3,9 anmälningar per barn. Under 2024 avsåg 1 855 anmälningar 510 unika barn (3,6 per barn), och under 2025 avsåg 1 621 anmälningar 614 unika barn (2,6 per barn).

Det innebär att det totala antalet anmälningar minskar, men att antalet enskilda barn som berörs ökar. Mellan 2024 och 2025 minskade antalet anmälningar med 13 procent, samtidigt som antalet unika barn ökade med 20 procent. De intervjuade noterar detta mönster i sin kommentar till månadsstatistiken för december 2025. Någon dokumenterad analys av mönstret har inte framkommit i det granskade underlaget.

Beträffande uppgifter om återkommande anmälningar per barn har förvaltningen uppgivit att sådan uppföljning inte har kunnat göras i verksamhetssystemet. Anledningen är att tidigare lagstiftning, enligt de intervjuade, inte medgav journalföring av orosanmälningar på ett sätt som möjliggjorde spårning över tid. Genom ny lagstiftning skapas numera en akt vid varje inkommande orosanmälan, vilket enligt förvaltningen framöver kommer att göra denna typ av uppföljning möjlig.

Från anmälan till åtgärd

När en orosanmälan inkommer görs en skyddsbedömning och därefter en förhandsbedömning. Utfallet av förhandsbedömningen avgör om utredning ska inledas eller inte.

Under 2025 ledde cirka 17 procent av anmälningarna till att utredning inleddes, cirka 35 procent avslutades utan att utredning inleddes, och resterande andel tillfördes pågående utredningar, insatser eller förhandsbedömningar. Att en anmälan avslutas utan utredning innebär inte i sig en brist – det kan vara ett korrekt bedömningsresultat. Den relativt låga andelen som leder till ny utredning innebär dock att merparten av

anmälningsvolymen hanteras inom förhandsbedömningen eller genom påföring till befintliga ärenden. Under perioden har andelen anmälningar som leder till beslut om att utredning inte inleddes ökat från 31 procent (2023) till 45 procent (2025). Under 2025 inleddes totalt 487 utredningar och 518 avslutades, en ökning med 16 procent jämfört med 2024 trots att antalet inkomna anmälningar minskade – sannolikt en följd av att fler unika barn och färre upprepade anmälningar aktualiserar nya bedömningar.

Nationell kontext

Den främsta nationella referenspunkten utgörs av Socialstyrelsens två kartläggningar, avseende åren 2018 och 2021. Enligt kartläggningen för 2021 tog landets socialtjänster emot cirka 422 000 anmälningar, en ökning med 27 procent jämfört med 2018. Anmälningarna berörde cirka 216 000 unika barn, motsvarande 9,8 procent av alla barn 0–17 år. Antalet anmälningar per 1 000 barn ökade från 154 till 192 under perioden.

Vetlanda kommun låg redan vid tiden för Socialstyrelsens kartläggningar över genomsnittet för sin kommungrupp (15 000–30 000 invånare). Under perioden 2022–2023 ökade antalet kraftigt och Vetlanda nådde en nivå som uppskattningsvis motsvarar ungefär dubbelt riksgenomsnittet. Andelen unika barn som berörs är däremot i större utsträckning jämförbar med riksbilden, vilket antyder att det främst är antalet anmälningar per barn som avviker – 3,9 i Vetlanda 2023 jämfört med 2,0 nationellt 2021. Minskningen 2024–2025 har reducerat avståndet till riket, men sammanfaller med de två dokumenterade metodförändringarna. I avsaknad av aktuell nationell statistik kan det inte fastställas exakt hur stort Vetlandas nuvarande avstånd från riksgenomsnittet är, men tillgängligt underlag indikerar att kommunen även efter de senaste årens minskning sannolikt ligger väsentligt över jämförbara kommuner. Detaljerade beräkningar och kommunjämförelser redovisas i Bilaga B.

Lagstadgade tidsfrister

Socialtjänstlagen föreskriver att beslut om att inleda eller inte inleda utredning ska fattas inom fjorton dagar från det att en anmälan inkommit (11 kap. 1 a § SoL). Under 2025 överskreds denna tidsfrist vid 160 tillfällen. Variationen över året är stor: i augusti nåddes nollnivå, medan december månad noterade 31 överskridanden. Förvaltningen beskriver vid intervjun att det förändrade arbetssättet i förhandsbedömningen – där

man numera gör ett mer omfattande arbete med att undersöka alternativa stödvägar – kan ha påverkat möjligheten att hålla fristen. De betonar dock att detta inte urskuldar överskridanden.

Beträffande utredningstid föreskriver 11 kap. 2 § SoL att en utredning ska vara slutförd senast inom fyra månader. Antalet pågående utredningar som överskridit denna tidsfrist har minskat kraftigt: från 147 under 2023 till 52 under 2024 och 42 under januari–oktober 2025. Förvaltningen beskriver att utredningsenheten under flera år arbetat med att korta utredningstiderna, bland annat genom intensiva utredningar.

Sammanfattande bild

Statistiken visar en verksamhet som under det senaste decenniet hanterat en kraftigt ökande anmälningsvolym. Förbättringar har skett beträffande utredningstider, och det totala antalet anmälningar har minskat sedan 2023 – även om minskningen till en betydande del sammanfaller med förändrade registreringsrutiner. Antalet berörda barn ökar, överskridanden av 14-dagarsfristen kvarstår vid belastningstoppar, och förvaltningen uppger att de inte förfogar över en fullständig förklaring till de höga anmälningstalen. De betonar att frågan är komplex och att statistiken är svårtolkad.

2.1 Uppföljning och rapportering av orosanmälningar

Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt en strukturerad uppföljning och rapportering av orosanmälningar?

Socialnämnden har under 2025 tagit del av månadsstatistik avseende verksamheten för barn och unga vid nio av tolv ordinarie sammanträden. Statistik redovisades inte vid sammanträdena i juli, september och december. Rapporteringen sker regelbundet och i en form som möjliggör månatlig uppföljning av utvecklingen. I samtliga fall där statistik redovisats har nämnden fattat beslut med lydelsen "Redovisning av månadsstatistik för [månad] 2025 godkänns och läggs till handlingarna."

Månadsstatistiken, här exemplifierad genom dokumentet "Månadsstatistik december 2025", innehåller uppgifter om antal inkomna anmälningar per månad med jämförelse mellan åren 2023, 2024 och 2025. Statistiken redovisar antal unika personer samt utfall fördelat på kategorierna utredning inleds, utredning inleds inte, anmälan tillförs

pågående utredning, anmälan tillförs pågående insats samt anmälan kopplas till pågående förhandsbedömning. Rapporteringen innehåller också uppgifter om antal förhandsbedömningar som inte avslutats inom 14 dagar samt antal utredningar med utredningstid över fyra månader. Till statistiken finns kommentarer från enhetschefer med förklaringar till utvecklingen. Sammantaget innebär detta att nämnden varje månad tar del av statistik som omfattar volymutveckling, utfallsfördelning och handläggningstider - parametrar som ger en grundläggande bild av verksamhetens belastning och regelefterlevnad.

Utöver månadsstatistiken redovisas orosanmälningar som verksamhetsmått i årsredovisningen. I årsredovisningen för 2024 framgår nyckeltalet "Antal inkomna anmälningar 0-20 år" med jämförelsetal för fem år: 1 283 år 2020, 1 473 år 2021, 1 566 år 2022, 2 072 år 2023 och 1 855 år 2024. Även antal inledda utredningar redovisas i samma tabell. Verksamhetsmått presenteras utan kommentar eller analys av den ökning som framgår av tidsserien. Årsredovisningen innehåller i andra avsnitt beskrivningar av verksamhetens omställningsarbete, bland annat kopplade till NUSO och samarbetsplattformen Bästa Platsen, men dessa avsnitt kommenterar inte orosanmälningsvolymen specifikt.

I delårsbokslutet 2025 berörs mål 3, som avser barns och ungdomars stödbehov och förebyggande arbete, men orosanmälningar som volym eller trend kommenteras inte. Nämndens mål för 2026 innehåller inte nyckeltal eller indikatorer specifikt kopplade till orosanmälningar.

Protokollen från socialnämndens sammanträden under 2024 och 2025 visar inte att nämnden vid något tillfälle begärt fördjupad redovisning, ställt kompletterande frågor eller fattat beslut om uppföljande åtgärder med direkt anledning av den redovisade statistiken om orosanmälningar. De intervjuade beskriver att dialog om verksamheten förs även i andra former, bland annat genom möten med beredning och presidium, men denna dialog framgår inte av protokoll eller andra granskade handlingar. I intervju beskrivs att diskussionerna i nämnden ofta stannar vid konstateranden av utvecklingen, snarare än att fördjupas i bakomliggande orsaker eller möjliga åtgärder. Förvaltningen beskriver vidare att nämndsledamöter ibland de uppfattas att uppleva

sitt uppdrag som att fatta beslut i individärenden, och att man har försökt minska mängden individstatistik för att ge nämnden bättre förutsättningar att fokusera på övergripande frågor. Förvaltningen uttrycker samtidigt en önskan om att nämnden skulle ha djupare kunskap om socialtjänstens arbete och nämndens fokus på styrning och uppföljning ibland upplevs begränsad, men betonar i samma sammanhang att förvaltningen själv har ett ansvar för att skapa förutsättningar för det engagemanget genom att presentera rätt information på rätt sätt. Förvaltningen betonar dock att bilden är komplex och att förklarande faktorer som politisk omsättning och byte av nämndordförande bör beaktas vid tolkningen av nämndens agerande under perioden.

Den regelbundna rapporteringen saknar vissa parametrar som granskningen identifierar som relevanta för att bedöma anmälningsvolymens karaktär. Uppgifter om anmälningskällor ingår inte i månadsstatistiken men har kunnat tas fram i en statistiksammanställning, som levererades på begäran inför föreliggande granskning. Beträffande uppgift om återkommande anmälningar per barn anges i sammanställningen: "Tyvärr kan vi inte se hur många återkommande det är." Förvaltningen/mottagningsenheten förklarar i intervju att verksamhetssystemen inte har tillåtit denna typ av uppföljning. Som det nämnt innan, tidigare lagstiftning medgav inte journalföring av orosanmälningar på ett sätt som möjliggjorde individbaserad uppföljning, men ny lagstiftning om aktbildning vid orosanmälningar förväntas göra detta möjligt framöver. Konsekvensen är att det inte har gått att redovisa för nämnden huruvida det höga antalet anmälningar speglar många unika barn eller ett mindre antal barn med upprepade anmälningar. Denna begränsning är juridisk och systemteknisk, inte ett resultat av bristande ambition hos förvaltningen.

Förvaltningen/mottagningsenheten beskriver i intervju att den har tagit del av Socialstyrelsens nationella studie och gjort egna jämförelser med andra kommuner i samband med NUSO-arbetet, bland annat genom kontakter med Karlstads universitet. Dessa analyser har dock inte presenterats för nämnden i den dokumentation som ingått i granskningen, och trendanalyser eller jämförelser med nationell statistik förekommer inte i den regelbundna rapportering som nämnden tar del av under den granskade perioden.

Som det nämndes i 2.0, under perioden 2024 - 2025 genomfördes två förändringar som påverkar den registrerade statistikens jämförbarhet; upphörande av registreringen av oro från personal inom den egna förvaltningen som orosanmälan samt borttagning av möjligheten att göra anmälan via e-tjänst anonymt. Förvaltningen/mottagningsenheten beskriver i intervju att den totala minskningen i antal registrerade anmälningar i praktiken till stor del motsvarar effekten av dessa två förändringar. Det innebär att statistiken kan ge intrycket av en minskning i inflödet, medan den reella förändringen kan vara betydligt mindre. Protokoll och övrigt granskat underlag visar inte att nämnden informerats om att förändringarna påverkar den registrerade statistikens jämförbarhet. Förvaltningen beskriver vidare att ett byte av verksamhetssystem ytterligare försvårat möjligheten att jämföra data över tid.

Rapporteringen av orosanmälningsstatistik till nämnden vilar inte på något formellt beslut, riktlinje eller dokumenterat årshjul. Nämndens reglemente anger i § 8 att nämnden ska kontinuerligt följa upp sin verksamhet. Internkontrollreglementet anger att nämnden årligen ska anta en internkontrollplan baserad på väsentlighet och risk.

I den internkontrollplan för 2025 som nämnden antog den 25 februari 2025 ingår kontrollmoment avseende ekonomi, avtal och personal. Inga kontrollmoment avser orosanmälningar, handläggningstider eller mottagningsenhetens ärendehantering. Redovisningen av genomförd internkontroll 2024 innehåller inte heller orosanmälningar som kontrollområde.

Socialförvaltningens ledningssystem Tryggve, som bygger på SOSFS 2011:9, anger att varje enhet ska bedriva systematisk egenkontroll. Mottagningsenhetens egenkontrollplan har inte ingått i det material som levererats till granskningen.

I kvalitetsrapport per enhet 2024 och i nulägeskarta för socialförvaltningen 2024 redovisas nyckeltal och samlad analys, men dessa dokument har inte identifierats som regelbundet presenterade för nämnden i den form de föreligger. Sammantaget innebär detta att den månadsrapportering som faktiskt sker - och som i sig är förhållandevis omfattande - bygger på förvaltningens etablerade praxis snarare än på en formell reglering som specificerar vilka parametrar som ska rapporteras, i vilken form och med vilken frekvens.

På uppdrag av kommunrevisionen genomförde revisionsfirman KPMG i december 2021 en granskning av socialnämndens hantering av orosanmälningar på uppdrag av kommunrevisionen. KPMG:s sammanfattande bedömning var att socialnämnden i huvudsak hanterade orosanmälningar på ett ändamålsenligt sätt. Granskningen resulterade i två rekommendationer: att utarbeta en rutin för förhandsbedömningar samt att verka för att förhandsbedömning och utredning genomförs inom lagstadgad tid. KPMG noterade redan vid denna tidpunkt en successiv volymökning, från 693 anmälningar år 2016 till 1 283 år 2020. Statistikens innehåll, differentiering eller rapporteringsformat till nämnden ingick inte som granskningspunkt i KPMG:s rapport.

Vid nämndens sammanträde den 12 september 2023 behandlades en uppföljning av KPMG:s rekommendationer. I samma ärende redovisades en tjänsteskrivelse som beskrev volymökningen, år 2019 inkom 1 021 anmälningar, år 2022 inkom 1 565 och förvaltningen angav att de fyra första månaderna 2023 pekade på ytterligare ökning. Nämnden gav vid samma sammanträde förvaltningschefen i uppdrag att genomlysna och analysera det kraftigt ökade antalet anmälningar, med skriftlig rapport under 2024. Ingen sådan rapport har identifierats i det granskade underlaget. I intervju framkommer att utredningen aldrig påbörjades. Protokollen visar inte att nämnden informerats om att uppdraget inte genomförts, och det finns inga noteringar om att uppdraget formellt har skjutits upp, pausats eller förändrats.

Förvaltningen/mottagningsenheten beskriver i intervju att detta sannolikt rör sig om en miss i processen. Bakgrunden till varför uppdraget inte genomfördes redovisas under avsnitt 2.2.

IVO fattade den 16 juni 2025 beslut där det konstaterades att socialnämnden inte alltid fattar beslut om att inleda eller inte inleda utredning inom 14 dagar samt inte alltid slutför utredningar inom fyra månader. I IVO:s uppföljande beslut den 21 januari 2026 anges att kommunen vid två tillfällen under 2025 redogjort för vidtagna åtgärder, och att IVO förutsätter att kommunen inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete genomför åtgärderna och utvärderar effekten. De handläggningstider som IVO pekat på ingår som parametrar i den månadsstatistik som regelbundet redovisas till nämnden, vilket innebär att nämnden löpande har tillgång till information om dessa förhållanden.

Bedömning och slutsatser

Vår samlade bedömning är att socialnämnden till viss del säkerställt en strukturerad uppföljning och rapportering av orosanmälningar.

Vi grundar vår bedömning på:

Enligt kommunallagen ansvarar nämnden för att styra och följa upp sin verksamhet. Nämndens reglemente anger i § 8 att verksamheten ska följas upp kontinuerligt. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) förutsätter systematisk uppföljning, och kommunens internkontrollreglemente anger att nämnden årligen ska anta en internkontrollplan baserad på väsentlighet och risk. I detta ligger att nämnden behöver ha tillgång till rapportering som är regelbunden, tillräckligt differentierad för att ge en rättvisande bild av verksamheten, jämförbar över tid och förankrad på ett sätt som inte gör den beroende av enskilda personers initiativ. Vår bedömning utgår från det underlag som en översiktlig granskning medger. Mot bakgrund av den volymökning och de brister i handläggningstider som beskrivs i avsnitt 2.0 har frågan om nämndens informationsunderlag särskild angelägenhet.

Som framgår av iakttagelserna har nämnden en fungerande rapporteringsstruktur. Månadsstatistiken redovisas regelbundet och omfattar volymutveckling, utfallsfördelning och handläggningstider — parametrar som direkt svarar mot den yttre tillsynens kritikpunkter. Vi noterar dock att rapporteringen inte vilar på något formellt beslut, riktlinje eller dokumenterat årshjul, och att internkontrollplanen för 2025 inte innehåller kontrollmoment avseende orosanmälningar, trots att området uppmärksammats av såväl kommunrevisionen som IVO. Vår uppfattning är att detta innebär en institutionell sårbarhet; den rapportering som faktiskt sker bygger på förvaltningens etablerade praxis snarare än på en formell reglering som säkerställer kontinuitet oberoende av personförändringar.

Vi bedömer vidare att rapporteringens differentiering och jämförbarhet har begränsningar som påverkar nämndens förutsättningar att tolka den statistik som redovisas. Som framgår av iakttagelserna genomfördes under 2024–2025 två metodförändringar vars sammanlagda effekt enligt förvaltningen i praktiken motsvarar den registrerade minskningen i antal anmälningar. Utifrån det underlag vi tagit del av

framgår inte att nämnden informerats om att förändringarna påverkar statistikens jämförbarhet. Det innebär att nämnden tagit del av statistik som kan ge intrycket av en minskning i inflödet, utan att ha fått den information som krävs för att tolka vad minskningen representerar. Rapporteringen saknar även uppgifter om anmälningskällor och om återkommande anmälningar per barn — den sistnämnda begränsningen har en systemteknisk och juridisk förklaring som mildrar iakttagelsens tyngd.

Vi noterar att protokollen inte visar att nämnden under 2024–2025 begärt fördjupad redovisning eller fattat uppföljningsbeslut med anledning av den redovisade statistiken. Förvaltningen/mottagningsenheten beskriver att dialog om verksamheten förs även i andra former, men denna framgår inte av granskade handlingar. Analysuppdraget från september 2023 har inte återrapporterats; bakgrunden redovisas under avsnitt 2.2, men konsekvensen för rapporteringsfrågan är att nämnden under drygt ett och ett halvt år saknat det underlag den själv bedömt sig behöva.

Vi har i vår samlade värdering lagt vikt vid att rapporteringen är regelbunden, förhållandevis bred och att den omfattar parametrar som direkt svarar mot den yttre tillsynens kritikpunkter, men att de samverkande begränsningarna i formell förankring, jämförbarhet och nämndens aktiva hantering av informationen sammantaget innebär att rapporteringen inte fullt ut motsvarar vad som kan förväntas mot bakgrund av verksamhetens karaktär och den volymökning som präglade perioden.

Mot denna bakgrund är vår slutsats att socialnämnden *till viss del* säkerställt en strukturerad uppföljning och rapportering av orosanmälningar.

2.2 Analys av ökningen av orosanmälningar

[Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt att ökningen av orosanmälningar har analyserats, inklusive orsaker, mönster och konsekvenser för verksamheten?](#)

Under avsnitt 2.1 konstateras att socialnämnden vid sammanträdet den 12 september 2023 gav förvaltningschefen i uppdrag att genomlysna och analysera det kraftigt ökade antalet anmälningar, och att uppdraget inte har återrapporterats. I detta avsnitt

redovisas uppdraget i detalj, bakgrunden till att det inte genomfördes samt vad som i övrigt framkommer om analysarbete avseende orosanmälningar.

Av dokumentet "Utredningsuppdrag" framgår att uppdraget specificerade att nämnden önskade ta del av en statistisk sammanställning av volymförändringar över tid, fördelat på grupper, ålder och typ av anmälan. Uppdraget angav vidare att relevanta jämförelser av volymer och ökningar med andra jämförbara kommuner skulle genomföras samt en analys av tänkbara orsaker baserat på perspektiv som samhällsförändringar, ändrade arbetssätt och rutiner hos samarbetspartners, förändrade lagar och direktiv samt teknisk utveckling. I uppdraget angavs att utredningen borde ske i dialog med samarbetspartners med anmälningsskyldighet, särskilt skola, förskola och polis, och att dialogerna också skulle vara framåtblickande i syfte att identifiera eventuella behov av förändrade arbetssätt eller utveckling av gemensamma tidiga insatser. I bakgrundsbeskrivningen angavs att ökningen för Vetlandas del verkade vara mer omfattande och mer långsiktig än i riket, i grannkommuner och liknande kommuner. Uppdraget förutsatte en skriftlig rapport under 2024. I den tjänsteskrivelse som behandlades av nämnden samma dag, den 12 september 2023, beskrevs volymökningen. år 2019 inkom 1 021 anmälningar, år 2022 inkom 1 565 och förvaltningen angav att de fyra första månaderna 2023 pekade på ytterligare ökning. I samma tjänsteskrivelse angavs att arbetsmetoder inte kunnat uppväga en situation där personalresursens storlek inte hunnit anpassa sig till nya höga nivåer.

I intervju beskriver förvaltningen bakgrunden till att uppdraget inte genomfördes. Uppdraget sammanföll i tid med införandet av NUSO (Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning), som genererade ett omfattande analysmaterial på både lokal och nationell nivå. Enligt förvaltningen fattades i dialog mellan den dåvarande förvaltningschefen ett beslut om att avvakta med en separat utredning för att undvika dubbelarbete, med tanken att NUSO-materialet skulle ge tillräckligt underlag. Förvaltningen beskriver vidare att det skedde en brist i överlämningen när ny förvaltningschef tillträdde; den nuvarande förvaltningschefen fick inte tydlig information om att det fanns ett formellt beslut från nämnden om att genomföra utredningen. Den tidigare förvaltningschefen har lämnat organisationen, vilket enligt förvaltningen försvårar möjligheten att i efterhand klargöra exakt hur resonemangen

fördes. Förvaltningen beskriver detta som en miss i processen och konstaterar att bristen gäller både genomförandet och återkopplingen till nämnden. I intervju framkommer vidare att frågan om ökningen av orosanmälningar lyfts i beredningen men inte har återkopplats till nämnden. Förvaltningen beskriver att man nu aktivt tagit upp frågan på nytt till beredningen, just eftersom man blivit medveten om att ärendet tappades bort i samband med överlämningen. Samtidigt konstaterar förvaltningen att NUSO, trots sitt omfattande material, inte fullt ut besvarar frågorna om orsakerna bakom ökningen, och att det kan finnas behov av ytterligare arbete. Förvaltningen framhåller att behovet av analys inte har upphört men att frågeställningen behöver justeras, i stället för att enbart fokusera på varför antalet ökade kraftigt behöver man nu förstå vad som ligger bakom variationerna över tid.

Förvaltningen beskriver i intervju att den har arbetat med att förstå drivkrafterna bakom volymökningen, om än inte inom ramen för det formella uppdraget. Förvaltningen hänvisar till Socialstyrelsens nationella studie om varför orosanmälningar ökar, och anger att Vetlanda kommuns ökning är större än riksgenomsnittet. Förvaltningen beskriver vidare kontakter med forskare från Karlstads universitet inom ramen för NUSO-arbetet. Bland de faktorer som förvaltningen identifierat som möjliga drivkrafter nämns möjligheten att göra anonyma orosanmälningar via kommunens e-tjänst, där forskningen enligt förvaltningen visar att kommuner som erbjuder denna möjlighet tenderar att snabbt få en kraftig ökning. Vidare lyfts den väl upparbetade samverkan med barn- och utbildningsförvaltningen, som beskrivs som något positivt men som samtidigt bidrar till ökade volymer eftersom fler yrkesverksamma blir uppmärksamma på oro kring barn. Förvaltningen nämner också att större eller mer dramatiska händelser, som knivdådet 2020--2021, kan leda till tillfälliga ökning. Förvaltningen bedömer att man har relativt god kännedom om vilka faktorer som bidrar till de höga nivåerna men framhåller att samspelet mellan faktorerna är komplext och att inget enskilt svar fullt ut förklarar utvecklingen. Förvaltningen konstaterar att samma frågor som granskningen ställer har förvaltningen själv ställt sig vid upprepade tillfällen och att man även fått liknande frågor från andra samverkansaktörer.

Sammantaget framträder i intervju bilden av en förvaltning som byggt upp en förhållandevis välutvecklad förståelse av drivkrafterna bakom volymökningen, grundad i egna analyser, nationellt material och forskarkontakter. Denna förståelse har dock inte dokumenterats i en samlad rapport eller analys som ingått i det granskade underlaget.

I socialförvaltningens nulägeskarta för 2024, som utgör underlag till förvaltningens verksamhetsplan och detaljbudget, redovisas nyckeltal för antal inkomna anmälningar samt en samlad analys av förvaltningens nuläge. I nulägeskartan anges bland annat att förvaltningen behöver systematiskt se över verksamheten, utvärdera vilka insatser som ger önskad effekt och ta modet att förändra strukturer som inte längre svarar mot dagens krav. Nulägeskartan innehåller dock inte någon specifik analys av orosanmälningarnas orsaker eller mönster.

I kvalitetsrapport per enhet 2024 redovisas nyckeltal och analys på enhetsnivå, men dokumentet har inte identifierats som regelbundet presenterat för nämnden i den form det föreligger.

Av det tillgängliga statistiska underlaget framträder mönster som berör frågeställningens tre dimensioner: orsaker, mönster och konsekvenser. I den statistiksammansättning som tagits fram inför granskningen redovisas förändringar i anmälningskällor för perioden 2023–2025.

Anmälningar från kategorin "Vetlanda kommun, ej skola/förskola" uppgick till 195 år 2023, 89 år 2024 och 39 år 2025. Anmälningar från socialjour uppgick till 133 år 2023, 96 år 2024 och 44 år 2025. Minskningen i dessa kategorier sammanfaller tidsmässigt med de två metodförändringar som beskrivs i avsnitt 2.1, nämligen att registreringen av intern oro upphörde under 2024 samt att den anonyma e-tjänsten togs bort under 2025. Därutöver har förvaltningen uppgett att registreringspraxis avseende anmälningar från socialjouren har ändrats under perioden. I början av 2025 uppmärksammades att anmälningar som inkommit via socialjouren i flera fall hade registrerats med socialjouren som anmälare, trots att den ursprungliga oron framförts av exempelvis polisen. Efter förtydligad tillämpning registreras numera den ursprungliga

uppgiftslämnaren som anmälare. Detta kan ha bidragit till den minskning som redovisas i kategorin socialjour.

Statistiken visar vidare en förändring i utfallsfördelning: enligt statistiksammanställningen ledde 654 av 2 101 anmälningar (31 procent) år 2023 till beslut om att utredning inte inleds, medan 751 av 1 679 anmälningar (45 procent) ledde till samma beslut år 2025. Av det granskade underlaget framgår inte att dessa förändringar i mönster har analyserats eller rapporterats till nämnden i sammanhållen form. Förvaltningen visar i intervju medvetenhet om de statistiska förändringarna och deras koppling till metodförändringarna, men denna medvetenhet har inte omsatts i ett analytiskt underlag som presenterats för nämnden. Genomgången av statistiken visar ytterligare ett mönster: antalet orosanmälningar minskar samtidigt som antalet berörda individer ökar, vilket beskrivs som ett nytt läge som väcker ytterligare frågor. Uppgift om återkommande anmälningar per barn har inte kunnat tas fram, en begränsning som redovisas under avsnitt 2.1.

Förvaltningen beskriver i intervju att organisationen är relativt liten och att den centrala strukturen främst består av förvaltningschef och två verksamhetsutvecklare. När det gäller bemanningssituationen uppger förvaltningen att det under flera år har funnits vakanser på tjänster som verksamhetsutvecklare, vilket har begränsat möjligheterna att arbeta mer långsiktigt och strategiskt, bland annat med analysfrågor. Förvaltningen uppger vidare att chefsstrukturen över lag har varit stabil. I samband med ett chefsbyte skedde dock brister i överlämningen av uppdraget avseende orosanmälningar, vilket kan ha påverkat arbetets kontinuitet under en period.

Förvaltningen beskriver även att ökningen av orosanmälningar och utredningar har haft konsekvenser för hur resurser prioriterats. En stor del av resurserna har behövt avsättas för myndighetsutövning för att hantera inflödet av ärenden, med följderna att utrymmet för analytiskt och förebyggande arbete har minskat.

Av de granskade nämndprotokollen för 2024 och 2025 framgår inte att nämnden vid något tillfälle behandlat analytiska underlag avseende orsakerna till volymökningen. Som konstaterats under avsnitt 2.1 har nämnden regelbundet tagit del av månadsstatistik med volymer, utfall och handläggningstider, men protokollen visar inte

att nämnden begärt eller fått ta del av underlag som analyserar orsakerna bakom den redovisade utvecklingen. I årsredovisningen för 2024 redovisas den femåriga ökningstendensen som verksamhetsmått utan kommentar eller analys. I delårsbokslutet 2025 berörs mål 3, som avser barns och ungdomars stödbehov, men orosanmälningarnas orsaker eller mönster kommenteras inte. Nämndens mål för 2026 innehåller inte målformuleringar eller indikatorer som förutsätter analytisk kunskap om orosanmälningarnas orsaker eller drivkrafter.

Bedömning och slutsatser

Vår samlade bedömning är att socialnämnden till viss del säkerställt att ökningen av orosanmälningar har analyserats, inklusive orsaker, mönster och konsekvenser för verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på:

Enligt kommunallagen ansvarar nämnden för att styra och följa upp sin verksamhet. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) förutsätter systematisk uppföljning som inkluderar analys, inte enbart datainsamling. I detta ligger att nämnden behöver tillgång till underlag som förklarar verksamhetens utveckling — inte bara visar att den sker. Vår bedömning utgår från det underlag som en översiktlig granskning medger. Mot bakgrund av den volymutveckling och de avvikelser från riksgenomsnittet som beskrivs i avsnitt 2.0 har en kommun i Vetlandas situation ett särskilt behov av att förstå vad som driver utvecklingen; utan sådan förståelse saknar nämnden kunskapsunderlag för att avgöra om volymerna speglar reella behov, förändrade arbetssätt eller andra faktorer.

Vi konstaterar att socialnämnden i september 2023 identifierade behovet av en samlad analys och gav förvaltningen ett specificerat uppdrag med bred ansats. Uppdraget visar att nämnden var medveten om att volymökningen behövde förstås och att den egna informationen inte var tillräcklig. Uppdraget genomfördes dock aldrig och nämnden har inte följt upp att verkställighet skett.

Förklarande faktorer som uppgetts i intervju är brister i överlämningen i samband med ett chefsbyte, vakanser på verksamhetsutvecklartjänster samt att frågan upplevdes som mindre aktuell när volymen senare minskade. Det är förvaltningens ansvar att

verkställa och nämndens ansvar att följa upp; att uppdraget inte genomförts utan att nämnden reagerat innebär att nämnden under drygt ett och ett halvt år saknat det analysunderlag den själv bedömt sig behöva.

Vi noterar att förvaltningen i intervju visar en förhållandevis välutvecklad förståelse av möjliga drivkrafter bakom volymökningen, grundad i nationellt material, forskarkontakter och egna analyser. Förvaltningen har samtidigt haft begränsade organisatoriska förutsättningar att formalisera detta arbete. Det bör noteras att förvaltningens förståelse uttrycks i intervju genomförd i samband med granskningen, och att det inte framgår i vilken utsträckning denna förståelse fanns och kommunicerades under 2023–2024 då volymen var som högst.

Som framgår av iakttagelserna finns det därtill konkreta mönster i det tillgängliga underlaget — förskjutningar i anmälningskällor, förändrad utfallsfördelning och en ökande andel unika barn — som inte har presenterats för nämnden i analytisk form. Förvaltningen visar medvetenhet om dessa mönster men har inte omsatt den i underlag till nämnden. Förvaltningen beskriver att dialog om verksamheten förs i andra former, men denna framgår inte av granskade handlingar.

Vi har i vår samlade värdering lagt vikt vid att nämnden identifierade behovet av analys och att det finns analytisk kapacitet på förvaltningsnivå, men att det formella analysuppdraget aldrig genomfördes, att nämnden inte följde upp, och att konkreta mönster i statistiken har passerat nämnden utan analytisk förklaring. Sammantaget innebär detta att nämnden under den granskade perioden haft begränsat kunskapsunderlag om orsaker, mönster och konsekvenser.

Mot denna bakgrund är vår slutsats att socialnämnden *till viss del* säkerställt att ökningen av orosanmälningar har analyserats, inklusive orsaker, mönster och konsekvenser för verksamheten.

2.3 Åtgärder, prioriteringar och resurser

[Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt att utvecklingen av orosanmälningar lett till ändamålsenliga åtgärder, prioriteringar eller resursöverväganden?](#)

Under avsnitt 2.0 beskrivs hur antalet orosanmälningar i Vetlanda kommun ökade kraftigt mellan år 2016 och år 2023, en nivå som väsentligt översteg riksgenomsnittet. IVO konstaterade i juni 2025 brister i kommunens hantering av orosanmälningar. Mot den bakgrunden redovisas i detta avsnitt vilka åtgärder, prioriteringar och resursöverväganden som vidtagits under den granskade perioden samt i vilken utsträckning nämnden haft insyn i och ställt krav på dessa.

I den tjänsteskrivelse som socialnämnden behandlade den 12 september 2023 och vars övriga delar redovisas under avsnitt 2.1 och 2.2, beskrevs ett antal åtgärder som förvaltningen vidtagit med anledning av volymökningen. Förvaltningen hade utarbetat en rutin för förhandsbedömningar, färdigställd våren 2022 och uppdaterad i september 2023, som svar på KPMG:s rekommendation från 2021. Konsulthjälp hade anlåtats under 2023 för att hantera ärendemängden. Budgetramen hade utökats för 2024. Förvaltningen konstaterade dock att arbetsmetoder inte kunnat uppväga en situation där personalresursens storlek inte hunnit anpassa sig till de nya höga nivåerna. Nämnden tog del av informationen och fattade samma dag beslut om ett analysuppdrag, men de redovisade åtgärderna föranledde inga ytterligare beslut eller uppdrag från nämnden.

Beträffande budgetförstärkningen framgår av protokollet den 26 mars 2024 att socialnämndens budgetram utökades inför 2024. I ärendebeskrivningen anges att utökningen avsåg kompensation för kraftiga kostnadsökningar, framför allt för extern vård. Orosanmälningar eller mottagningsenhetens bemanning nämns inte i budgetbeslutet. I tjänsteskrivelsen från september 2023 beskrivs dock samma utökning som en möjlighet att förstärka handläggaresressen.

I detaljbudget för 2025, som nämnden godkände i november 2024, anges att förvaltningen under 2024 haft konsultkostnader i samband med vakanser och att dessa förväntas minska då organisationen bedöms ha större möjligheter att klara de höga handläggningskraven. Resursförstärkningar har alltså skett, men i budgethandlingarna framgår inte att de beslutats som en explicit respons på orosanmälningarnas utveckling.

Förvaltningen har vidare inrättat en gruppleddartjänst vid mottagningsenheten. Enligt dokumentet "Organisering" hade förvaltningen under en tid sett behov av närmare tillgänglig arbetsledning och uppföljning för hanteringen av orosanmälningar barn och unga. Behovet identifierades genom en genomlysning av organisationen, som även låg till grund för införandet av gruppleddare i flera av förvaltningens enheter. Tjänsten vid mottagningsenheten tillsattes under 2024 och gruppleddaren påbörjade sin tjänst i januari 2025. I tjänsten ingår att följa upp förhandsbedömningar som överskrider 14 dagar. Beslutet att inrätta tjänsten har inte identifierats som ett formellt nämndbeslut i de granskade protokollen. Protokollen visar inte heller att nämnden informerats om tjänstens inrättande som en specifik åtgärd kopplad till orosanmälningsutvecklingen, även om årsredovisningen för 2024 i generella ordalag beskriver att gruppleddarfunktionen skapar en annan fördelning av arbetsuppgifterna för enhetscheferna. Mottagningsenheten hade för 2026 totalt 6,25 budgeterade tjänster.

Sedan hösten 2025 har förvaltningen infört en uppföljningsstruktur för förhandsbedömningar som överskridit den lagstadgade fristen om 14 dagar. Enligt dokumentet "Rutiner" skickar gruppleddaren en enkät till ansvarig handläggare vid varje överskridande, med frågor om orsaker, tidsåtgång och eventuell påverkan på barnet. Syftet anges vara att identifiera vilka faktorer som påverkar att förhandsbedömningar går över tiden, för att senare kunna vidta åtgärder. Uppföljningsstrukturen infördes efter IVO:s beslut i juni 2025.

Utöver de åtgärder som redovisats ovan framgår av dokumentet "Rutiner" och av KPMG:s uppföljning att förvaltningen bedriver ett löpande kvalitetsarbete på enhetsnivå. I uppföljningen av KPMG:s granskning anges att man vid enhetsdagar och så kallade hållplatser för lärande hållit kvalitetsfrågorna levande och bland annat tagit initiativ till att revidera rutinen för förhandsbedömningar. Rutinen för förhandsbedömningar, som senast reviderades i januari 2026, är beslutad av biträdande socialchef. Detta arbete sker inom ramen för förvaltningens kvalitetsledningssystem men har i de granskade handlingarna inte rapporterats till nämnden som en del av åtgärdsarbetet kopplat till orosanmälningarna.

Nämnden har behandlat IVO-ärendet vid två sammanträden. Den 12 augusti 2025 (§ 308) beslutade nämnden att ställa sig bakom återrapporteringen och översända den till IVO. Den 25 november 2025 (§ 441) beslutade nämnden att ställa sig bakom en komplettering efter IVO:s begäran. IVO avslutade ärendet den 21 januari 2026 med bedömningen att kommunen redogjort för åtgärder som ger förutsättningar att komma till rätta med de påtalade bristerna. De handlingar som kommunen överlämnade till IVO, återredovisningen daterad den 14 augusti 2025 och kompletteringen daterad den 2 december 2025 har dock inte ingått i det underlag som levererats till granskningen. Granskningen kan därmed konstatera att en extern tillsynsmyndighet identifierat brister, att förvaltningen utarbetat åtgärdsredovisning, att nämnden tagit ställning vid två tillfällen och att tillsynsmyndigheten godtagit svaret, men inte ta ställning till de enskilda åtgärdernas innehåll eller konkretisationsgrad.

Under perioden 2023–2025 registrerades sammanlagt 13 avvikelser inom mottagningsenheten, varav 5 avsåg anmälningar som missats via e-tjänsten. Dessa missade anmälningar berörde enligt dokumentet "Avvikelser" totalt 9 barn under 2024. E-tjänstproblematiken identifierades genom avvikelssystemet och sammanföll tidsmässigt med beslutet att ta bort den anonyma anmälmöjligheten (se avsnitt 2.1), varefter inga ytterligare avvikelser av denna typ registrerats. Övriga avvikelser har hanterats genom åtgärder som uppdaterad checklista, gruppsamtal och förändrad rutin för posthantering. I de granskade handlingarna framgår inte att avvikelserna som helhet rapporterats till nämnden eller legat till grund för nämndbeslut om åtgärder.

Utifrån det underlag som ingått i granskningen framgår inte att nämnden begärt eller tagit del av en samlad redovisning av om vidtagna åtgärder haft avsedd effekt på hanteringen av orosanmälningar. Uppföljningsenkäten för förhandsbedömningar som infördes hösten 2025 planerar en analys av orsakerna under 2026, men denna har inte genomförts vid tidpunkten för granskningen. IVO:s avslutsbeslut förutsätter att kommunen inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete genomför de åtgärder som redovisats och utvärderar effekten, samt vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

Den månadsstatistik som nämnden löpande tar del av (se avsnitt 2.1) innehåller uppgifter som kan tjäna som indikatorer på åtgärdernas verkan. Antal

förhandsbedömningar som inte avslutats inom 14 dagar varierade under 2025 mellan 0 i augusti och 25 i oktober, utan tydligt nedåtgående mönster. Antal utredningar med utredningstid över fyra månader har minskat från 147 under 2023 till 42 under januari–oktober 2025. Dessa uppgifter presenteras dock inte i förhållande till specifika vidtagna åtgärder, vilket innebär att nämnden har tillgång till indikatorer men i de handlingar granskningen tagit del av saknar ett sammanhållet underlag som relaterar åtgärder till utfall.

Under avsnitt 2.2 konstateras att det analysuppdrag nämnden gav i september 2023 aldrig genomfördes. I åtgärds perspektivet innebär detta att kopplingen mellan nämndens analysuppdrag och de åtgärder som vidtagits under perioden inte kan spåras i det granskade underlaget.

Vid socialnämndens sammanträde den 27 maj 2025 informerade förvaltningen om arbetet med omställning till ny socialtjänstlag. Enligt protokollet omfattar en första plan bland annat konceptet "En väg in" med syfte att skapa ett samlat mottagande, en översyn av e-tjänster och interna processer samt frågan om insatser utan behovsprövning. Informationen lades till handlingarna. I de granskade protokollen framgår inte att nämnden fattat beslut om specifika omställningsåtgärder eller kopplat omställningsarbetet till utvecklingen av orosanmälningar.

Förvaltningen/mottagningsenheten beskriver i intervju att ökningen av orosanmälningar har medfört att en stor del av kapaciteten behövt läggas på myndighetsutövning för att hantera inflödet av ärenden.

Förvaltningen/mottagningsenheten framhåller att detta begränsat utrymme för förebyggande arbete och att det inte är det läge man vill befinna sig i, men att det uppstått till följd av det ökade trycket snarare än som ett medvetet strategiskt val. Omställningsarbetet beskrivs som i ett tidigt skede. I de granskade protokollen framgår inte att nämnden behandlat avvägningen mellan myndighetsutövning och förebyggande arbete som en prioriteringsfråga.

Bedömning och slutsatser

Vår samlade bedömning är att socialnämnden till viss del säkerställt att utvecklingen av orosanmälningar lett till ändamålsenliga åtgärder, prioriteringar eller resursöverväganden.

Vi grundar vår bedömning på:

Enligt KL 6:1 ansvarar nämnden för att styra och följa upp sin verksamhet, vilket innebär att säkerställa att identifierade behov leder till åtgärder och att dessa åtgärder följs upp. SOSFS 2011:9 ställer krav på att den som bedriver verksamhet ska identifiera, åtgärda och utvärdera brister som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Mot bakgrund av den volymutveckling som beskrivs i avsnitt 2.0 och de brister IVO konstaterat ställs högre krav på att nämnden aktivt säkerställer att åtgärder vidtas, att de har koppling till de problem som identifierats och att deras effekt följs upp.

Vi konstaterar att det under den granskade perioden inte har saknats åtgärdsarbete i organisationen. Som framgår av iakttagelserna har förvaltningen genomfört ett antal relevanta operativa åtgärder och bedriver ett löpande kvalitetsarbete. I IVO-ärendet har nämnden tagit ställning vid två sammanträden och tillsynsmyndigheten har godtagit svaret. Vi konstaterar att IVO-ärendet är den tydligaste kopplingen under granskningsperioden mellan identifierade brister och nämndens formella ställningstagande. Utöver IVO-kedjan är nämndens koppling till åtgärdsarbetet svår att spåra i de granskade handlingarna. Det enda formella uppdrag nämnden initierade är analysuppdraget i september 2023 som dock inte ledde till verkställighet. De åtgärder förvaltningen vidtagit framgår inte av nämndprotokollen som specifikt kopplade till orosanmälningens utvecklingen. Resursförstärkningar har skett, men framgår inte av budgethandlingarna som en explicit respons på volymökningen. Utifrån det underlag vi tagit del av har nämnden inte begärt eller tagit del av en samlad uppföljning av om vidtagna åtgärder haft avsedd effekt. Månadsstatistiken ger tillgång till indikatorer, men i de granskade handlingarna saknas underlag som relaterar åtgärder till utfall. Vi noterar att flera av de mest konkreta åtgärderna är nyligen införda och att det kan vara för tidigt att förvänta sig effektdata, men IVO:s avslutsbeslut förutsätter att kommunen utvärderar effekten.

Vår uppfattning är att den operativa kapacitet som finns i förvaltningen inte motsvaras av en aktiv styrande roll från nämndens sida. Vi har lagt vikt vid att förvaltningens åtgärder har substans och att IVO-kedjan fungerat, men vi bedömer att detta inte fullt ut uppväger att nämnden i sin löpande styrning inte säkerställt kopplingen mellan kunskap om utvecklingen och de åtgärder som vidtagits.

Mot denna bakgrund är vår slutsats att socialnämnden till viss del säkerställt att utvecklingen av orosanmälningar lett till ändamålsenliga åtgärder, prioriteringar eller resursöverväganden.

2.4 Rutiner för rättssäkerhet och skyndsamhet

[Har nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt ändamålsenliga rutiner för mottagande, bedömning och dokumentation av orosanmälningar, så att rättssäkerhet och skyndsamhet kan upprätthållas vid hög anmälningsvolym?](#)

I avsnitt 2.0 framgår att antalet orosanmälningar i Vetlanda kommun ökat kraftigt under perioden 2019–2023 och att volymen väsentligt överstiger riksgenomsnittet. Frågeställningen prövar om det operativa regelverket för hantering av orosanmälningar är utformat så att rättssäkerhet och skyndsamhet kan upprätthållas under dessa förhållanden.

Av granskningen framgår att det finns två centrala rutindokument för hanteringen av orosanmälningar. Rutinen "Handläggning av anmälan barn och unga, rutin SO" beskriver processkedjan från inkommen anmälan till beslut och innehåller ansvarsfördelning mellan mottagningsenhetens olika funktioner. Dokumentet är enligt uppgift giltigt sedan 2019-04-05 och senast reviderat 2026-01-14. Rutinen "Förhandsbedömningar rutin SO" beskriver dagjournens arbete med inkommande anmälningar, skyddsbedömning och förhandsbedömningsprocessen. Dokumentet upprättades ursprungligen 2023-08-01 och reviderades senast 2026-01-16. Båda rutinerna reviderades således veckor innan granskningen inleddes. En jämförelse med den äldre versionen av förhandsbedömningsrutinen visar att revideringen bland annat innefattat förtydliganden om administratörens roll, uppdaterade kontaktvägar och anpassning till förändrade inkommande kanaler.

I kommunrevisionens granskning 2021 noterades att det saknades en rutin som beskriver arbetsmomenten kopplade till en förhandsbedömning. I den uppföljningsskrivelse som nämnden behandlade framgår att förvaltningen utarbetat en sådan rutin, färdigställd våren 2022 och uppdaterad september 2023. Den brist som identifierades 2021 har således åtgärdats.

Rutinerna täcker tillsammans de centrala momenten i processkedjan. Mottagande sker via flera kanaler; brev, e-tjänst, telefon, fax och meddelande i verksamhetssystemet. Rutinen anger att administratör ska kontrollera postfack och e-tjänst vid fasta tidpunkter under dagen, och att dagjournsansvarig genomför skyddsbedömning inom 24 timmar. Förhandsbedömningsrutinen beskriver en analysmodell och anger att handläggare ska kalla föräldrar och barn skyndsamt och boka möte inom 14 dagar. Rutinerna innehåller dokumentationskrav, signeringsordning och en checklista för avslut.

Beträffande hantering av upprepade anmälningar anges i handlägningsrutinen att varje ny anmälan ska föranleda en ny skyddsbedömning oavsett om det finns ett pågående ärende på barnet. Ansvarsfördelningen mellan mottagningsenheten och utredningsenheten vid pågående ärende framgår av rutinen. Däremot anges inte i rutinerna hur barn med upprepade anmälningar ska följas upp på aggregerad nivå, det vill säga hur verksamheten systematiskt kan identifiera barn som återkommer med nya anmälningar över tid. I intervju beskriver förvaltningen/mottagningsenheten att tidigare lagstiftning inte medgav journalföring av orosanmälningar på ett sätt som möjliggjorde sådan uppföljning, och att anmälningar som inte ledde till utredning inte registrerades i socialregistret, om barnet inte hade pågående akt sedan tidigare. En akt skapas numera vid varje inkommande orosanmälan, vilket framöver gör det möjligt att följa återkommande individer. I den statistiksammanställning som levererats på begäran inför granskningen anges dock att uppgift om återkommande anmälningar per barn inte kan tas fram.

Rutinerna är formellt beslutade av enhetschefer och biträdande socialchef, inte av nämnden. Nämnden sätter det formella ramverket genom delegationsordningen, som

reviderats vid två tillfällen under granskningsperioden -- i juni 2025 med anledning av den nya socialtjänstlagen och i augusti 2025 genom ytterligare justeringar.

Enligt 11 kap. 1 a § SoL ska socialnämnden fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning inom 14 dagar efter att en anmälan inkommit. Enligt 11 kap. 2 § SoL ska en utredning vara slutförd inom fyra månader. I IVO:s bristbeslut daterat 2025-06-16 konstateras att kommunen inte alltid fattar beslut om att inleda eller inte inleda utredning inom 14 dagar och inte alltid slutför utredningar inom fyra månader. IVO bedömer att detta utgör en brist. Åtgärdskedjan som följde, nämndens behandling vid två sammanträden, återredovisning och IVO:s avslut har redovisats under avsnitt 2.3.

Av den månadsstatistik som redovisas till nämnden (se avsnitt 2.1) framgår att antal förhandsbedömningar som inte avslutats inom 14 dagar varierat under 2025. Antalet uppgick till 21 i januari, 19 i februari, 6 i mars, 11 i april, 8 i maj, 14 i juni, 14 i juli, 0 i augusti, 10 i september och 25 i oktober. Mönstret visar en betydande variation mellan månaderna utan en entydig trend.

Beträffande utredningar som inte slutförts inom fyra månader framgår av samma statistik att antalet uppgick till 147 under 2023, 52 under 2024 och 42 under perioden januari–oktober 2025. Trenden visar en markant förbättring i förhållande till 2023, även om överskridanden fortfarande förekommer. I den uppföljningsskrivelse som nämnden behandlade avseende kommunrevisionens tidigare rekommendationer redovisas att andelen utredningar som överskred den lagstadgade gränsen var cirka 14 procent under 2021, drygt 22 procent under 2022 och 33 procent vid tidpunkten för skrivelsen. Skrivelsen beskriver utmaningen som en "fortsatt utveckling i fel riktning".

I intervju beskriver förvaltningen/mottagningsenheten att förhandsbedömningarna idag innefattar ett mer omfattande arbete än tidigare. Det anges att bedömningarna inte bara avser en första värdering av oron utan även ett aktivt arbete med att undersöka om behovet kan tillgodoses av andra aktörer. Detta arbete beskrivs som gediget och tidskrävande, men förvaltningen/mottagningsenheten understryker att det inte utgör en giltig anledning att överskrida lagstadgade tidsgränser.

Beträffande skyddsbedömningar inom 24 timmar föreskriver rutinerna att detta ska ske. KPMG:s stickprov 2021 visade att samtliga skyddsbedömningar i urvalet

genomfördes omedelbart. I avvikelседokumentet för 2024 finns en registrerad avvikelse avseende en ej genomförd skyddsbedömning och en avseende en ej dokumenterad skyddsbedömning. Inom ramen för denna granskning finns inte underlag för att bedöma den generella efterlevnaden.

Under avsnitt 2.3 har redovisats att det finns ett fungerande avvikelssystem som under perioden 2023–2025 registrerat 13 avvikelser kopplade till hanteringen av orosanmälningar, samt att avvikelserna lett till konkreta åtgärder. Utan att upprepa dessa detaljer kan konstateras att mönstret visar att den mest frekventa avvikelsetypen, missade anmälningar via e-tjänst, var koncentrerad till 2023–2024 och att inga sådana avvikelser registrerats under 2025 efter att den anonyma e-tjänsten tagits bort. Avvikelsemönstret ger en bild av att identifierade risker i mottagandeprocessen har lett till korrigeringar i rutiner och arbetssätt.

I det dokument som förvaltningen tagit fram inför granskningen anges att flera risker är kopplade till högt inflöde, exempelvis sena förhandsbedömningar och dokumentationsbrister. Förvaltningen bedömer att dessa risker är kända men inte helt eliminerade. I samma dokument anges att digitala begränsningar i verksamhetssystemet Combine påverkar effektiviteten vid belastningstoppar. Redan i kommunrevisionens granskning 2021 noterades utmaningar med Combine, bland annat avseende statistikuttag och hantering av syskonärenden. Av det granskade materialet framgår inte att avvikelsemönstret som sådant, det vill säga den samlade bilden av vilka typer av avvikelser som förekommer, hur de fördelar sig och vad de visar om processens sårbarhet har rapporterats till nämnden.

Av nämndprotokollen framgår att delegationsordningen behandlats och reviderats vid två tillfällen under granskningsperioden. I tjänsteskrivelsen daterad 2023-09-12, som behandlades av nämnden samma dag, anges att förvaltningen utarbetat en rutin för förhandsbedömningar. I det granskade materialet har inte identifierats att rutinernas innehåll eller funktion därefter behandlats av nämnden som separat ärende.

Som framgår av avsnitt 2.1 tar nämnden regelbundet del av månadsstatistik som bland annat innehåller uppgifter om antal förhandsbedömningar utanför 14-dagarsgränsen. Statistiken ger nämnden tillgång till uppgifter som indikerar hur väl

skyndsamhetskravet upprätthålls, men i de granskade handlingarna framgår inte att dessa uppgifter i den löpande rapporteringen kopplas till frågor om rutinernas funktion eller systemets kapacitet.

Av internkontrollplanen för 2025 framgår att de kontrollmoment som anges för socialförvaltningen i huvudsak avser ekonomiska kontroller och administrativa rutiner. I de granskade handlingarna har inte identifierats att processkedjan för orosanmälningar; mottagande, skyddsbedömning, förhandsbedömning ingår som särskilt kontrollområde i nämndens internkontrollplan.

Bedömning och slutsatser

Vår samlade bedömning är att nämnden till stor del har säkerställt ändamålsenliga rutiner för mottagande, bedömning och dokumentation av orosanmälningar så att rättssäkerhet och skyndsamhet kan upprätthållas vid hög anmälningensvolym.

Vi grundar vår bedömning på:

Det är mot bakgrund av den volymutveckling som beskrivs i avsnitt 2.0 som frågan om rutinernas ändamålsenlighet prövas. Enligt SoL 11 kap. 1a § ska en skyddsbedömning ske omedelbart och beslut om att inleda eller inte inleda utredning fattas inom 14 dagar. Enligt 11 kap. 2 § ska en utredning vara slutförd inom fyra månader. SOSFS 2011:9 kap. 4–5 ställer krav på dokumenterade processer, rutiner och avvikelshantering. Nämnden ansvarar enligt internkontrollreglementet för att det finns en fungerande intern kontroll inom verksamhetsområdet.

Nämnden har genom delegationsordningen satt det formella ramverket för handläggningen. Den brist som kommunrevisionen identifierade 2021, avsaknad av en rutin för förhandsbedömningar, har åtgärdats. Vi konstaterar att det finns ett dokumenterat och aktuellt regelverk bestående av två centrala rutindokument som tillsammans är utformade för att täcka processkedjans moment. Som framgår av iakttagelserna innehåller det operativa systemet därtill flera funktioner som stärker ändamålsenligheten; ett utvecklat förhandsbedömningsarbete, stödstrukturer vid hög belastning och ett fungerande avvikelssystem som lett till konkreta korrigeringar. Dessa operativa styrkor har i huvudsak utvecklats av förvaltningen inom ramen för dess löpande verksamhet. Nämndens roll har bestått i att sätta ramverket genom

delegationsordningen och att ta del av den uppföljning som presenterats, snarare än i att löpande styra det operativa systemets utformning.

Vi konstaterar dock att systemet inte konsekvent förmår upprätthålla lagstadgade tidsfrister. Som framgår av iakttagelserna varierar överskridanden av 14-dagarsfristen kraftigt mellan månaderna utan en entydig förbättringstrend, medan utredningar över fyra månader minskat markant. Rutinerna reglerar hanteringen av upprepade anmälningar tydligt på individnivå, men på aggregerad nivå är det ännu inte möjligt att systematiskt följa barn som återkommer, en begränsning som har juridiska och tekniska orsaker men som innebär att frågan inte är fullt tillgodosedd på systemnivå.

Vår uppfattning är att nämndens insyn i det operativa rutinsystemets funktion är begränsad. Processkedjan för orosanmälningar har inte identifierats som kontrollområde i internkontrollplanen, och avvikelsemönstret i mottagandeprocessen rapporteras inte till nämnden. Nämnden har tillgång till enskilda indikatorer via månadsstatistiken, men saknar ett sammanhållet underlag för att bedöma om det operativa systemet håller vid den höga belastning som råder. I den mening frågeställningen avser, om nämnden *säkerställt* att rutinerna är ändamålsenliga — vilar nämndens ansvarstagande i huvudsak på delegationsordningen och den punktvisa uppföljning som skett, snarare än på en löpande och systematisk insyn i rutinernas funktion. Utifrån det underlag vi tagit del av visar den samlade bilden att det operativa regelverket har betydande styrkor, rutinerna är dokumenterade, utformade för att täcka processkedjan, har utvecklats under perioden och understöds av ett fungerande avvikelssystem. Det som begränsar bedömningen är att lagstadgade tidsfrister inte konsekvent upprätthålls, att aggregerad uppföljning av återkommande barn ännu inte är möjlig, och att nämndens insyn i rutinernas funktion är begränsad.

Mot denna bakgrund är vår slutsats att nämnden *till stor del* har säkerställt ändamålsenliga rutiner för mottagande, bedömning och dokumentation av orosanmälningar så att rättssäkerhet och skyndsamhet kan upprätthållas vid hög anmälningensvolym.

BILAGOR

BILAGA A: Bedömningskriterier

BEDÖMNING	KRITERIER
<p>Är ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ ... ändamålsenlig ➔ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt ➔ ... tillfredställande intern kontroll. 	<p>Mer <u>än 90 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda.</p>
<p>I huvudsak</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ ... ändamålsenlig ➔ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt ➔ ... tillfredställande intern kontroll 	<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"> ➔ ... ändamålsenlig ➔ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt ➔ ... tillfredställande intern kontroll 	<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"> ➔ ... ändamålsenlig ➔ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt ➔ ... tillfredställande intern kontroll 	<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"> ➔ ... ändamålsenlig ➔ ... tillfredställande ur ekonomisk synpunkt ➔ ... tillfredställande intern kontroll 	<p>Mindre <u>än 20 %</u> i granskningen använda revisionskriterier uppfyllda eller vid några få <u>mycket allvarliga avvikelser/brister</u>.</p>

BILAGA B: Nationell kontext – detaljerade beräkningar och kommunjämförelser

Denna bilaga redovisar de beräkningar och jämförelser som ligger till grund för den sammanfattande beskrivningen av Vetlandas position i förhållande till riksgenomsnittet i avsnitt 2.0.

Socialstyrelsens kartläggningar 2018 och 2021

Enligt Socialstyrelsens rapport Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa 2021 tog landets socialtjänster emot cirka 422 000 anmälningar under 2021, en ökning med 27 procent jämfört med 2018 då motsvarande antal var 331 000. Anmälningarna berörde cirka 216 000 unika barn 2021, vilket motsvarar 9,8 procent av alla barn 0–17 år i landet – en ökning från 8,3 procent 2018. Antalet anmälningar per 1 000 barn ökade från 154 till 192 under perioden, och i genomsnitt inkom 2,0 anmälningar per barn 2021, jämfört med 1,8 tre år tidigare.

Ökningen sågs i samtliga kommungrupper. För kommuner i befolkningsgruppen 15 000–30 000 invånare – den grupp Vetlanda tillhör – ökade antalet anmälningar per 1 000 barn från 163 till 211, något över riksgenomsnittet. Socialstyrelsen pekar på flera samverkande förklaringar till den nationella ökningen: ökad medvetenhet om barns rättigheter, utveckling av digitala anmälningsmöjligheter, fler anmälningar från polisen samt förbättrad samverkan mellan myndigheter. Socioekonomiska faktorer spelar också roll – kommuner med låga inkomster och låg arbetsmarknadsanknytning har genomgående fler anmälningar per 1 000 barn.

Beträffande anmälningskällor visar kartläggningarna att polis, skola och hälso- och sjukvård tillsammans stod för cirka 60 procent av anmälningarna, både 2018 och 2021. Polisens andel ökade från 21 till 24 procent mellan mätningarna.

Vetlanda i förhållande till riksgenomsnittet – beräkningar

Vetlanda kommun har drygt 27 000 invånare och en uppskattad barnpopulation 0–17 år om cirka 5 000–5 500 barn. Baserat på denna uppskattning och KPMG:s uppgifter om antalet anmälningar kan en ungefärlig jämförelse göras med Socialstyrelsens kartläggningar. Det bör dock understrykas att Vetlandas siffror i KPMG-underlaget avser åldersgruppen 0–20 år, medan Socialstyrelsens mätning avser 0–17 år.

Jämförelsen är därmed inte direkt utan ger en indikation – Vetlandas siffror överskattas något i förhållande till riksgenomsnittet, eftersom de inkluderar anmälningar avseende 18–20-åringar.

2018: Under 2018 inkom enligt KPMG 1 050 anmälningar i Vetlanda. Relaterat till den uppskattade barnpopulationen 0–17 år motsvarar detta 190–210 anmälningar per 1 000 barn, men siffran överskattas något då KPMG:s uppgifter inkluderar även 18–20-åringar. Riksgenomsnittet enligt Socialstyrelsen var 154 och genomsnittet för kommungruppen 15 000–30 000 invånare var 163. Även med reservation för åldersavgränsningen låg Vetlanda över sin kommungrupp. Skillnaden är påtaglig men inte extrem – Socialstyrelsens material visar att det förekommer betydande variationer mellan kommuner med liknande befolkningsunderlag.

2021: Avseende 2021 uppgick antalet anmälningar i Vetlanda till minst 1 225 (KPMG:s uppgift avser januari–oktober). Med en uppskattning av helåret och samma reservation för åldersavgränsningen hamnar Vetlanda indikativt i intervallet 220–270 anmälningar per 1 000 barn, att jämföra med riksgenomsnittet 192 och kommungruppen 211. Avståndet till kommungruppen är i samma storleksordning som 2018.

2023: Det är under perioden 2022–2023 som Vetlandas kurva drar ifrån. Med 2 045 anmälningar 2023 – även denna siffra avseende åldersgruppen 0–20 år – hamnar Vetlanda uppskattningsvis i intervallet 350–400 anmälningar per 1 000 barn, det vill säga uppskattningsvis ungefär dubbelt riksgenomsnittet från 2021. Det ska noteras att riksgenomsnittet sannolikt har ökat sedan 2021, men även med en generös uppräknings och hänsyn till åldersavgränsningens inverkan kvarstår en mycket betydande skillnad.

Andel unika barn: Kompletterande perspektiv ger jämförelsen av andelen unika barn som berörs av anmälningar. I Vetlanda berördes under 2023 uppskattningsvis 10–11 procent av barnen av minst en anmälan (med reservationen att Vetlandas siffra avser 0–20 år), att jämföra med riksgenomsnittet 9,8 procent 2021 (avseende 0–17 år). Skillnaden i andel berörda barn är alltså väsentligt mindre än skillnaden i antal anmälningar per 1 000 barn. Det innebär att Vetlandas höga totalsiffror i betydande

utsträckning förklaras av ett högre antal anmälningar per barn – 3,9 i Vetlanda 2023, jämfört med 2,0 nationellt 2021 – snarare än av att en väsentligt större andel av barnpopulationen berörs.

Anmälningsskällor: Beträffande anmälningsskällornas fördelning i Vetlanda liknar denna den nationella bilden, med förskola/skola, polis och hälso- och sjukvård som de tre största källorna, sammanlagt drygt 60 procent. Avvikelsen i anmälningstal framstår därmed inte som driven av en enskild anmälningsskälla.

Indikationer om utvecklingen efter 2021

Då det inte finns nationell statistik efter 2021 har granskningen genom webbsökning inhämtat uppgifter om utvecklingen av orosanmälningar i ett begränsat antal kommuner och regioner under perioden 2021–2024. Underlaget är mycket begränsat och jämförbarheten mellan kommuner påverkas av skillnader i definitioner, åldersgrupper och registreringspraxis. Slutsatser baserade på detta underlag bör därför tolkas med stor försiktighet och betraktas som svaga indikationer snarare än säkra iakttagelser.

Genomgången visar att samtliga inhämtade kommuner och regioner uppvisade fortsatta öknings av antalet anmälningar under perioden 2019–2023, typiskt i storleksordningen 25–30 procent. Stockholms stads socialtjänstrappport visar att andelen inkomna anmälningar i förhållande till befolkningen 0–20 år i praktiken fördubblades under perioden 2014–2023, från cirka 10 till cirka 19 procent, och anger uttryckligen att ökningen inte kan förklaras enbart av befolkningstillväxt. Den nationella trenden med ökande anmälningar tycks alltså ha fortsatt efter Socialstyrelsens senaste kartläggning.

Vetlandas ökning under motsvarande period är väsentligt kraftigare. Mellan 2019 och 2023 fördubblades antalet anmälningar i Vetlanda, från drygt 1 000 till drygt 2 000 – en

ökningstakt som överstiger samtliga inhämtade jämförelsekommuner. Även efter minskningen 2024–2025, som till betydande del sammanfaller med förändrade registreringsrutiner, tyder tillgängliga data på att Vetlanda ligger klart över både riksgenomsnittet och de kommuner som granskningen kunnat jämföra med. Minskningen i sig är dock inte unik – åtminstone en annan kommun uppvisar en liknande kraftig minskning 2024 (cirka 35 procent), sannolikt av liknande metodologiska skäl.



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 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.

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.