

Mötesbok: Individ- och familjenämnden (2026-02-18)

Individ- och familjenämnden

Datum: 2026-02-18

Plats: FM Ordersalen, EM Esplanaden

Kommentar:

Dagordning

Tid: Onsdagen den 18 februari kl.08.30

Plats: Fm Ordersalen-Ryttmästaren, EM Esplanaden-Stadshuset

Upprop

Beslut om justeringstid

Allmänna ärenden

23/26 Godkännande av dagordning och anmälan av jäv	3
24/26 Årsbokslut och delårsrapporter individ- och familjenämnden 2025-Yttrande till individ- och familjenämnden	4
25/26 Viten för lokaler LSS	62
26/26 Ekonomirapport januari	63
27/26 Dataskyddsberättelse individ- och familjenämnden 2025	78
28/26 Patientsäkerhetsberättelse individ- och familjenämnden 2025	98
29/26 Kvalitetsberättelse individ- och familjenämnden 2025	139
30/26 Tilläggsuppdrag 2023:1 - Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet	201
31/26 Uppföljande granskning - Hantering av skyddade personuppgifter i Umeå kommun	228
32/26 Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen 2026	233
33/26 Återkoppling kurser och konferenser	243
34/26 Övriga frågor	244
35/26 Pris till verksamheter som utmärkt sig särskilt under året	245

Ärenden under handläggning(ej offentlig)

36/26 Socialdirektören informerar	246
37/26 Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden individ- och familjenämnden 2026	247

Sekretessärenden

38/26 Anmälan av ordförande beslut	291
39/26 Beslut enligt FB	292
40/26 Beslut enligt FB	293



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00048

Godkännande av dagordning och frågan om anmälan av jäv

Förslag till beslut

1. Individ- och familjenämnden godkänner dagordningen för dagens sammanträde.

2. Individ- och familjenämnden noterar att jäv föreligger för:

Ärendebeskrivning

Fastställande av föredragningslista för individ- och familjenämnden sammanträde den 18 februari 2026 och fråga om jäv. En ledamot eller en ersättare som är jävig får inte delta i handläggningen av ärendet och inte heller närvara när ärendet avgörs.

Beslutsunderlag

Kallelse/föredragningslista 2026-02-18

Beredningsansvariga

Rose-Marie Lång Bäckström, nämndsekreterare

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2025/00002

Årsbokslut och delårsrapporter individ- och familjenämnden 2025

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden föreslår kommunstyrelsen att godkänna nämndens rapport till kommunstyrelsen för perioden januari till december 2025.

Individ- och familjenämnden godkänner den fördjupade rapporten för perioden januari till december 2025.

Individ- och familjenämnden godkänner internkontrollrapport för 2025 och bedömer i och med det att den interna kontrollen och styrningen är tillräcklig.

Individ- och familjenämnden hemställer hos kommunstyrelsen att del av ej förbrukade investeringsanslag, enligt bilaga, för 2025 med 4,2 mnkr överförs till 2026–2027

Ärendebeskrivning

Individ- och familjenämndens årsbokslut beskriver verksamhetens genomförda aktiviteter samt måluppfyllelse av kommunfullmäktiges övergripande mål och uppdrag till nämnden, aktiviteter kopplade till nämndens uppdragsplan och en ekonomisk redovisning för helåret 2025.

Rapporten finns i två upplagor:

Bilaga 1 som är nämndens rapport till kommunstyrelsen. Den är kortare i sitt utförande och följer anvisningarna från kommunstyrelsen.

Bilaga 2 som är en fördjupad rapport där nämnden får ta del av mer detaljerad information om framförallt utvecklingen i delprocesserna, händelser i verksamhet samt en uppföljning av nämndens uppdrag till förvaltningen.

Utöver detta följs även nämndens internkontrollplan upp.

Beslutsunderlag

Bilaga 1. Individ- och familjenämndens rapport till kommunstyrelsen för perioden januari till december 2025.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2025/00002

Bilaga 2. Individ- och familjenämndens fördjupade rapport för perioden januari till december 2025.

Bilaga 3. Internkontrollrapport 2025.

Beredningsansvariga

Simon Blomberg, ekonomichef

Ulrika Gustafsson, kvalitetschef

Erica Bålfors Birgersson, enhetschef Enheten för systematiskt kvalitetsarbete

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen

Kommunrevisionen

Anette Sjödin, controller SLK

Ulrika Gustafsson, kvalitetschef

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Simon Blomberg
Ekonomichef



Fördjupad rapport till individ- och familjenämnden, januari–december 2025

Verksamhetsuppföljning

Nämndens grunduppdrag

Individ- och familjenämnden	Bedömning av nämndens grunduppdrag
Tillgodose behov av stöd och omsorg inom socialtjänstens lagstadgade ansvarsområde för att stärka och trygga den enskilde att leva ett självständigt liv. Socialtjänsten arbetar förebyggande för att främja jämlika levnadsvillkor	I hög grad uppfyllt
Aktiviteter i grunduppdraget:	
Systematiskt kvalitetsarbete	I viss grad uppfyllt
Förebyggande arbete	I hög grad uppfyllt
Myndighetsutövning	I hög grad uppfyllt
Verkställande av insatser	I hög grad uppfyllt
Planerade åtgärder/områden 2025	I hög grad uppfyllt
Kvalitet och utveckling i delprocesserna	I hög grad uppfyllt

Bedömning och motivering

Nämnden har under 2025 verkställt sitt grunduppdrag i hög omfattning. Majoriteten av aktiviteterna i grunduppdraget har genomförts i hög grad (se bilaga) och de flesta planerade åtgärderna för året har genomförts eller pågår enligt plan. Alla delprocesser visar på en positiv utveckling.

Systematiskt kvalitetsarbete

Nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse fastställs i februari. Där beskrivs det kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som skett under året. Något som blivit tydligt under framför allt andra halvan av året är att det finns behov av förbättring i delar av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbeta pågår för att åtgärda detta.

Förebyggande arbete

Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft under året, och i enlighet med dess intentioner har stort fokus varit på att utveckla och stärka det förebyggande arbetet i samtliga verksamheter. Nämnden har sedan tidigare ett stort antal lätt tillgängliga insatser för medborgare att ta del av, bland annat i form av gruppaktiviteter/stödgrupper. Andelen genomförda gruppaktiviteter för barn/familj har sedan delåret minskat, i huvudsak på grund av för få deltagare, men utbudet av föräldrastödsgrupper har ökat så sammantaget har stödet nått fler målgrupper och antal medborgare. Arbeta pågår för att få fler deltagare och kunna genomföra fler grupper.

Samtliga planerade gruppaktiviteter för vuxna på Alkohol- och drogmottagningen har genomförts, och andel som har erbjudits att delta i Västerbottens Hälsoundersökningar har varit hög.

Myndighetsutövning

Både anmälningar och utredningar gällande barn/unga har i hög grad hanterats och handlagts i tid under året. Dels har inflödet kunnat hanteras tack vare högre bemanning, dels har det skett ett förbättringsarbete kring förhandsbedömningar som förbättrar flödet, samt ett aktivt arbete med utredningsprocessen.

Verkställande av insatser

Nämnden har sammantaget i hög grad kunnat verkställa beslutade insatser under året. Utvecklingen är positiv, och de åtgärder som vidtagits ger resultat. Det finns fortsatta svårigheter att verkställa arvoderade uppdrag, och de åtgärder som vidtagit förväntas ge effekt under kommande år.

Planerade åtgärder/områden 2025

- Ställa om i enlighet med ny lagstiftning – enligt plan

Under våren prioriterades de insatser som behövde genomföras på kort sikt inför den nya socialtjänstlagen införande den 1 juli 2025. Arbetet genomfördes enligt plan.

För att stärka och samordna omställningsarbetet tillsattes en samordnare i slutet av augusti. En plan för aktiviteter under resterande del av året togs fram, där en central del var att utveckla och genomföra en internutbildning om den nya socialtjänstlagen. Utbildningen livesändes vid åtta tillfällen under november och december.

Förvaltningen deltar i den kommunövergripande arbetsgrupp som tillsattes i slutet av september, med uppdrag att gemensamt arbeta med omställningen i linje med lagens intentioner. Under hösten startade även samverkansgruppen *Socialtjänstens delaktighet i samhällsplanering*, med syfte att se över kommunens processer och identifiera hur socialtjänstens delaktighet och arbetssätt kan stärkas.

Förvaltningen har under året deltagit i SKR:s nationella projekt *Tidiga insikter för tidiga insatser*, vilket avslutades i december. Projektet kommer att ersättas av *Lärprocessen*, där Umeå kommun kommer att delta. De läges- och behovsanalyser som genomfördes under hösten 2024 visar ett startläge och kommer att vara ett stöd för det fortsatta omställningsarbetet.

Verksamheterna har under året jobbat med att på olika sätt för att ställa om, exempelvis genom att vidareutveckla kunskapsbaserade metoder och förbättra samverkan med både interna och externa aktörer.

- Fortsatt sätta barnrättsperspektivet i fokus – enligt plan

Handlingsplanen för implementering av barnkonventionen gäller för det strategiska barnrättsarbetet och ramar in behovet av åtgärder för efterlevnad av konventionen. Planeringen för arbetet har till stora delar följts under året. Men behovet av en mer systematisk årlig uppföljning har synliggjorts, med fokus på vad enskilda verksamheter behöver för att möjliggöra implementering. Det har lett fram till att förslag på checklista för uppföljning har tagits fram inom funktionshinderomsorgens utförarverksamheter, vilka bidrar med goda exempel till övriga verksamheter. Arbetet med att uppdatera befintliga åtgärdsplaner har prioriterats ned för att först fokusera på att få ett bra uppföljningsunderlag till åtgärdsplanerna.

Barnrättsteamet har fortsatt sitt arbete och träffas två gånger per termin. Teamets representanter bevakar, stöttar och påminner kontinuerligt verksamheterna om barnrättsperspektivet. Arbetet med barnkonsekvensanalyser har stärkts och används i allt större utsträckning, vilket barnrättsteamet varit med och bidragit till. Grundutbildningen i barnkonventionen har genomförts i flera verksamheter, men inte alla. Arbetet med att ta fram en fördjupad utbildning pågår, men är inte klart.

Barnrättsarbetet sker dessutom i de ordinarie verksamheterna för att stärka tillämpningen av gällande barnrättslagstiftning. I de verksamheter som möter barn direkt har barnrättsperspektivet stärkts på olika sätt, bland annat genom ett särskilt fokus på att öka barns delaktighet, i mötet med varje barn. I verksamheter som möter barn indirekt är det fortsatt verksamheter som inte har möjlighet att prioritera arbetet.

- Att samordna myndighetsutövningen – enligt plan

Under året har fokus legat på att öka tillgängligheten genom nya arbetssätt som stärker samordningen kring den enskilde. Förhandsbedömningar hanteras nu direkt av den enhet och handläggare som fortsätter utredningen, vilket skapar bättre kontinuitet och ett mer sammanhållet arbetssätt. Detta har lett till ökad samverkan i individärenden genom medhandläggarskap, samråd och samordning. Ett fortsatt utvecklingsarbete behövs för att säkerställa tidig samordning för alla som är i behov av det.

- Planera för ett systematiskt jämställdhetsarbete – enligt plan

Under året har verksamheterna påbörjat ett mer systematiskt arbete med jämställdhet i linje med den nya socialtjänstlagens intentioner. SKR:s vägledning *Med öppna ögon – guide till jämställd socialtjänst* har börjat användas som stöd i detta arbete.

Vägledningen innehåller bland annat en checklista som ger en indikation på hur långt verksamheten har kommit i sitt jämställdhetsarbete. Checklistan har besvarats av samtliga processteam och sammanställts på förvaltningsnivå. Det fortsatta arbetet med att analysera och omsätta resultaten i utvecklingsinsatser planeras att fortsätta under 2026.

I nämndens planering i den kommunövergripande jämställdhetsstrategin för 2025-2026 finns, förutom ovanstående, tre ytterligare aktiviteter beskrivna. Den ena gäller granskning av genomförandeplaner inom LSS-boende utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Under våren 2025 togs ett uppdrag fram med syftet att granska och analysera ett urval av genomförandeplaner. Uppdraget har kommunicerats till universitetet, med intentionen att ta stöd av studenter/praktikanter i granskningen av genomförandeplaner. Förvaltningen har dock fått besked att det inte är möjligt att få det stödet och ett omtag behöver göras i frågan med anledning av detta.

Den andra aktiviteten gäller analys av ej verkställda beslut inom LSS utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Syftet var att identifiera och förstå eventuella skillnader i kön, och beskriva behov av åtgärder vid risk för eller händelse av omotiverade skillnader. I analysen har verksamheterna inte funnit några omotiverade skillnader mellan könen som föranleder åtgärder.

I den tredje aktiviteten planerar nämnden för att säkra att de arbetslivsrehabiliterande insatser som finns tillgängliga leder till att kvinnor och män närmar sig arbetsmarknaden och ges lika förutsättningar för att uppnå självförsörjning. Med anledning av att aktivitetskravet inom försörjningsstöd införs i juli 2026 genomlyser förvaltningen tillsammans med

Arbetsmarknad och integration samtliga befintliga insatser. Arbetet med att säkra att vi har aktiviteter för de personer som omfattas av aktivitetskravet utgår från både kvinnor och män och särskild hänsyn tas till hushåll med barn.

Som ytterligare exempel på jämställdhetsarbete i verksamheterna kan nämnas att det inom delprocessen Ge stöd, omsorg och skydd till (enligt SoL och LVU) barn, unga och familj har beslutats att ärenden ska beskrivas utan namn och könstillhörighet i besluts- och rådgivandeforum. En gång per år kommer en sammanställning av skillnader mellan kön för insatser följas upp och analyseras.

- Motverka våldsutsatthet – enligt plan

Samtliga verksamheter har under året jobbat aktivt med åtgärder kopplat till våld. Det rör sig om bland annat utbildningar om våld i nära relationer och andra kompetenssatsningar, upprättande av rutiner att löpande ha dialog om ämnet i olika sammanhang.

2025 påbörjades en översyn av arbetet med våld i nära relation som är planerat att slutredovisas i maj 2026. Översynen omfattar nämndens samtliga ansvarsområden och särskilt fokus ligger på arbetssätt för att säkra en kunskapsbaserad socialtjänst, samt insatser till målgruppen. Hittills har översynen påbörjat kartläggning av befintliga rutiner och arbetssätt samt uppmärksammat behov av stöd till målgrupper inom funktionshinderomsorgen.

Stöd och omsorg i Umeå representerar Umeåregionens kommuner i länsövergripande samverkan kring arbetet med mäns våld mot kvinnor. Under året har samverkan fokuserat på behovet av en systematisk operativ samverkan kring frågor om våld i nära relation i länet.

- Förebygga välfärds kriminalitet – enligt plan

Förvaltningen har i uppdrag att genomföra en fördjupad utredning gällande en specialiserad kontrollfunktion, samt arbeta vidare med identifierade redovisade förbättringsområden. I grunden ligger ett uppdrag från nämnden sedan 2024 som handlar om att genomlys verksamheten för att säkra mot välfärds kriminalitet, påverkan och bedrägerier. Arbetet har pågått under året i samverkan och resulterat i förslag på genomförande. Uppdraget ska slutredovisas i februari 2026.

I verksamheterna har arbetet med att förebygga välfärds kriminalitet pågått sedan ett antal år, bland annat genom samverkan med både externa myndigheter och andra förvaltningar i kommunen. Under året har arbetet fortsatt och förstärkts i vissa verksamheter genom utbildningar och upprättande av nya rutiner.

- Förbättra tillgängligheten i brukarundersökningar – ej enligt plan

Läget är detsamma som vid delåret. Översättning av brukarundersökningar har gjorts till finska som är ett av de minoritetsspråk som finns inom Umeå kommuns förvaltningsområde. Dessa har funnit som alternativ i samtliga brukarundersökningar som genomfördes under hösten 2025. De andra två språken, samiska och meänkieli, har ännu inte gått att översätta på grund av svårigheter att hitta översättare.

- Stärka förutsättningar för inkluderande arbetssätt- ej enligt plan

Planen för året var att göra en långsiktig planering av verksamhetens behov av att stärka kunskap och förhållningssätt inom HBTQI utifrån ett medborgarperspektiv. En förvaltningsövergripande genomlysning skulle ligga till grund för vilka utbildningsinsatser som behöver genomföras, samt vilka områden som ska prioriteras. Genomlysningen är gjord och visar på många utmaningar inom området som berör arbetssätt, strukturer och praktiskt stöd i arbetet med HBTQI-frågor. Att ta fram en planering utifrån genomlysningens slutsatser har ännu ej gjorts, utan planeras att genomföras under 2026.

Det finns verksamheter som tidigare fått utbildning och som idag jobbar med frågan på olika sätt, både i det dagliga arbetet och genom att till exempel löpande diskutera frågor om lika rättigheter, delaktighet och icke-normativa perspektiv både ur brukar- och medarbetarperspektiv. Det finns också verksamheter som jobbar aktivt med att utveckla och stärka kunskap, förhållningssätt och strukturer för inkluderande arbetssätt.

- Synliggöra anhörigperspektivet – enligt plan

I april redovisades en översyn av nämndens anhörigstöd, och förvaltningen fick därefter i uppdrag att tillsammans med äldreomsorgsförvaltningen ta fram en åtgärdsplan för att säkerställa att den nationella anhörigstrategin och annan relevant lagstiftning följs. Under andra delen av 2025 har arbetet pågått och i inledningen av 2026 presenterades ett underlag att ta ställning till för att besluta om det fortsatta arbetet, som kommer ske under kommande år.

I nämndens verksamheter pågår arbete som på olika sätt riktar sig till anhöriga, både inarbetat i det löpande dagliga arbetet men även genom att utveckla nya sätt att jobba för att stärka anhörigperspektivet. Det finns exempel på hur anhöriga ska göras mer delaktiga genom att ges möjlighet att delta i uppstartsmöten, och hur anhöriga och närstående ska få tydligare information via ett nytt informationsmaterial.

- Byte av verksamhetssystem – ej enligt plan

Under våren 2025 enades Umeå kommun och leverantören Cambio om att avsluta avtalet för socialtjänstens processverktyg Viva, då det vid verksamhetsanalys och införande bedömdes att lösningen inte möter verksamhetens behov.

Upphandling av nytt processtöd har påbörjats i samverkan med SKR Handslaget, ett initiativ för standardisering av processtöd inom socialtjänsten. Upphandlingen utgår från SKR:s kravbibliotek och struktur. Under hösten 2025 organiserades och planerades projektet med målsättning att teckna nytt avtal under första kvartalet 2027.

Pilottester av IntraPhones planeringsverktyg har senarelagts till första kvartalet 2026 och kommer att omfatta särskilt boende enligt LSS. Verksamheten ser positivt på piloten och lyfter ökad kvalitet för den enskilde som en central möjlig nytta.

Verksamhetens utveckling – kvalitet och utveckling i processerna

Ge stöd och service enligt LSS - positiv utveckling

Vid årsbokslutet 2024 följde nämnden *andel verkställda* beslut inom LSS. Vid 2024 års slut rapporterades 69% verkställda beslut. För 2025 följer nämnden andelen LSS-beslut *som ej verkställts inom 3 månader* med intentionen att ej verkställda beslut ska minska. Av statistiken för år 2025 framgår att resultatet är 11% (vuxna) respektive 8 % (barn), vilket är en totalt sett ökad verkställandegrad i jämförelse med 2024. Inom LSS-boende har flera verksamheter startat för vuxna brukare (nybyggnationer) vilket ökat möjligheten att verkställa beslut, då det i övrigt råder brist på boendeplatser.

Statistiken visar även på att det är fortsatt svårt att verkställa beslut för kontaktperson och ledsagning. Där den främsta anledningen är att det är svårt att rekrytera uppdragstagare. Detta i kombination med att ansökningar om kontaktperson har ökat. Förvaltningen har under året arbetat med olika aktiviteter där målet har varit att verkställa fler beslut och resultat av arbetet förväntas ske under 2026.

Den insamlade statistiken visar också på positiva resultat gällande brukares upplevelse av att få vara med och bestämma kring saker som är viktiga för dem. Dessa mått gäller verksamheter inom daglig verksamhet och gruppboende/serviceboende. Dessa verksamheter har under året haft ett stort fokus på att arbeta med att stärka brukares delaktighet och självbestämmande.

De planerade aktiviteterna för delprocessen har utförts enligt plan. Där bland annat arbetet med att utveckla forum och form för LSS-samverkan mellan Umeå kommun och intresseföreningar för LSS utvecklas positivt under året.

Gällande barnrättsfrågor och implementering av barnkonventionen är det flertalet aktiviteter som pågår inom området. Under året har en egenkontroll gällande barnrätt tagits fram för de utförarverksamheter som arbetar med barn. Syfte med egenkontrollen är att få en bild av hur det går för verksamheterna att implementera barnkonventionen utifrån de åtgärdsplaner som tagits fram. För att öka barns delaktighet har den första brukarenkäten som är riktad till barnverksamhet (inom LSS) tagits fram under året. Undersökningen kommer genomföras under våren 2026.

Inom daglig verksamhet fortsätter arbetet med att utveckla och tillämpa riktade metoder som möjliggör kunskaper för deltagare inför extern placering. Stort inflöde till interna verksamheter påverkade arbetet med externa platser för helåret, även om målvärdet uppnåddes.

Under året har en digital mall för dokumentationsgranskning tagits fram. Under hösten 2025 har några av verksamheterna inom funktionshinderomsorgen testat mallen. Arbetet med att utveckla egenkontroller kommer ingå i en större översyn av egenkontroller inom hela nämndens verksamhetsområde.

Som en del i nämndens jämställdhetsarbete enligt Umeå kommuns strategi för jämställdhet har verksamheterna analyserat könsfördelning för ej verkställda beslut inom LSS. Underlaget för analysen är en sammanställning av ej verkställda beslut som rapporterats till IVO de senaste tre åren för LSS-insatserna: kontaktperson, ledsagarservice och bostad med särskild service. Syftet är att förstå eventuella skillnader i kön, och beskriva behov av åtgärder vid risk för eller händelse av omotiverade skillnader. I analysen har verksamheterna inte funnit några omotiverade skillnader mellan könen som föranleder åtgärder.

Sammanfattningsvis bedöms processen utvecklas i en positiv riktning, både utifrån resultatmått och planerade aktiviteter.

Ge stöd, skydd och omsorg till barn, unga och familj – positiv utveckling

Det har skett en positiv utveckling inom delprocessen. Uppföljning av mått och måluppfyllelse visar på att arbetet har utvecklats i linje med det planerade arbetet för 2025. Resultatmåttan är förbättrade sedan förra helårsrapporteringen, 11 av 12 mått bedöms ha en positiv utveckling. Prioriteringar av aktiviteter har varit nödvändigt under året, trots det har arbete pågått i alla planerade aktiviteter och ett stort antal av dem har genomförts.

Verksamheterna i delprocessen tar stöd av varandra, den interna samverkan har stärkts och målgruppens behov sätts i fokus. Det gemensamma arbetet stärker kvalitén och barnperspektivet, tar vara på resurser och skapar förutsättningar för att fler barn, unga och familjer får rätt insats rätt tid.

Under året har arbetet fokuserat på att skapa en gemensam målbild för att säkerställa en röd tråd i barnets berättelse genom hela delprocessen. Utvecklingsarbetet, inte minst deltagande i forskning, har ökat förståelsen för hur barnets perspektiv behöver synliggöras och förbättras. Familjebehandlingens insatser har gett goda resultat med ökad delaktighet för barn och tydligare synliggörande av deras röst. Det är dock oklart hur detta arbete kommer att implementeras i fler verksamheter framöver.

Inom delprocessen har fokus ökat för en tillgänglig socialtjänst, ett stärkt förebyggande arbete och fler tidiga insatser genom att flera utvecklingsarbeten haft fokus på just det. Föräldrasupporten har utvecklats med flera medarbetare och nått goda resultat. Arbetssätt har testats för att tidigare nå fler unga med normbrytande beteende och på så sätt förebygga gängkriminalitet, utanförskap och psykisk ohälsa.

Samverkan med andra har varit en förutsättning för flera utvecklingsarbeten. Implementering av den läns gemensamma överenskommelsen och vägledningen SIP Barnets plan har påbörjats. Arbeta pågår för att stärka samverkan med barn- och ungdomspsykiatri. Även samverkan för att stärka upp insatser för unga med normbrytande beteende och förebygga gängkriminalitet arbetet har fortsatt och förstärkts, genom till exempel arbete med polis för att utveckla SIG (Social insatsgrupp) och utökningen av SSPF (skola, socialtjänst, polis och fritid).

Inom samarbetet *Umeå Växer Tryggt och Säkert* har Individ- och familjenämnden stått för 12 av de 46 aktiviteterna i den gemensamma aktivitetsplanen. Arbetet går helt i linje med omställningen till ny socialtjänstlag och samtliga tolv aktiviteter har pågått inom delprocessen, men i olika omfattning. Prioritering av arbetet har krävts och omfördelningar av resurser har gjorts för att nå målluppfyllelse.

Arbetet för att minska placeringar har fortsatt genom till exempel att förstärka nätverksarbetet och systematisera den interna uppföljningen av de placerade barnen. Utöver att minska placeringsdygnet ska uppföljningen av placeringarna leda till ökad kvalitet på barnets/den unges placering, genom att ha tydliga mål och krav på placeringen och förtydliga planeringen inför utsluss/avslut av placeringen. Arbetet har även fortsatt med att utveckla insatser på hemma plan. Där ett arbete har fokus på målgruppen unga mellan 16 – 20 år, som ska avsluta placering och är i behov av insats på hemmaplan. Ett annat arbete handlar om att ta fram en insats för att tillgodose familjers behov av avlastning, stöd och samordning, där barn och/eller föräldrar har funktionsnedsättning/psykisk hälsa, har fortsatt under året. Planering för att komma i gång med ett test av insatsen är påbörjad.

Sammantaget har förutsättningarna stärkts och förbättrats för att fler barn och unga ska få möjlighet att växa upp under goda och trygga förhållanden i sitt befintliga nätverk, med sina föräldrar och/eller andra viktiga vuxna som finns kvar i barnets/den unges hela uppväxt.

Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden - positiv utveckling

De mått som mäter delprocessens utveckling visar på övervägande goda resultat. Där det bland annat framgår att familjerätten har handlagt alla tidsbegränsade ärenden i rätt tid och har en god tillgänglighet i telefonmottagningen. Det framgår även att verksamheten har haft barnsamtal eller träffat barn i alla de ärenden där det bedömts lämpligt. Vilket är mycket positivt utifrån ett barnrättsperspektiv och i linje med processens målsättning om att barns bästa ska vara avgörande i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge.

De planerade aktiviteterna för året har genomförts enligt plan. Gällande förändringar i lagstiftning och riktlinjer har familjerätten bevakat frågan kring barns rättigheter vid umgänge. I samband med detta har verksamheten identifierat att det finns behov av samordning inom förvaltningen inom detta område.

Inom ramen för samordnad myndighetsutövning har arbetet med att samordna familjerättsliga utredningar med barnskyddsutredningar påbörjats. Där samordning skett i ärenden som varit aktuella inom båda områdena.

Utöver detta arbetar familjerätten med att se över möjligheten till att ta fram digitala lösningar som avser att underlätta medborgarnas kontakt med verksamheten.

Sammantaget bedöms processen utvecklas i en positiv riktning.

Tillgodose behov av stöd i boende under skolgång till vissa elever vid Rh-gymnasium – positiv utveckling

Delprocessen har utvecklats i en positiv riktning. Verksamheten har under året gjort ett omfattande omställningsarbete för att öka förmågan att ge förutsättningar till att elevernas gymnasiestudier kan fullföljas och att stödet leder till ökad självständighet. Verksamheten har även sett över strukturer för delaktighet och medskapande för eleverna.

Inför 2025 var avsikten att rusta upp nuvarande elevhem. Denna planering har dock pausats med hänsyn till att rådande prognos visar på sviktande elevunderlag för kommande år. Verksamheten behöver undersöka detta vidare innan fortsatt planering för renovering. Utöver detta har övriga planerade aktiviteter genomförts enligt plan. Där elevhemmet genomfört ett stort arbete för att skapa förutsättningar att kvalitetssäkra verksamheten och att utveckla systemstöd för dokumentation.

Ge stöd, skydd och omsorg till vuxna – positiv utveckling

Under året har behoven av stöd, skydd och omsorg för vuxna tillgodoses i hög utsträckning, men inte alltid på ett sätt som ökar möjligheten till självständighet, vilket bland annat avspeglar sig i ett fortsatt behov av externa placeringar. 2025 har därför präglats av fortsatt arbete med de effektiviseringsåtgärder för att minska placeringar som antogs av nämnden 2023. En del aktiviteter ligger efter plan på grund av behov att prioritera bland de pågående aktiviteterna, medans andra aktiviteter utvecklats enligt plan. Bostad först har inte införts som planerat under året, men planerar att startas upp i liten skala under våren 2026 för att sedan utökas.

Arbetet med att införa boendestöd har fortsatt och mot slutet av året har också antalet personer med insatsen ökat, vilket är positivt. Genom bland annat kompetensutveckling och ett arbetssätt som fokuserar på att öka individens egen förmåga har boendestödet fortsatt att utvecklas i linje med ny lagstiftning och medborgarnas behov.

Under året har Bryggan utökats med åtta utslusslägenheter i syfte att öka stödet på hemmaplan. Personer som flyttat in i lägenheterna har fått stöd att ta nästa steg mot eget boende och sysselsättning och under året har två personer flyttat till eget boende med drogfrihet och arbete.

I oktober öppnade Kraftverket, en lågtröskelverksamhet med bas i boendestödet och med bred samverkan i och utanför kommunen. Kraftverket möjliggör stöd utan biståndsbeslut och ger medborgare snabb tillgång till hjälp, vägledning och motivation i vardagen.

Samverkan kring tandvård till personer i utsatthet finns på plats och arbetet går enligt plan. I samverkan ingår ideella föreningar, Folk tandvården och socialtjänsten.

De mått som mäter delprocessens måluppfyllelse visar på en övervägande positiv utveckling, särskilt utifrån självständighet i boendestödet som lett till minskat behov av stöd och avslut. Flera avslut av boendestöd har skett i ärenden med tillsvidarebeslut där självständighet uppnåtts och behovet av insatsen inte längre finns. Alkohol- och drogmottagningen har genomfört sina planerade gruppaktiviteter och det är en ökande andel som fullföljer sin behandling inom Beroendeenheten.

Ge stöd till självförsörjning och ge ekonomiskt bistånd – positiv utveckling

Försörjningsstöd har under året arbetat intensivt med den nya Socialtjänstlagen. Bland annat genom att öka tillgängligheten genom telefonmottagning och deltagit i planeringen av Kraftverket, där försörjningsstödet fokus är att verksamheten ska vända sig till klienter som står långt från arbetsmarknaden, men som kan vara redo att komma igång med någon form

av arbetsrehabiliterande åtgärd, bryta isolering och utöka sociala sammanhang. Försörjningsstödet har också påbörjat ett arbete att vara ute på arenor där klienterna finns och handläggare är redan nu ute på SFI och stadsmissionen regelbundet. Detta arbetssätt kommer att utvecklas under 2026.

Arbetet med att införa barnkonsekvensanalyser vid beslut som kan påverka barn har fortsatt samt försörjningsstödet har korrigerat beslutsmotiveringar för att inte missa bedömningen kring påverkan på barn. Arbetet följs upp i den årliga mätningen.

Försörjningsstödet arbetar i ständig samverkan för att utveckla insatser såsom sysselsättning för personer som uppbär försörjningsstöd. Planeringsarbetet tillsammans med Arbetsmarknad och integration inför det kommande aktivitetskravet har påbörjats och kommer att intensifieras under våren.

Under året har försörjningsstöd fortsatt arbetet med att förebygga välfärds kriminalitet genom dedikerade handläggare som deltar i ett nationellt nätverk. En enkät för att säkra kontrollåtaganden som förhindrar felaktiga utbetalningar (så som inhämta underlag, hembesök mm) har tagits fram och från december jobbar två socialsekreterare som FUT-handläggare (FUT står för felaktiga utbetalningar).

Samtliga aktiviteter i verksamhetsplanen har genomförts enligt plan och de mått som följs visar i stort på en positiv utveckling. Det finns dock tecken på att arbetsmarknaden i Umeå försämrats vilket ger effekter på behovet av ekonomiskt bistånd.

Erbjuda familjerådgivning - positiv utveckling

De mått som mäter delprocessens utveckling visar på ett gott resultat både gällande andel som upplevt att stödet lett till positiva förändringar, samt att familjerådgivningen haft fokus på barnets bästa. Andelen som blivit erbjuden rådgivning inom 1 månad, är dock på fortsatt låg nivå, även om det skett en marginell ökning under året. Insamlad statistik visar också på att väntetiderna för att få familjerådgivning har minskat över tid.

De planerade aktiviteterna för året har genomförts enligt plan. Familjerådgivningen har arbetat med att följa väntetiderna och sett över nuvarande arbetssätt. Detta har bland annat resulterat i att testa en ny samtalsmetod, som bland annat förväntas bidra till ökad tillgängligheten. Testet påbörjades i slutet på året och har ännu inte hunnit utvärderas. Utvärderingen kommer genomföras under 2026.

Utöver detta har familjerådgivningen påbörjat samverkan med andra verksamheter inom stöd och omsorg. Där syftet är att erbjuda familjerådgivning i kombination med andra insatser i ett förebyggande syfte. Detta arbete kommer fortsätta under kommande år. Verksamheten har även börjat se över möjligheterna till att arbeta mer utåtriktat, där

information och kunskapsspridning kring relationella problem sker på gruppnivå. Detta arbete har dock pausats under året, då verksamheten behövt fokusera på att minska väntetiderna.

Sammantaget bedöms processen utvecklas i en positiv riktning.

Erbjuda hälso- och sjukvård - positiv utveckling

De planerade aktiviteter som beskrivs i verksamhetsplanen för 2025 har genomförts. Flera aktiviteter inom HSL syftar till att arbeta mer preventivt och förebyggande utifrån ett brukarperspektiv. Ett exempel är ett pågående arbete för att stärka teambaserade arbetssätt inom arbetsgruppen.

Samtliga resultatmått inom processen har positiva resultat. När det gäller VHU har samtliga personer i aktuellt åldersintervall identifierats, och alla utom två personer har erbjudits hälsoundersökning. Bedömning att undanta dessa två är grundade på de enskildas individuella behov.

Nytt mått för 2025 var hälso- och sjukvårdspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner vilket är en självskattning där de skattat sig själva högt. Orsaken till den höga skattningen är att det arbetas löpande med detta ex. genom deltagande på de digitala föreläsningarna som Region Västerbotten erbjuder. Från och med 2026 kommer följsamhet till basala hygienrutiner fortsatt följas upp, däremot rapporteras i patientsäkerhetsberättelse istället för årsbokslutet.

Två årliga undersökningar har införts, varav den ena har fokus på tillgänglighet (genomförd i mars, rapporterad i delårsrapporten) och den andra bemötande (genomförd i november). Analys av tillgänglighetsundersökningen visade vissa skillnader i kön som har hanterats under året och följs upp under 2026.

Vad gäller undersökningen om bemötande har svarsfrekvensen har höjts sedan föregående år genom ett ändrat förfaringssätt vid utlämning av enkät, och målvärdet (90-100% nöjdhet) uppnåddes.

Den sammantagna utvecklingen i processen bedöms som positiv.

Väsentliga händelser

Nämndens åtgärder för budget i balans

Under året har förvaltningen fortsatt verkställandet av de effektiviseringsåtgärder som nämnden beslutade om i december 2023. De positiva effekter som kunde konstateras före

sommaren har bestått under hösten, vilket har bidragit till en successiv förbättring av nämndens ekonomiska resultat.

Brist på verksamhetsanpassade lokaler

Nämndens behov av verksamhetsanpassade lokaler, både verksamhetslokaler och administrativa lokaler, har inte kunnat tillgodoses i tillräcklig omfattning. Detta påverkar nämndens förutsättningar att fullgöra sitt grunduppdrag. För att åtgärda situationen vidtas insatser på flera nivåer. Åtgärderna har under året gett positiva resultat, bland annat genom en ökad leverans av boenden.

För daglig verksamhet kvarstår dock svårigheter att verkställa beslut på grund av bristande lokalyta. När det gäller administrativa lokaler råder ökad trängsel, brist på mötesrum samt begränsade möjligheter för vissa verksamheter, exempelvis Centrum mot våld, att utöka sin verksamhet.

Ny socialtjänstlag

1 juli 2025 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Omställningsarbetet har pågått sedan tidigare och intensifierades under året – vilket beskrivs under *Planerade åtgärder/områden 2025*. Intentionerna med den nya lagen är att socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara lätt tillgängliga, främja jämställda och jämlika levnadsvillkor och arbeta kunskapsbaserat. Omställningen är ett omfattande och resurskrävande arbete för nämndens verksamheter.

Nämndens arbete med inriktningsmål och program

Individ- och familjenämnden har tilldelats åtaganden för inriktningsmål 2 - *Umeå ska växa hållbart utan några utsatta områden* och inriktningsmål 3 - *Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv*. Målen konkretiseras i programmet för social hållbarhet. Nämndens arbete med att genomföra inriktningsmål och bidra till fokusområden och vilka effekter/resultat det har medfört beskrivs i tabellen nedan.

Fokusområde	Nämndens arbete 2025	Effekter/resultat
Programmet för social hållbarhet		
Fokusområde 1	Programåtagande 1.1	Flera av de tolv aktiviteterna har
Umeå ska växa hållbart utan några utsatta områden	Umeå växer tryggt och säkert	nått sina mål, vilket visar att
	Under året har UmeBrå hållit i arbetsgruppsmöten där förvaltningen deltagit. Där har man bland annat gått igenom status i pågående arbeten samt planeringen framåt,	resursförstärkningar och ökad kompetens gett resultat. Föräldrar söker mer stöd och har större tillit till socialtjänsten, och fler insatser

	för att säkerställa att alla förvaltningar är informerade om varandras insatser. I början av året påbörjades även ett uppföljningsarbete av samtliga aktiviteter inom UVTS som pågått sedan 2024. Två avstämningsmöten har genomförts; ett tillsammans med alla deltagande förvaltningar och ett separat med UmeBrå. Vid dessa möten följdes underlaget med de 12 aktiviteter som förvaltningen arbetat med upp, med fokus på vad som genomförts och hur arbetet har fortskridit.	genomförs i tid. Samverkan inom SSPF har också förbättrats. De aktiviteter som bara delvis nått målen påverkas främst av bristande indikatorer och effektiviseringskrav under del av året som begränsat arbetet att nå måluppfyllelse.
	Programåtagande 1.2 Ett Umeå fritt från våld Arbetet med Umeå kommuns handlingsplan mot våld utgår från nämndens ansvarsområden samt de särskilda uppdrag nämnden har utifrån samverkansavtal för Centrum mot våld. Den kommunövergripande handlingsplanen avslutades i april 2025. Just nu pågår en översyn av nämndens arbete med våld i nära relation. I arbetet ingår bland annat att säkra tillgången på skyddat boende samt arbetssätt och metoder för att upptäcka, riskbedöma våldsutsatthet, utreda och ge stöd och skydd. Ett nytt samverkansavtal är upprättat mellan kommunen och regionen gällande Mottagningen för våldsutsatta. Syftet med verksamheten är att synliggöra och motverka våld i nära relation och uppdraget är att ge stöd till förändring för de personer som tillhör målgruppen. Socialtjänstens socionomer erbjuder rådgivning och stödsamtal. Inom Barnahus samverkar fem olika myndigheter för att ge stöd och hjälp till barn som misstänks vara utsatta för allvarliga brott. Socialtjänsten har där en samordnare.	Pågående översyn visar på att nämnden har många rutiner och arbetssätt på plats. Det fortsatta arbetet med översynen ska ta fram förslag på områden som behöver utvecklas. Upphandling av skyddat boende utifrån ny lagstiftning är genomförd. Under 2025 var 233 personer aktuella på mottagningen för våldsutsatta, varav majoriteten var kvinnor. I slutet av året var det 70 personer som stod i kö till ett första samtal hos socialtjänstens personal. 143 barn har varit aktuella på Barnahus under året.

	Programåtagande 1.3 Motverka segregation och framväxten av utsatta områden Arbetet med att motverka barnfattigdom har fortsatt under året och antalet barn i hushåll med försörjningsstöd fortsätter neråt. Inom försörjningsstödet finns också ett vräkningsförebyggande arbete där barnfamiljer med hyres- och elskulder fångas upp.	Minskning av antalet familjer med barn som uppbär försörjningsstöd Minskning av antalet barn som ingår i hushåll som uppbär försörjningsstöd Under året har tre barnfamiljer vränts från sitt boende. Boende för barnen har säkrats i alla enskilda fall. Positiv utveckling gällande antalet bidragsmånader för personer som uppbär försörjningsstöd, som minskar.
Fokusområde 2 Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna likväl som sina egna liv	Programåtagande 2.3 Mäns våld mot kvinnor ska upphöra Samtliga av nämndens verksamheter har under året jobbat aktivt med åtgärder kopplat till våld. Under 2025 påbörjades en översyn av nämndens arbete med våld i nära relation. Syftet är att säkra att det finns arbetssätt och insatser för att möta behoven på bästa sätt. Samverkan med de ideella organisationer som bedriver kvinnojourer har förändrats med den lagändring som skett kring skyddat boende. Varken Stadsmissionen eller Kvinno- och tjejjouren fanns med i den upphandling av skyddat boende som skedde under 2025. Ett arbete påbörjades att utreda om det finns möjlighet till att teckna reserverat kontrakt, om de skyddade boendena får tillstånd från IVO, vilket Kvinno- och tjejjouren fick i augusti för sin externa lägenhet. Stadsmissionen har under 2025 inte fått klart med tillstånd. Ett fortsatt arbete med de ideella organisationerna kommer att ske under 2026.	Pågående översyn visar på att nämnden har många rutiner och arbetssätt på plats. Det fortsatta arbetet med översynen ska ta fram förslag på områden som behöver utvecklas. Upphandling av skyddat boende utifrån ny lagstiftning är genomförd.
Fokusområde 3 Barns uppväxtvillkor	Programåtagande 3.1 Barns och ungdomars rätt till delaktighet och inflytande i kommunens utveckling ska säkerställas. Genom det fortsatta arbetet med Handlingsplanen för implementering av	Barnkonsekvensanalyser görs i allt större utsträckning inför beslut som påverkar barn direkt eller indirekt. Barnets rättigheter har stärkts framför allt i de verksamheter som möter barn direkt.

	barnkonventionen, 2024-2026, har efterlevnaden stärkts. Arbetet beskrivs fördjupat i nämndens verksamhetsuppföljning, under rubriken <i>Planerade åtgärder/områden 2025</i> och punkten <i>Fortsatt sätta barnrättsperspektivet i fokus</i>. Utöver efterlevnaden av handlingsplanen för implementering pågår mycket arbete i den ordinarie verksamheten för att stärka tillämpning av gällande barnrättslagstiftning och efterlevnad av barnkonventionen med fokus på barns delaktighet, i mötet med varje barn.	
	Programåtagande 3.2 Motverka barnfattigdom. Både antalet barn i hushåll med försörjningsstöd och antalet familjer som tar emot försörjningsstöd har minskat sedan 2023. Nämnden har antagit riktlinjer för att särskilt stödja barnfamiljer som har lång tid med ekonomiskt bistånd. I handläggningen har arbetssätt för att uppmärksamma och ta hänsyn till barn i hushållet utvecklats under året.	Minskning av antalet familjer med barn som uppbär försörjningsstöd Minskning av antalet barn som ingår i hushåll som uppbär försörjningsstöd Riktlinje för ekonomiskt bistånd med särskild hänsyn till hushåll med barn antagen av nämnden.
	Programåtagande 3.3 Förebyggande folkhälsoarbete Västerbottens hälsoundersökning (VHU) har genomförts enligt plan, och samtliga i aktuellt åldersintervall har identifierats och erbjudits VHU (med några undantag på grund av individuella behov). Arbetet fortsätter enligt planering. Den övergripande styrgruppen där nämnden samverkar med regionen både från HC och folkhälsa kring VHU fortsätter. Nämndens arbete med psykisk hälsa och suicidprevention har pågått under året på olika nivåer; insatser riktade till hela befolkningen, selektiva insatser riktade till grupper i utsatthet för suicidrisk samt indikerade insatser riktade till individer med suicidrisk.	Andelen som tackade ja till VHU var något lägre än föregående år, vilket kan bero på de utmaningar som utökningen av området medfört, samt var brukare är listade. Undersökningarna har visat på stora behov av medicinska åtgärder och kunskapsluckor avseende hälsosamma levnadsvanor. HLT når fortsatt många barn och familjer. Uppföljningen från arbetet för 2025 visar att socialtjänsten behöver bli bättre på att initiera till HLT och antalet samordnade individuella planer behöver öka. Utvärdering visar på att föräldrarna i hög grad är nöjda med den hjälp de får.

	Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT) är fortsatt en viktig strukturerad samverkan mellan förskola, skola, socialtjänst och primärvård, som bidrar till att tillhandahålla ett lättillgängligt och samordnat stöd för barn och unga. I Umeå är den främsta åldersgruppen 0-5 år.	
Fokusområde 4 Boende och bebyggelsemiljö	<i>Programåtagande 4.3</i> Främja en socialt hållbar bostadsförsörjning och motverka hemlöshet. Nämnden deltar i planeringen för att i högre grad integrera särskilda boenden enligt LSS i såväl planeringen av nya bostadsområden som i utvecklingen av befintliga. Nämnden arbetar även med att utveckla nya boendeformer. Bland annat pågår planering för att starta boenden enligt SoL för personer under 65 år samt utveckling av vissa fastigheter som används för sociala kontrakt. Boendestödet har under året också fortsatt att utvecklas för att ge stöd i att behålla sitt boende. Uppstart av insatsen Bostad först under 2026 har planerats under året.	Genom att integrera LSS-boenden i nya och befintliga bostadsområden samt utveckla nya boendeformer enligt SoL stärks den sociala hållbarheten och möjligheten till jämlika livsvillkor. Planeringen bidrar till ett mer varierat och behovsanpassat bostadsutbud, ökad bostadstrygghet och minskad risk för hemlöshet. Utvecklingen av sociala kontrakt och Bostad först skapar mer långsiktiga boendelösningar och minskar behovet av tillfälliga insatser.
Fokusområde 5 Arbete och försörjning	<i>Programåtagande 5.1</i> Skapa förutsättningar för en ekonomisk jämlikhet och en högkvalitativ välfärd för livets alla skeden. Ingången till Arbetsmarknadstorgen har under året förändrats för att vara mer tillgänglig för personer i behov av samverkan kring stöd till arbetsrehabiliterande insatser. Ett pilotarbete i samverkan med Regionen kring sjukskrivna med försörjningsstöd för att säkra rehabilitering och aktivitet har avslutats under året. Arbetet fortsätter genom samverkansinitiativ via Samordningsförbundet.	Ny ingång till Arbetsmarknadstorgen upplevs positiv för både deltagare och medarbetare. Pilot med Mariehems hälsocentral visar positiva resultat gällande samverkan kring sjukskrivna med försörjningsstöd vilket resulterat i att fler har en aktiv plan under sjukskrivning.
	<i>Programåtagande 5.2</i> Särskilt stöd till de personer som står långt från arbetsmarknaden. Arbetsmarknad och integration har aktivt deltagit i planering och uppstart av den nya	Ny ingång till Arbetsmarknadstorgen upplevs positiv för både deltagare och medarbetare.

	lågtröskelverksamheten Kraftverket och en medarbetare från Arbetsmarknad och integration finns på plats en dag i veckan för att fånga upp personer i behov av stöd till arbetslivsrehabiliterande insatser. I Samverkansförbundet har stort fokus legat på Arbetsförmedlingens omorganisering och det kommande aktivitetskravet som kommer att kräva att kommunen tar ett stort ansvar för aktiviteter för sjukskrivna och arbetslösa med försörjningsstöd. Ett pilotarbete i samverkan med Regionen kring sjukskrivna med försörjningsstöd för att säkra rehabilitering och aktivitet har avslutats under året. Arbetet fortsätter genom samverkansinitiativ via Samordningsförbundet	Positiv utveckling på antalet bidragsmånader för personer som uppbär försörjningsstöd Pilot med Mariehems hälsocentral visar positiva resultat gällande samverkan kring sjukskrivna med försörjningsstöd vilket resulterat i att fler har en aktiv plan under sjukskrivning.
--	---	--

Tilläggsuppdrag från kommunfullmäktige

Uppdrag	Status jan–dec	Motivering/kommentar
2023:1 Kommunfullmäktige ger kommunstyrelsen och nämnderna i uppdrag att öka omställningen av nämndernas verksamheter för att klara grunduppdraget i takt med att personalbristen ökar.	Genomfört	IFN har genomfört uppdraget och yttrade sig till kommunstyrelsen i mars 2025. Arbetet med omställning pågår och är ett långsiktigt arbete.
2023:2 Kommunfullmäktige ger kommunstyrelsen och nämnderna i uppdrag att öka samarbetet och ansvarstagandet över förvaltnings- och nämndgränser.	Genomfört	Nämnden samverkar med flera förvaltningar inom områden som lokalförsörjning, digitalisering samt omställningen till ny socialtjänstlag och UVTS. Inom den nystartade verksamheten Kraftverket sker ett nära samarbete med Arbetsmarknad och integration för att möjliggöra arbetslivsinriktade insatser. Under 2025 tydliggjordes ansvarsfördelningen för hemtjänst och boendestöd mellan Individ- och familjenämnden och Äldrenämnden, i syfte att säkerställa rätt kompetens oavsett ålder. Därutöver har ett samarbete inletts mellan Seniortorget (Äldrenämnden) och Aros Film inom IFN:s dagliga verksamhet för att öka tillgängligheten för seniorer genom digitala aktiviteter.

Tilläggsuppdrag från Individ- och familjenämnden till förvaltningen

Uppdrag	Status, jan–dec	Motivering/kommentar
Att arbetsprocessen för tillhandahållande av kontaktperson och ledsagare skall färdigställas under 2025. Nämnden ska få information om arbetet varje tertial	Pågår enligt plan	Under året har arbetet med framtagna aktiviteter genomförts och arbetet har organiserats under myndighetsutövningen. En ny aktivitet har varit att anställa uppdragstagare. Det är genomfört och start för ny verksamhet, januari 2026.
Att ge förvaltningen i uppdrag att inom ramen för pågående arbete med att utreda utökade tidiga och förebyggande insatser, som exempelvis avlastning till familjer med små barn, också undersöka vilka insatser som beviljas till denna grupp, hur ofta dessa insatser beviljas och hur ofta ansökan avslås.	Delvis genomfört	Förvaltningen har under året haft ett fokus på tidiga och förebyggande insatser, utifrån intentionerna med ny socialtjänstlag. Insatser till barnfamiljer ges både med och utan föregående behovsprövning. Förvaltningen har tagit fram uppgifter om vilka insatser som efter behovsprövning beviljats till familjer med små barn 0-6 år under 2025, antal bifallsbeslut samt avslagsbeslut. Uppgifterna har dock ännu inte verifierats och analyserats. Gällande avlastning till familjer med små barn ingår stödbehovet i det pågående arbetet riktat till stöd till barnfamiljer. Förslaget på test av insats kommer likt andra behovsprövade insatser grunda sig på bedömning av barnets behov i relation till föräldrars förmåga. Planen är att testa insatsen under våren 2026.
Att förvaltningen ser över om ytterligare sammanhållna insatser behövs för de personer med stöd inom funktionshinderomsorg och socialpsykiatri som inte bedöms omfattas av boendestöd, men som har ett fortsatt omfattande behov av stöd, personalkompetens och kontinuitet i stödinsatserna.	Genomfört	Risken för att personer inte får de insatser de behöver bevakas kontinuerligt i en arbetsgrupp inom Stöd och omsorg där vi också tittar på hur vi snabbt ska kunna ställa om verksamhet om behoven skulle uppstå. I det pågående arbetet med underlag för upphandling enligt LOU för hemtjänst har förvaltningen särskilt betonat behovet av kompetens i bemötande av personer med psykiska funktionsnedsättningar och skadligt bruk och beroende. Sammanställning av den interna mätningen utifrån behov i målgrupperna pågår.

Personaluppföljning

Nämndens arbete för att nå personalpolitiska mål

Individ- och familjenämnden	Bedömning av nämndens arbete med personalpolitiska mål
Mål 5: Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället.	Enligt plan
Mål 6: Umeå kommun ska ha ledarskap som ges och ger förutsättningar för goda resultat, där riktvärdet för antalet medarbetare per chef inte är fler än 30.	Enligt plan
Mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.	Mer arbete krävs

Åtgärder och viktig utveckling/viktiga händelser inom målområdena

Kompetensförsörjning och attraktiv arbetsgivare (mål 5)

Ambassadorsverksamheten fortgår i förvaltningen där fler ambassadörer har rekryterats från förvaltningens olika verksamhetsområden. Några exempel på aktiviteter de varit delaktiga i är socionomdagen på Umeå universitet, en mini-MOA mässa för årskurs 5 och en aktivitet som genomfördes tillsammans med Västerbottens handelskammare - klassrumsträffar för högstadieselever. Allt i syfte att skapa intresse för våra verksamhetsområden och locka fler att välja vård och omsorgsyren.

Hälften av de elever som genomför praktik inom stöd och omsorgs olika verksamheter går vidare till en anställning efter avslutad praktik. Detta visar att praktikplatserna fungerar som en effektiv rekryteringsväg och bidrar till att stärka kompetensförsörjningen.

Pilotprojektet om geografisk samplanering område öst inom funktionshinderomsorgen avslutades från att vara ett projekt till att övergå i ordinarie verksamhet med start i januari 2026. Allt fler områden har börjat arbeta med samplanering. En viktig del i kompetensförsörjningen då det är ett effektivare resursnyttjande som också skapar bättre kontinuitet för brukarna.

En aktivitet för att klara de ökande kompetensförsörjningsbehoven har bestått av att ta fram en handbok för cheferna inom funktionshinderomsorgen, *Bemanningsstrategi i praktiken - en handbok för chefer inom FO*. Den är tänkt att ge cheferna handfasta råd om hur en genomtänkt bemanningsstrategi kan ge chef bättre förutsättningar att leda verksamheten effektivt, skapa hållbara arbetsvillkor för medarbetarna och uppnå verksamhetens mål.

Andra insatser som pågick under året var till exempel utbildning av chefer i arbetstidslagstiftningen.

Ledarskap (mål 6)

Ett arbete har gjorts i förvaltningen, vilket har lett till att allt fler chefer nu når målet om att ha högst 30 medarbetare. Resultatet visar att vi är på god väg och att utvecklingen går i en positiv riktning.

Inom alla verksamhetsområden har det under året pågått olika aktiviteter för att säkerställa en rimlig arbetsbelastning. Några exempel är att man inom myndighetsutövning gjort en kartläggning av de möten enhetschefer har samt vilka andra åtaganden de blir inblandade i. IFO har identifierat faktorer som upplevs påverka arbetsbelastningen som man jobbar vidare med. Inom funktionshinderomsorgen har man bland annat haft särskilda arbetsmiljödagar för enhetscheferna där arbetsbelastning varit en av delarna man arbetat med.

Flertalet enhetschefer inom stöd och omsorg anser att de får stöd i att utveckla grupper och individer i medarbetarskapet. Inom några verksamhetsområden har chefer utbildats i grupputvecklingsmodellen HUSET. Modellen ger en stabil struktur som hjälper till att skapa goda förutsättningar för både grupp- och individutveckling. Fler chefer kommer under nästkommande år att utbildas i modellen.

Friskfaktorer (mål 7)

Den totala sjukfrånvaron inom nämndens verksamheter har ökat något jämfört med föregående år. Den största ökningen är inom funktionshinderområdet och personlig assistans. Några faktorer som påverkat sjukfrånvaron anges vara sämre scheman, svårigheter att hitta tid till återhämtning och medarbetare som blivit långtidssjukskrivna (ej arbetsrelaterat).

Återhämtning är det område som får sämst resultatet i medarbetarenkäten, inte bara inom personlig assistans utan även för förvaltningen i stort. Aktiviteter man arbetat med under året som är kopplade till återhämtning är bland annat att enhetscheferna jobbat med onboardingprocessen för att säkerställa en god introduktion. Inom personlig assistans har man utfört en schemakartläggning för att skapa hållbara och korrekta scheman. Detta är något som övriga verksamhetsområden inom funktionshinderomsorgen också jobbat med under året.

Deltagarna i SAMBA, samverkansmodellen för att behålla arbetskraft, har under året träffats vid ett antal tillfällen för att utveckla ny kunskap och nya arbetssätt för att behålla medarbetare på den gemensamma lokala arbetsmarknaden. Under träffarna utforskas,

testas och utvecklas nya lösningar med hjälp av tjänstedesign – allt med syftet att skapa hållbara förändringar som bidrar till välfärdens kompetensförsörjning.

Under 2025 ställdes förvaltningens utbildningar för skyddsombud in på grund av för få anmälda deltagare. Detta har analyserats och ett förbättringsarbete har genomförts inför årets utbildningsomgångar. Bedömningen är att de vidtagna åtgärderna ska skapa bättre förutsättningar för att genomföra utbildningen enligt plan under innevarande år.

Resultatmått	Målvärde 2025	Utfall 2025			Utfall 2024		
		kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt
Sjukfrånvaro, totalt i procent av anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid	6,5	8,6	6,2	7,8	8,3	6,3	7,7
Andel långtidsfriska (%)	60	58	63	59	61	60	61
Andel heltidsanställda (%)	92	89	91	90	88	89	88
Andel heltidsanställda exkl. personlig assistans	95	97	97	97	96	97	97
Andel skyddsombud som har genomgått introduktion (%)	90	73	67	71	71	63	69
Andel skyddsombud som genomgått förvaltningens utbildningar för skyddsombud	-	-	-	-	33*	32*	33*
Andel chefer med max 30 medarbetare (%)	100	97	100	97	96	96	96
Medarbetarenkäten, medelvärde	4,8	5,1	5,1	5,0	5,1	5,0	5,0

*Kan vara samma personer då det är olika innehåll i utbildningarna

Tilläggsuppgdrag från Individ- och familjenämnden till förvaltningen

Uppdrag	Status jan–dec	Motivering/kommentar
Förvaltningen uppdras att genomföra en genomlysning hur personalinflytandet ytterligare kan öka inom nämndens verksamhet.	Ej genomfört	Under året har uppdraget förtydligats. För att ytterligare öka personalinflytandet kommer under 2026 ett särskilt fokus riktas på arbetsplatsträffarnas funktion som forum för delaktighet och påverkan.
Förvaltningen uppdras intensifiera arbetet med att ta fram tjänster för helgtjänstgöring inom funktionshinderomsorgen.	Genomfört	Rutin finns framtagen. Under 2026 kommer det undersökas vilka möjligheter det finns att erbjuda exempelvis studenter helgarbete utifrån en i förväg beslutad frekvens, samt undersöka intresse hos redan anställda som önskar schemaplaneras enbart helg.

Ekonomiuppföljning

Händelser av väsentlig betydelse som har påverkat nämndens ekonomi

Nämnden har under året fortsatt fått stor påverkan på sin ekonomi av de mer komplexa behov hos individer i samhället vilket lett till att genomsnittspriset för ett dygn inom placering legat runt 8 000 kronor per dygn på HVB hem under 2025. Nämndens ekonomi har också påverkats negativt av de ökade kostnader för SiS hem genom att subventioneringen av platser togs bort vid årsskiftet 2024–2025 vilket lett till ökade dygnskostnader om 3 675 kronor per dygn eller 50% ökning av kostnaden per dygn. Detta motsvarar cirka 0,6 mnkr i månaden i merkostnader eller 7,2 mnkr på helårsbasis jämfört med de 2,0 mnkr i statsbidrag som betalats ut för att täcka kostnadsökningen för en nettokostnadsökning om 5,2 mnkr.

Budgetavvikelse, utfall i år och föregående år

Individ- och familjenämndens resultat för perioden (-16,7 mnkr) förklaras av funktionshinderomsorg (+6,4 mnkr), gemensamma kostnader (+12,6 mnkr), ensamkommande barn (-2,9 mnkr), försörjningsstöd (+4,9 mnkr) samt individ- och familjeomsorg (-37,6 mnkr).

Nämndens ekonomi har en fortsatt stark påverkan av kostnaden för placeringar inom IFO verksamheten där dygnspriserna fortsatt öka under 2025 samtidigt som dygnen minskat. Ökningen av dygnspriser ger en fortsatt hög nettokostnad för placeringar och ett resultat över budget.

Inom funktionsverksamheten har nämnden sett en förbättring av det ekonomiska utfallet under hösten till stor del beroende på fortsatt minskade volymer inom hemtjänstverksamheten med medföljande kostnader. Dessa volymer har i stor grad övergått till den nya verksamheten boendestöd men kostnaderna har legat på en lägre nivå än inom hemtjänsten.

Inom boendeformen särskilt boende för LSS har nämnden fortsatt svårt att få ekonomi i externa placeringar men de interna boendena har sett en minskande kostnadsbild under hösten med effekter från effektiviseringsåtgärder vilket lett till att de interna boendena uppvisar ett överskott per sista december. Nämnden fortsätter emotta viten för ej tillhandahållna boendeplatser och dessa uppgick per sista december till 4,1 mnkr eller 24,5% av nämndens underskott.

Jämfört med föregående år så har nämndens kostnader inom LSS området minskat till stor grad på grund av de minskade volymerna inom hemtjänsten samt bättre kostnadskontroll inom LSS-boenden.

Inom IFO området har underskottet ökat på grund av de högre dygnspriserna som överstiger kostnadsminskningen för de minskade volymerna. Nämnden fortsätter jobba med att minska placeringar.

Avvikelsen från delårsbokslutets prognos består till stor del på grund av ökade intäkter från statsbidrag samt de fortsatt minskade volymerna inom hemtjänsten. Statsbidraget för omställning till ny socialtjänstlag samt påfyllning av en del mindre statsbidrag har kraftigt ökat intäkterna. Statsbidraget för ny socialtjänstlag var uppe för diskussion kring fördelning inom kommunen varvid nämnden valde att ta en väldigt konservativ hållning kring förväntade intäkter från det.

(mnkr med en decimal)	Budget 2025	Utfall 2025	Budget-avvikelse 2025	Utfall 2024	Budget-avvikelse 2024	Prognos vid rapport jan-aug 2025	Prognos-avvikelse
Verksamhetens intäkter	232 ,4	269,3	36,8	261,9	34,8	-8 ,0	42,8
Verksamhetens kostnader	-2 006,9	-2 060,4	-53,5	-1 999	-82,9	-30,1	-23,4
Verksamhetens nettokostnad	-1 774,4	-1 791,1	-16,7	-1 737,1	-48,1	-38,1	21,4

Investeringar

Nämndens budgetavvikelse för investeringar består till största del på att de investeringsmedel nämnden har är till för inventarier i lokaler som ej levererats enligt investeringsplan.

(mnkr med en decimal)	Budget 2025	Utfall 2025	Budget-avvikelse 2025	Utfall 2024	Prognos vid rapport jan-aug 2025	Prognosavvikelse
Verksamhetens nettoinvesteringar	-13,9	-6,5	7,4	10,0	5,4	2,0

Ombudgetering av investeringar

Nämnden önskar ombudgetera 4,2 mnkr till 2026 på grund av fördröjning av lokaler där investeringsmedel ej kunnat användas. Vissa medel har delvis kunnat användas på grund av

att lokalernas leverans skett senare än planerat vilket lett till att investeringarna ej hunnit slutföras.

Redovisning av privata utförare av väsentlig betydelse

Nämndens andel av privata utförare minskar marginellt från 20,6 2024 till 20,4 2025.

Minskningen påverkas av lägre volymer inom hemtjänsten samt de ökade dygnskostnaderna inom placeringar.

Redovisning av avtalssamverkan av väsentlig betydelse

Bilaga 1 – Uppföljning grunduppdrag jan-dec 2025

GRUNDUPPDRA G: Tillgodose behov av stöd och omsorg inom socialtjänstens lagstadgade ansvarsområde för att stärka och trygga den enskilde att leva ett självständigt liv. Socialtjänsten arbetar förebyggande för att främja jämlika levnadsvillkor							
Nämnden följer:	Underlag:	Målvärde 2025	Resultat jan-dec 2025	I hög grad uppfyllt	I viss grad uppfyllt	Ej uppfyllt	Kommentar:
Det systematiska kvalitetsarbetet	Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse	Ärligen upprättad	Ja*	ja		nej	*fastställs i nämnden i februari
Det förebyggande arbetet	Genomförda öppna gruppaktiviteter (barn/familj)	Samtliga planerade genomförs	74%	75-100% genomförda	25-75% genomförda	0-25% genomförda	
	Genomförda öppna gruppaktiviteter för vuxna hos Alkohol- och drogmottagningen	Samtliga planerade genomförs	100%	75-100% genomförda	25-75% genomförda	0-25% genomförda	
	Andel som erbjudits VHU i LSS-bonde av de som hör till aktuellt åldersintervall	100%	93%	75–100%	25–75%	0–25%	
Myndighetsutövning	Andel anmälningar gällande barn och unga som hanteras inom stipulerad tid	100%	95%	90–100%	50–90%	0–50%	
	Andel utredningar enligt SoL barn/unga som handläggs i tid	100%	95%	90–100%	50–90%	0–50%	
Verkställande av insatser	Andel beslut som ej verkställts inom 3 månader, LSS	0%	11% (Vuxna: 11% Barn: 8%)	0–25%	25–75%	75–100%	
	Andel beslut som ej verkställts inom 3 månader, SoL	0%	1% (Vuxna: 1% Barn: 1%)	0–25%	25–75%	75–100%	
Status på planerade åtgärder/områden för 2025 (huvudprocess Tillgodose behov av stöd och omsorg)	Sammanvägd status av de 10 (9) planerade åtgärderna	Samtliga genomförda enligt plan	7 enligt plan	7-10 (6-9) genomförda enligt plan	4-6 (3-5) genomförda enligt plan	0-3 (0-2) genomförda enligt plan	I bilaga till vp 2025 har felaktigt antal planerade åtgärder angetts, 9 istället för 10. Siffror inom parentes från vp.
Kvalitet och utveckling i varje delprocess	Sammanvägd bedömning av kvalitet och utveckling i varje delprocess.	Samtliga (8) utvecklas i positiv riktning	Samtliga	5-8 delprocesser positiv riktning	3-4 i positiv riktning	0-2 i positiv riktning	Se tabell Bilaga 2

Bilaga 2 – Uppföljning kvalitet och utveckling i delprocesserna jan-dec 2025

Övergripande	Resultat Jan-dec 2024	Målvärde / önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/ pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Nollvision suicid	1	0	2	-	-	negativ	
Ge stöd och service enligt LSS	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/ pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Andel beslut som ej verkställts inom 3 månader, LSS, per insats	Nytt 2025	Minska	Vuxna: 11% Barn: 8%	Vuxna: 8% Barn: 8%	Vuxna: 14% Barn: 9%	-	År 2024 följdes andelen verkställda beslut, vilket förändrades inför 2025. Med förändringar i mått blir det ej möjligt att bedöma utvecklingen eftersom det saknas referensvärde från föregående år. Vid delårsrapporten för 2025 framkom att tillvägagångssättet att ta fram måttet inte möjliggjorde verklighetstrogen statistik. Därför har tillvägagångssättet för framtagande av måttet setts över inför 2026.
9.2 Personlig assistans			Vuxna: 0% Barn: 0%	Vuxna: 0% Barn: 0%	Vuxna: 0% Barn: 0%		
9.3 Ledsagarservice			Vuxna: 13% Barn: 27%	Vuxna: 10% Barn: 25%	Vuxna: 17% Barn: 27%		
9.4 Kontaktperson			Vuxna: 19% Barn: 36%	Vuxna: 18% Barn: 36%	Vuxna: 20% Barn: 36%		
9.5 Avlösarservice i hemmet			Vuxna: 19% Barn: 7%	Vuxna: 18% Barn: 4%	Vuxna: 20% Barn: 9%		
9.6 Korttidsvistelse			Vuxna: 5% Barn: 1%	Vuxna: 0% Barn: 3%	Vuxna: 8% Barn: 0%		
9.7 Korttids tillsyn för skolgång			Vuxna: 0% Barn: 1%	Vuxna: 0% Barn: 3%	Vuxna: 0% Barn: 0%		
9.8 Bostad med särskild service för barn			Barn: 0%	Barn: 0%	Barn: 0%		
9.9 Bostad med särskild service för vuxna			Vuxna: 6%	Vuxna: 7%	Vuxna: 6%		
9.10 Daglig verksamhet			Vuxna: 4%	Vuxna: 5%	Vuxna: 4%		

Andel uppföljda beslut, per insats	Nytt 2025	100%	44%	-	-	-	Eftersom bytet av verksamhetssystem inte genomfördes kan måttet inte tas ut som planerat (med statistik per insats). Det saknas referensvärde för att bedöma utvecklingen. Den sammantagna uppföljningen av ärenden som gjorts under 2025 är 44 % av samtliga ärenden (615 av 1400). Av uppföljda beslut har 80% visat att behoven är oförändrade. Målvärde inte uppnått med aktuellt resultat. Under 2026 kommer uppföljda beslut följas riktat inom tre områden (personer under 18 år, externa placeringar och personlig assistans).
Andel brukare som känner sig trygga med alla sina assistenter(personligassistans)	100%	85%	82%	-	-	negativ	Negativ utveckling jämfört med resultatet 2024. Målvärde ej uppnått.
Andel brukare som uppger de får bestämma om saker som är viktiga hemma (gruppbostad och servicebostad, LSS)	84%	80%	81%	82%	81%	positiv	Målvärde uppnått trots en marginell minskning från 2024.
Andel brukare som uppger de får bestämma om saker som är viktiga (DV)	72%	80%	78%	79%	78%	positiv	Positiv utveckling jämfört med resultatet 2024. Målvärde ej uppnått.
Antal personer som går från daglig verksamhet till Torgen, anställning eller studier	8	4	4	-	-	positiv	Målvärde uppnått trots ett minskat resultat jämfört med 2024. Stort inflöde till interna verksamheter ger påverkan på resultatet för externa platser.
Andel personer som har sin dagliga verksamhet förlagd till företag/förening/offentlig sektor	24%	34%	26%	18%	33%	positiv	Positiv utveckling jämfört med resultatet 2024. Målvärde ej uppnått.
Antal pågående ärenden, totalt	Nytt 2025	-	1624	729	825	-	Detta är ett mått för att förstå utvecklingen, som ej värderas i förhållande till mål.
Antal nya beslut, per insats Totalt alla insatser	Nytt 2025	-	Vuxna: 263 Barn: 196	Vuxna: 129 Barn: 69	Vuxna: 134 Barn: 127	-	Detta är ett mått för att förstå utvecklingen, som ej värderas i förhållande till mål.
9.2 personlig assistans			Vuxna: 18 Barn: 7	Vuxna: 9 Barn: 3	Vuxna: 9 Barn: 4		
9.3 Ledsagarservice			Vuxna: 37 Barn: 16	Vuxna: 16 Barn: 5	Vuxna: 21 Barn: 11		
9.4 Kontaktperson			Vuxna: 47 Barn: 23	Vuxna: 24 Barn: 8	Vuxna: 23 Barn: 15		
9.5 Avlösarservice i hemmet			Vuxna: 5 Barn: 48	Vuxna: 3 Barn: 10	Vuxna: 2 Barn: 38		
9.6 Korttidsvistelse			Vuxna: 15 Barn: 65	Vuxna: 4 Barn: 28	Vuxna: 11 Barn: 37		
9.7 Korttidsstillsyn för skolutbildning			Vuxna: 1 Barn: 29	Vuxna: 0 Barn: 13	Vuxna: 1 Barn: 16		

Kommenterad [PN1]: Monica Louise Christensson Vad säger du om det här..? Rimligt? Streck, neutral eller negativ?

Kommenterad [MD2R1]: Det där är lite klurigt, har några sådana situationer i de andra processerna också. Men det är ju precis så som du skriver att det inte går att bedöma utveckling, och då bör det ju vara ett streck. Snycigt skrivet med målvärdet, det ska jag skriva på de andra också.

Kommenterad [PN3R1]: Känns detta som en ok formulering?

9.8 Bostad med särskild service för barn			Barn: 8	Barn: 2	Barn: 6		
9.9 Bostad med särskild service för vuxna			Vuxna: 56	Vuxna: 24	Vuxna: 32		
9.10 Daglig verksamhet			Vuxna: 84	Vuxna: 49	Vuxna: 35		
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan				positiv	Samtliga planerade aktiviteter genomförda
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						Majoriteten av de parametrar som vi följer har utvecklats i en positiv riktning även om målvärde inte alltid nås.
Ge stöd, omsorg och skydd (enligt Sol och LVU) till barn, unga och familj	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/ pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Genomförda öppna gruppaktiviteter (barn/familj)	Nytt 2025	100%	74%	-	-	positiv	Utbudet av föräldrastödsgupper har utvecklats under 2025 och antalet registrerade omgångar har ökat från föregående år. 29 av 39 planerade gruppaktiviteter är genomförda. Främsta anledning till ej genomförda aktiviteter är att det varit för få anmällda. Antalet stödgrupper har ökat, stödet når fler målgrupper och antalet medborgare som har fått stöd genom deltagande i stödgrupper har ökat. Sammantaget görs bedömningen att det är en positiv utveckling i förhållande till målet.
Andel anmälningar inom barn och unga som hanteras inom stipulerad tid efter aktualisering		100%	95%	96%	95%	positiv	Under året har den del av delprocessen som utgörs av myndighetsutövningen genomfört förändrade arbetssätt som innebär att förhandsbedömningar för inkomna anmälningar hanteras direkt i den enhet som fortsatt ska möta den enskilde. Det nya arbetssättet har förbättrat flödet, vilket innebär att alla ärenden fördelas. Det är en positiv utveckling som skett under året.
Andel utredningar enligt Sol barn/unga som handläggs i tid	Nytt 2025	100%	95%	95%	95%	positiv	Utvecklingsarbetet inom myndighetsutövningen har påverkat resultatet i en positiv riktning, genom att merparten av alla utredningar avslutas under 90 dagar. Ett aktivt arbete med utredningsprocessen för att minska antalet utredningar som överstiger/ närmar sig 120 dagar pågår, genom bl.a. handledning och metodträffar. Arbetet med förhandsbedömningar bedöms även ha påverkat resultatet.
Andel ej verkställda beslut enligt Sol, fördelat på insats			1%	1%	2%	positiv	Kontaktfamilj och kontaktperson är de insatser som inte har siffror på 0 %. 1% innebär att det är ett begränsat antal ej verkställda beslut om insats, som inte har verkställts under 2025. Bedömning görs därför att det skett en positiv utveckling.
Totalt alla insatser	Nytt 2025	0%	0%	0%	0%		
Behandlingshem/HVB			0%	0%	0%		
Bostad även stöd-, ungdoms-, övergångsboende, bostadsanskaffning			0%	0%	0%		
Boendestöd			0%	0%	0%		

Familjehem			0%	0%	0%		
Kontaktfamilj			8%	10%	5%		
Kontaktperson			4%	3%	5%		
Korttidsboende			0%	0%	0%		
Öppenvårdsverksamhet (inkl. familjebehandlande insatser)			0%	0%	0%		
Annat bistånd:			0%	0%	0%		
Andel barn och unga som upplever att de varit delaktiga	94%	100%	96%	91%	100%	positiv	Måttet avser Familjehandlingen, som bevarar de positiva resultatet från förra året. Enkäten delades ut till 67 % av barnen som avslutade en familjehandlingsinsats under 2025. Av dem var det 63 % som svarade på enkäten. Ett arbete har påbörjats under året för att öka svarsfrekvensen genom att utveckla nya enkäter anpassade utifrån ålder
Andel barn och unga som upplever att de blivit lyssnade på	98%	100%	96%	96%	96%	positiv	Måttet avser Familjehandlingen, som bevarar de positiva resultatet från förra året. Enkäten delades ut till 67 % av barnen som avslutade en familjehandlingsinsats under 2025. Av dem var det 63 % som svarade på enkäten. Ett arbete har påbörjats under året för att öka svarsfrekvensen genom att utveckla nya enkäter anpassade utifrån ålder
Andel ärenden där behov av extern samverkan identifierats och genomförts	96%	Bevara	96%	95%	96%	positiv	Måttet visar på fortsatt höga siffror, helt enligt målvärdet att bevara.
Andel placerade barn/unga med upprättad genomförandeplan (verkställd insats)	Nytt 2025	100%	96%	95%	96%	positiv	En ökning av andel placerade barn/unga med upprättad genomförandeplan har skett under året. Utveckling i förhållande till mål bedöms positiv.
Antal placeringsdygn för barn och ungdomar på HVB (även SIS)	12 667*	Minska	13 058	7 253	5 805	-	Uppgifterna kommer från verksamhetssystemet. Det har framkommit att det finns en differens mellan dessa uppgifter och uppgifterna gällande fakturerade dygn i ekonomisystemet. Under 2024 var differensen relativt stor (15 169 st i ekonomisystemet mot 12 667 st i verksamhetssystemet) och tros framförallt bero på att bytet av verksamhetssystemet påverkat uppgifterna därifrån. Differensen under 2025 är mindre. Då uppgifterna för 2024 är osäkra görs ingen bedömning av utveckling av det här måttet. Det går dock att se att utvecklingen över tre års tid är positiv och antal dygn har minskat under den perioden.
Antal placeringsdygn för barn och ungdomar i familjehem totalt (även konsultstödda)	56 793 (30 096)	Minska	56 013 (26 939)	29 883 (14 322)	26 130 (12 617)	positiv	Antal placeringsdygn har minskat och framför allt har det skett en minskning av de konsultstödda familjehemmen. Det har genomförts aktiviteter för att minska placeringsdygnen. Tiden för barn i jourhem har minskat under året. En skillnad från tidigare år är att fler barn varit placerade i våra egna familjehem istället för externa.
Andel ärenden där nätverket involverats under utredning och insats	48%	Öka	52%	48%	55%	positiv	Andelen familjer där nätverket har involverats har ökat något och medvetenheten för nätverksarbete har stärkts i och med det utvecklingsarbete som pågår.
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan				positiv	Verksamheterna inom delprocessen har fortsatt påverkats av att flera utvecklingsarbeten pågår samtidigt och berör samma verksamheter. Prioriteringar av aktiviteter har varit nödvändigt. Trots det har arbete pågått i alla planerade aktiviteter och ett stort antal av dem genomförts.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						

<i>Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVM) till vuxna</i>	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/ pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Andel ej verkställda beslut enligt SoL, per insats	Nytt 2025	0%	1%	1%	1%	neutral	Totalt sett verkställdes inte 1% av besluten rörande vuxna enligt SoL i tid 2025. Det motsvarar 6% av ledsagningsbesluten och 11% av kontaktpersonsbesluten. Det pågår flera aktiviteter för att bättre kunna tillgodose dessa insatser.
Genomförda öppna gruppaktiviteter för vuxna hos Alkohol- och drogmottagningen	Nytt 2025	100%	100%	-	-	positiv	Verksamheten har under året haft fyra gruppaktiviteter som var planerade och alla är genomförda.
Antal som minskat stöd pga. självständighet i boendestöd	97	Bevara	173	88	85	positiv	Det positiva resultatet beror på att boendestödet arbetar tydligare för en ökad självständighet. Förutsättningarna för att mäta detta har förändrats i och med införandet av boendestöd där frekvensen mäts i tillfällen per vecka och inte i timmar.
Antal personer som avslutat sitt boendestöd på grund av ökad självständighet	152	Bevara	201	109	92	positiv	Boendestödet har utvecklat arbetssätt där personen med planering, motivering och stöttning ska klara att utföra sysslor på egen hand. Det ger möjlighet till ökad självständighet. Under hösten har flera ärenden med tillsvidarebeslut kunnat avslutas utifrån att självständighet uppnåtts och behovet av insatsen inte längre finns.
Andel som fullföljer behandling inom Beroendeenheten	61%	Öka	65%	65%	64%	positiv	Utvecklingen är positiv. Arbete pågår för att ta reda på i vilka steg i behandlingen som flest personer hoppar av för att se vad som kan förändras för att minska avhoppet ytterligare.
Antal sociala kontrakt som övergår i förstahandskontrakt	19	Öka	22	9	13	positiv	Positiv utveckling.
Andel våldsutsatta vuxna med individuella mål uppnådda efter avslutat stöd från Centrum mot våld	70%	Öka	66%	65%	80%	neutral	Resultatet för helåret är något lägre än föregående år. Under 2025 har fler personer som sökt sig till Centrum mot våld haft mer akuta behov av stöd, personer som lever i våld eller som är under uppbrott. Detta kan ha lett att färre personer nått uppsatta mål.
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfö r enligt plan				neutral	Under året har flera planerade aktiviteter genomförts. Samtidigt har andra aktiviteter behövt prioriteras ned.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						
<i>Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden</i>	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/ pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Andel av tidsbegränsade ärende som handläggs i rätt tid	Nytt 2025	100%	100%	-	-	positiv	Målvärde uppnått.
Andel besvarade samtal i telefonmottagningen	Nytt 2025	100%	98%	-	-	positiv	De samtal som inte kommit fram har själva valt att avsluta sin plats i kön. Även om målvärdet inte är uppfyllt, så bedöms resultatet vara positivt och indikerar att verksamheten har en god tillgänglighet i telefonmottagningen.

Antal inkomna ärenden	Nytt 2025	-	664	-	-	-	Mått för utveckling som ej ska värderas i förhållande till mål.
Andel genomförda barnsamtal/träffar med barnet i samband med utredning	Nytt 2025	100%	96%	-	-	positiv	Familjerätten har genomfört barnsamtal/träffar (1-3 samtal per barn) i alla ärenden där det bedömts lämpligt.
Andel som anser att familjerätten har hög tillgänglighet i samband med samarbetsamtal	Nytt 2025	100%	73%	-	-	negativ	Målvärde ej uppnått och negativ utveckling sedan delåret. Detta är dock ett förväntat resultat, med hänsyn till att en vakant tjänst lett till lite längre väntetider under hösten.
Andel som anser att samarbetsamtalet varit till hjälp för familjen	Nytt 2025	75%	54%	-	-	negativ	Målvärde ej uppnått och negativ utveckling sedan delåret. Verksamheten har påbörjat nya arbetssätt kring samarbetsamtalen under hösten 2025.
Andel av de barn där föräldrar går i samarbetsamtal, som har erbjudits barnsamtal	Nytt 2025	100%	100%	-	-	positiv	Avsikten med måttet är att mäta andel erbjuda barnsamtal i de ärenden där det bedöms vara lämpligt med barnsamtal. Vid delårsrapporteringen var detta mått felaktigt och kunde inte bedömas. Nu har måttet reviderats och statistiken för hela 2025 visar på att familjerätten erbjudit barnsamtal i alla ärenden där det bedömts lämpligt.
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan	Pågår enligt plan			positiv	Samtliga aktiviteter har genomförts enligt plan.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						Sammantaget bedöms processen utvecklas i en positiv riktigt, även om några av parametrarna visar på en negativ utveckling.
Erbjuda familjerådgivning	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/flickor	Resultat män/pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Andel ärenden där rådgivning slutförts under perioden	78%	Öka	76%	-	-	negativ	
Antal kontakter i familjerådgivningens mottagning av rådgivande karaktär	268	-	216	-	-	-	Mått för utveckling som ej ska värderas i förhållande till mål.
Andel som erbjudits samtal inom 1 månad	11%	Öka	14%	-	-	positiv	Marginell ökning. Måttet visar andel som erbjudits samtal inom en månad, av de ärenden som stått i kö och som avslutats under delåret 2025. Insamlad statistik visar även på att väntetiden för nya ärenden minskat över tid.
Andel som upplevt att stödet lett till positiva förändringar	94%	Bevara	91%	89%	96%	negativ	Resultatet bedöms vara på en fortsatt godtagbar nivå, trots en minskning. Det har även skett en positiv utveckling sedan delåret.
Andel som anser att familjerådgivningen har haft fokus på barnets bästa	86%	Bevara	94%	94%	93%	positiv	

Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan	Pågår enligt plan			positiv	En aktivitet har pausats under året på grund av omprioriteringar. Övriga aktiviteter har genomförts enligt plan.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						Sammantaget har processen utvecklats i en positiv riktning.
<i>Ge stöd till självförsörjning och tillgodose behov av ekonomiskt bistånd</i>	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Nollvision vräkning av barn	3	0	10	5	5	negativ	Totalt har 10 barn i 3 familjer vräkts från sitt boende. I samband med avhysningarna har försörjningsstödet samverkat med barn och unga och boende för barnen har säkrats i alla enskilda fall. Ingen avhysning under perioden september-december.
Antal bidragsmånader för personer som uppbär ekonomiskt bistånd	Uppgifter från 2024 ej tillgängliga	Minska	8999	4413	4586	positiv	Positiv utveckling i jämförelse med resultatet för 2023 som var 9474 bidragsmånader.
Andel ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd	81%	Öka	79%	-	-	neutral	En något lägre andel personer som inte återaktualiseras för nytt försörjningsstöd under året. Att fler återvänder till försörjningsstöd än tidigare är ett resultat av en lite mer ansträngd arbetsmarknad. Måttet möjligt att ta ut på hushållstyp, ej kön.
Antalet barn som ingår i hushåll som uppbär försörjningsstöd	Uppgifter från 2024 ej tillgängliga	Minska	447	230	217	positiv	Positiv utveckling i jämförelse med resultatet för 2023 som var 558 barn i hushåll som uppbär försörjningsstöd.
Antalet familjer med barn som uppbär försörjningsstöd	Uppgifter från 2024 ej tillgängliga	Minska	355	-	-	positiv	Positiv utveckling i jämförelse med resultatet för 2023 som var 373 hushåll med barn som uppbär försörjningsstöd. Måttet möjligt att ta ut på hushållstyp, ej kön.
Antal bidragsmånader för personer som uppbär ekonomiskt bistånd på grund av arbetslöshet	Uppgifter från 2024 ej tillgängliga	Minska	3491	1714	1777	positiv	Positiv utveckling i jämförelse med resultatet för 2023 som var 4115 bidragsmånader.
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan				positiv	De planerade aktiviteterna för 2025 har genomförts enligt plan.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						
<i>Tillgodose behov av stöd i boende under skolgång till vissa elever vid Rh-gymnasium</i>	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Alla elever som blivit antagna till utbildningen (med elevhem) har erbjudits plats i elevhemmet	Nytt 2025	100%	100%	-	-	positiv	Inför läsåret 2025/2026 har 1 elev (med behov av elevhem) antagits och fått plats på elevhemmet. Målvärde uppnått.

Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan	Pågår enligt plan			positiv	En aktivitet har pausats under året på grund av förändrade förutsättningar. Övriga aktiviteter har genomförts enligt plan.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						
<i>Erbjuda hälso- och sjukvård till personer i bostad med särskild service och under vistelsetid daglig verksamhet</i>	Resultat jan-dec 2024	Målvärde / Önskad riktning 2025	Resultat jan-dec 2025	Resultat kvinnor/ flickor	Resultat män/pojkar	Utveckling i förhållande till mål*	Kommentarer
Andel som erbjudits VHU i LSS-boende av de som hör till aktuellt åldersintervall	87%	Genomfört enligt plan	93%	100%	87%	positiv	Samtliga i aktuellt åldersintervall har identifierats och i två fall gjordes bedömningen att det inte var lämpligt att erbjuda VHU (utifrån individuella behov). Vi fortsätter arbeta med VHU enligt planering och kommande år planeras 31 personer finnas i aktuellt åldersintervall. Den övergripande styrgruppen där vi samverkar med regionen både från HC och folkhälsa kring VHU fortsätter.
Hälso- och sjukvårdspersonalens självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner	Nytt 2025	90-100%	98%	-	-	positiv	Målvärde uppnått.
Andel brukare som är nöjda med det bemötande de fått	100%	90-100%	93%	92%	95%	positiv	Målvärde uppnått.
Status på planerade aktiviteter	-	Genomfört enligt plan				positiv	Samtliga aktiviteter har genomförts enligt plan.
Sammanvägd bedömning – processens utveckling:	Positiv						

*Alternativet "neutral" används när det inte skett någon utveckling alls eller där utvecklingen är inom ett litet spann från målvärdet åt något håll.



Individ- och familjenämndens rapport till KS,
januari–december 2025

Verksamhetsuppföljning

Nämndens grunduppdrag

Individ- och familjenämnden	Bedömning av nämndens grunduppdrag
Tillgodose behov av stöd och omsorg inom socialtjänstens lagstadgade ansvarsområde för att stärka och trygga den enskilde att leva ett självständigt liv. Socialtjänsten arbetar förebyggande för att främja jämlika levnadsvillkor	I hög grad uppfyllt
Aktiviteter i grunduppdraget:	
Systematiskt kvalitetsarbete	I viss grad uppfyllt
Förebyggande arbete	I hög grad uppfyllt
Myndighetsutövning	I hög grad uppfyllt
Verkställande av insatser	I hög grad uppfyllt
Planerade åtgärder/områden 2025	I hög grad uppfyllt
Kvalitet och utveckling i delprocesserna	I hög grad uppfyllt

Bedömning och motivering

Nämnden har under 2025 verkställt sitt grunduppdrag i hög omfattning. Majoriteten av aktiviteterna i grunduppdraget har bedömts som i hög grad uppfyllda (se bilaga) och de flesta planerade åtgärderna för året har genomförts eller pågår enligt plan. Nämndens **systematiska kvalitetsarbete** beskrivs i Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna som fastställs i februari. Där beskrivs det kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som skett under året. Något som blivit tydligt är att det finns behov av förbättring i delar av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbete pågår för att åtgärda detta. I enlighet med nya socialtjänstlagens intentioner har stort fokus varit på att utveckla och stärka det **förebyggande arbetet** i samtliga verksamheter. Nämnden har sedan tidigare ett stort antal lätt tillgängliga insatser för medborgare att ta del av, bland annat i form av gruppaktiviteter/stödgrupper. Nämndens **myndighetsutövning** har under året genomförts på en hög nivå. Både anmälningar och utredningar gällande barn/unga har i hög grad

hanterats och handlagts i tid under året. Nämnden har sammantaget i hög grad kunnat **verkställa beslutade insatser** under året. Utvecklingen är positiv, och de åtgärder som vidtagits ger resultat. Det finns fortsatta svårigheter att verkställa vissa beslut.

Nämnden hade inför året planerat ett antal övergripande åtgärder inom olika områden. De flesta av dessa är genomförda eller pågår enligt plan. En del har inte kunnat genomföras enligt plan. Det handlar dels om översättning av brukarundersökningar till de minoritetsspråk som finns inom kommunens förvaltningsområde, något som inte varit möjligt att genomföra på grund av svårigheter att hitta översättare. En annan handlar om åtgärder för att stärka förutsättningar för inkluderande arbetssätt, där endast en del av åtgärden kunnat genomföras under året. En tredje handlar om byte av verksamhetssystem, och den beskrivs ytterligare under *Väsentliga händelser*.

Nämndens grunduppdrag är uppdelat i åtta delprocesser, där kvalitet och utveckling följs. Samtliga delprocesser bedöms utvecklas i positiv utveckling i förhållande till processmålen (se bilaga) Detta beskrivs utförligare nedan, under *Verksamhetens utveckling*.

Verksamhetens utveckling - kvalitet och utveckling i processerna

Ge stöd och service enligt LSS - positiv utveckling. Verkställandegraden av beslut enligt LSS har ökat i jämförelse med 2024, främst på grund av att flera LSS-boenden startats. Det är dock fortfarande svårt att verkställa beslut om kontaktperson och ledsagning. Förvaltningen har under året vidtagit åtgärder som förväntas ge resultat under 2026. Arbetet med att utveckla forum och form för LSS-samverkan mellan Umeå kommun och intresseföreningar för LSS har utvecklats positivt under året. Gällande barnrättsfrågor är det flertalet aktiviteter som pågår inom området. För att öka barns delaktighet har en brukarenkät som är riktad till barnverksamhet tagits fram under året. Som en del i nämndens jämställdhetsarbete har verksamheterna analyserat könsfördelning för ej verkställda beslut inom LSS. I analysen har man inte funnit några omotiverade skillnader mellan könen som föranleder åtgärder.

Ge stöd, skydd och omsorg till barn, unga och familj – positiv utveckling. Uppföljning visar på förbättring i flertalet mått sedan 2024. Prioriteringar har varit nödvändigt under året, trots det har arbete pågått i alla planerade aktiviteter och ett stort antal av dem har genomförts. Verksamheterna tar stöd av varandra, den interna samverkan har stärkts och målgruppens behov sätts i fokus. Arbetet i några verksamheter med att tydligare synliggöra barnets perspektiv har gett resultat. Inom *UVTS* har nämnden stått för 12 av de 46 aktiviteterna i den gemensamma aktivitetsplanen. Arbetet går helt i linje med omställningen till ny socialtjänstlag och samtliga tolv aktiviteter har pågått, men i olika omfattning. Arbetet för att minska placeringar har fortsatt genom att bland annat förstärka nätverksarbetet och

systematisera den interna uppföljningen av de placerade barnen, samt att utveckla insatser på hemma plan.

Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden - positiv utveckling. Familjerätten har haft barnsamtal eller träffat barn i alla de ärenden där det bedömts lämpligt, vilket är mycket positivt utifrån ett barnrättsperspektiv och i linje med målsättningen om att barns bästa ska vara avgörande i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge. Processens planerade aktiviteter har genomförts enligt plan, där familjerätten bland annat arbetat med att samordna familjerättsliga ärenden med barnskyddsutredningar.

Tillgodose behov av stöd i boende under skolgång till vissa elever vid Rh-gymnasium – positiv utveckling. Verksamheten har bland annat arbetat med att se över strukturer för delaktighet och medskapande för eleverna, samt att utveckla systemstöd för dokumentation.

Ge stöd, skydd och omsorg till vuxna – positiv utveckling. Nämnden har fortsatt arbeta med insatser för att möta behov av stöd på hemmaplan och har bland annat öppnat en lågtröskelverksamhet kallad Kraftverket, skapat utslusslägenheter till Bryggans sociala boende, formaliserat samverkan kring tandvård till personer i utsatthet och fortsatt utvecklingen av boendestödet. Några aktiviteter har inte genomförts enligt plan, bland annat Bostad först som införs under våren 2026.

Ge stöd till självförsörjning och ge ekonomiskt bistånd – positiv utveckling.

Försörjningsstödet har under året arbetat intensivt med nya socialtjänstlagen genom bland annat telefonmottagning, delaktighet i lågtröskelverksamheten Kraftverket samt att tillgängliggöra stödet på nya arenor. Arbetet med att införa barnkonsekvensanalyser vid beslut som kan påverka barn har fortsatt och kommer att utvecklas ytterligare under 2026. Sedan december har försörjningsstödet två handläggare som arbetar med felaktiga utbetalningar och försörjningsstödet ingår i ett nationellt nätverk för att förebygga välfärds kriminalitet. Samtliga aktiviteter i verksamhetsplanen har genomförts enligt plan och de mått som följs visar i stort på en positiv utveckling. Det finns dock tecken på att arbetsmarknaden i Umeå försämrats vilket ger effekter på behovet av ekonomiskt bistånd.

Erbjuda familjerådgivning - positiv utveckling. Andelen som blivit erbjuden rådgivning inom 1 månad, är dock på fortsatt låg nivå, även om det skett en marginell ökning under året. Insamlad statistik visar också på att väntetiderna för att få familjerådgivning har minskat över tid. De planerade aktiviteterna för året har genomförts enligt plan. Familjerådgivningen har arbetat med att följa väntetiderna och sett över nuvarande arbetssätt. Detta har bland annat resulterat i att testa en ny samtalsmetod, som bland annat förväntas bidra till ökad tillgängligheten

Erbjuda hälso- och sjukvård - positiv utveckling. Flera aktiviteter inom HSL syftar till att arbeta mer preventivt och förebyggande utifrån ett brukarperspektiv. Ett exempel är ett pågående arbete för att stärka teambaserade arbetssätt inom arbetsgruppen. Samtliga resultatmått inom processen har positiva resultat. När det gäller VHU har samtliga personer i aktuellt åldersintervall identifierats, och alla utom två personer har erbjudits hälsoundersökning. Bedömning att undanta dessa två är grundade på de enskildas individuella behov. Två årliga undersökningar har införts, varav den ena har fokus på tillgänglighet och den andra bemötande. Analys av tillgänglighetsundersökningen visade vissa skillnader i kön som har hanterats under året och följs upp under 2026.

Väsentliga händelser

Nämndens åtgärder för budget i balans - Under året har förvaltningen fortsatt verkställandet av de effektiviseringsåtgärder som nämnden beslutade om i december 2023. De positiva effekter som kunde konstateras före sommaren har bestått under hösten, vilket har bidragit till en successiv förbättring av nämndens ekonomiska resultat.

Brist på verksamhetsanpassade lokaler - Nämndens behov av verksamhetsanpassade lokaler, både verksamhetslokaler och administrativa lokaler, har inte kunnat tillgodoses i tillräcklig omfattning. Detta påverkar nämndens förutsättningar att fullgöra sitt grunduppdrag. För att åtgärda situationen vidtas insatser på flera nivåer. Åtgärderna har under året gett positiva resultat, bland annat genom en ökad leverans av boenden. För daglig verksamhet kvarstår dock svårigheter att verkställa beslut på grund av bristande lokalyta. När det gäller administrativa lokaler råder ökad trängsel, brist på mötesrum samt begränsade möjligheter för vissa verksamheter, exempelvis Centrum mot våld, att utöka sin verksamhet.

Omställning till ny lagstiftning - 1 juli 2025 trädde en ny socialtjänstlag i kraft. Omställningsarbetet har pågått sedan tidigare och intensifierades under året – vilket beskrivs under *Planerade åtgärder/områden 2025*. Intentionerna med den nya lagen är att socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara lätt tillgängliga, främja jämställda och jämlika levnadsvillkor och arbeta kunskapsbaserat. Omställningen är ett omfattande och resurskrävande arbete för nämndens verksamheter.

Byte av verksamhetssystem - Under våren 2025 kom Umeå kommun och leverantören Cambio överens om att avsluta avtalet om socialtjänstens processverktyg Viva. Anledningen är att man under verksamhetsanalys och införande insett att verksamhetens behov inte uppfylls. Arbetet med att förbereda ny upphandling har startat.

Nämndens arbete med inriktningsmål och program

Individ- och familjenämnden har tilldelats åtaganden för inriktningsmål 2 och 3. Målen konkretiseras i programmet för social hållbarhet. Nämndens arbete med att genomföra inriktningsmål och bidra till fokusområden och vilka effekter/resultat det har medfört beskrivs i bilaga 3.

Tilläggsuppdrag från kommunfullmäktige

Uppdrag	Status jan–dec	Motivering/kommentar
2023:1 Kommunfullmäktige ger kommunstyrelsen och nämnderna i uppdrag att öka omställningen av nämndernas verksamheter för att klara grunduppdraget i takt med att personalbristen ökar.	Genomfört	IFN har genomfört uppdraget och yttrade sig till kommunstyrelsen i mars 2025. Arbetet med omställning pågår och är ett långsiktigt arbete.
2023:2 Kommunfullmäktige ger kommunstyrelsen och nämnderna i uppdrag att öka samarbetet och ansvarstagandet över förvaltnings- och nämndgränser.	Genomfört	Nämnden samverkar med flera förvaltningar inom områden som lokalförsörjning, digitalisering samt omställningen till ny socialtjänstlag och UVTS. Inom den nystartade verksamheten Kraftverket sker ett nära samarbete med Arbetsmarknad och integration för att möjliggöra arbetslivsinriktade insatser. Under 2025 tydliggjordes ansvarsfördelningen för hemtjänst och boendestöd mellan Individ- och familjenämnden och Äldrenämnden, i syfte att säkerställa rätt kompetens oavsett ålder. Därutöver har ett samarbete inletts mellan Seniortorget (Äldrenämnden) och Aros Film inom IFN:s dagliga verksamhet för att öka tillgängligheten för seniorer genom digitala aktiviteter.

Personaluppföljning

Nämndens arbete för att nå personalpolitiska mål

Individ- och familjenämnden	Bedömning av nämndens arbete med personalpolitiska mål
Mål 5: Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället.	Enligt plan
Mål 6: Umeå kommun ska ha ledarskap som ges och ger förutsättningar för goda resultat, där riktvärdet för antalet medarbetare per chef inte är fler än 30.	Enligt plan
Mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.	Mer arbete krävs

Åtgärder och viktig utveckling/viktiga händelser inom målområdena

Kompetensförsörjning och attraktiv arbetsgivare (mål 5)

Ambassadorsverksamheten fortgår där fler ambassadörer har rekryterats. Några exempel på aktiviteter de varit delaktiga i är socionomdagen på Umeå universitet, en mini-MOA mässa för årskurs 5 och en aktivitet som genomfördes tillsammans med Västerbottens handelskammare - klassrumsträffar för högstadiel elever. Allt i syfte att skapa intresse för våra verksamhetsområden och locka fler att välja vård och omsorgsyрки. Hälften av de elever som genomför praktik inom stöd och omsorgs olika verksamheter går vidare till en anställning efter avslutad praktik. Detta visar att praktikplatserna fungerar som en effektiv rekryteringsväg och bidrar till att stärka kompetensförsörjningen. En aktivitet för att klara de ökande kompetensförsörjningsbehoven har bestått av att ta fram en handbok för cheferna inom funktionshinderomsorgen, Bemanningsstrategi i praktiken - en handbok för chefer inom FO. Den är tänkt att ge cheferna handfasta råd om hur en genomtänkt bemanningsstrategi kan ge chef bättre förutsättningar att leda verksamheten effektivt, skapa hållbara arbetsvillkor för medarbetarna och uppnå verksamhetens mål.

Ledarskap (mål 6)

Ett arbete har gjorts i förvaltningen, vilket har lett till att allt fler chefer nu når målet om att ha högst 30 medarbetare. Resultatet visar att vi är på god väg och att utvecklingen går i en positiv riktning. Inom alla verksamhetsområden har det under året pågått olika aktiviteter för att säkerställa en rimlig arbetsbelastning. Några exempel är att man inom myndighetsutövning gjort en kartläggning av de möten enhetschefer har samt vilka andra

åtaganden de blir inblandade i. IFO har identifierat faktorer som upplevs påverka arbetsbelastningen som man jobbar vidare med. Inom funktionshinderomsorgen har man bland annat haft särskilda arbetsmiljödagar för enhetscheferna där arbetsbelastning varit en av delarna man arbetet med. Flertalet enhetschefer inom stöd och omsorg anser att de får stöd i att utveckla grupper och individer i medarbetarskapet. Inom några verksamhetsområden har chefer utbildats i grupputvecklingsmodellen HUSET. Modellen ger en stabil struktur som hjälper till att skapa goda förutsättningar för både grupp- och individutveckling. Fler chefer kommer under nästkommande år att utbildas i modellen.

Friskfaktorer (mål 7)

Den totala sjukfrånvaron inom nämndens verksamheter har ökat något jämfört med föregående år. Den största ökningen är inom funktionshinderområdet och personlig assistans. Några faktorer som påverkat sjukfrånvaron anges vara sämre scheman, svårigheter att hitta tid till återhämtning och medarbetare som blivit långtidssjukskrivna (ej arbetsrelaterat). Återhämtning är det område som får sämst resultatet i medarbetarenkäten, inte bara inom personlig assistans utan även för förvaltningen i stort. Aktiviteter man arbetat med under året som är kopplade till återhämtning är bland annat att enhetscheferna jobbat med onboardingprocessen för att säkerställa en god introduktion. Inom personlig assistans har man utfört en schemakartläggning för att skapa hållbara och korrekta scheman. Detta är något som övriga verksamhetsområden inom funktionshinderomsorgen också jobbat med under året. Deltagarna i projektet SAMBA har fortsatt sitt arbete med att utveckla ny kunskap och försöka hitta nya arbetssätt för att behålla medarbetare på den gemensamma lokala arbetsmarknaden.

Resultatmätt	Målvärde 2025	Utfall 2025			Utfall 2024		
		kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt
Sjukfrånvaro, totalt i procent av anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid	6,5	8,6	6,2	7,8	8,3	6,3	7,7
Andel långtidsfriska (%)	60	58	63	59	61	60	61
Andel heltidsanställda (%)	92	89	91	90	88	89	88
Andel skyddsombud som har genomgått introduktion (%)	90	73	67	71	71	63	69
Andel chefer med max 30 medarbetare (%)	100	97	100	97	96	96	96
Medarbetarenkäten, medelvärde	4,8	5,1	5,1	5,0	5,1	5,0	5,0

Ekonomiuppföljning

Händelser av väsentlig betydelse som har påverkat nämndens ekonomi

Nämnden har under året fortsatt fått stor påverkan på sin ekonomi av de mer komplexa behov hos individer i samhället vilket lett till att genomsnittspriset för ett dygn inom placering legat runt 8 000 kronor per dygn på HVB hem under 2025. Nämndens ekonomi har också påverkats negativt av de ökade kostnader för SiS hem genom att subventioneringen av platser togs bort vid årsskiftet 2024–2025 vilket lett till ökade dygnskostnader om 3 675 kronor per dygn eller 50% ökning av kostnaden per dygn. Detta motsvarar cirka 0,6 mnkr i månaden i merkostnader eller 7,2 mnkr på helårsbasis jämfört med de 2,0 mnkr i statsbidrag som betalats ut för att täcka kostnaden för en nettokostnadsökning om 5,2 mnkr.

Budgetavvikelse, utfall i år och föregående år

Individ- och familjenämndens resultat för perioden (-16,7 mnkr) förklaras av funktionshinderomsorg (+6,4 mnkr), gemensamma kostnader (+12,6 mnkr), ensamkommande barn (-2,9 mnkr), försörjningsstöd (+4,9 mnkr) samt individ- och familjeomsorg (-37,6 mnkr).

Nämndens ekonomi har en fortsatt stark påverkan av kostnaden för placeringar inom IFO verksamheten där dygnspriserna fortsatt öka under 2025 samtidigt som dygngen minskat. Ökningen av dygnspriser ger en fortsatt hög nettokostnad för placeringar och ett resultat över budget.

Inom funktionsverksamheten har nämnden sett en förbättring av det ekonomiska utfallet under hösten till stor del beroende på fortsatt minskade volymer inom hemtjänstverksamheten med medföljande kostnader. Dessa volymer har i stor grad övergått till den nya verksamheten boendestöd men kostnaderna har legat på en lägre nivå än inom hemtjänsten.

Inom boendeformen särskilt boende för LSS har nämnden fortsatt svårt att få ekonomi i externa placeringar men de interna boendena har sett en minskande kostnadsbild under hösten med effekter från effektiviseringsåtgärder vilket lett till att de interna boendena uppvisar ett överskott per sista december. Nämnden fortsätter emotta viten för ej tillhandahållna boendeplatser och dessa uppgick per sista december till 4,1 mnkr eller 24,5% av nämndens underskott.

Jämfört med föregående år så har nämndens kostnader inom LSS området minskat till stor grad på grund av de minskade volymerna inom hemtjänsten samt bättre kostnadskontroll inom LSS-boenden.

Inom IFO området har underskottet ökat på grund av de högre dygnspriserna som överstiger kostnadsminskningen för de minskade volymerna. Nämnden fortsätter jobba med att minska placeringar.

Avvikelsen från delårsbokslutets prognos består till stor del på grund av ökade intäkter från statsbidrag samt de fortsatt minskade volymerna inom hemtjänsten. Statsbidraget för omställning till ny socialtjänstlag samt påfyllning av en del mindre statsbidrag har kraftigt ökat intäkterna. Statsbidraget för ny socialtjänstlag var uppe för diskussion kring fördelning inom kommunen varvid nämnden valde att ta en väldigt konservativ hållning kring förväntade intäkter från det.

(mnkr med en decimal)	Budget 2025	Utfall 2025	Budget-avvikelse 2025	Utfall 2024	Budget-avvikelse 2024	Prognos vid rapport jan-aug 2025	Prognos-avvikelse
Verksamhetens intäkter	232 ,4	269,3	36,8	261,9	34,8	-8 ,0	42,8
Verksamhetens kostnader	-2 006,9	-2 060,4	-53,5	-1 999	-82,9	-30,1	-23,4
Verksamhetens nettokostnad	-1 774,4	-1 791,1	-16,7	-1 737,1	-48,1	-38,1	21,4

Investeringar

Nämndens budgetavvikelse för investeringar består till största del på att de investeringsmedel nämnden har är till för inventarier i lokaler som ej levererats enligt investeringsplan.

(mnkr med en decimal)	Budget 2025	Utfall 2025	Budget-avvikelse 2025	Utfall 2024	Prognos vid rapport jan-aug 2025	Prognosavvikelse
Verksamhetens nettoinvesteringar	-13,9	-6,5	7,4	10,0	5,4	2,0

Ombudgetering av investeringar

Nämnden önskar ombudgetera 4,2 mnkr till 2026 på grund av fördröjning av lokaler där investeringsmedel ej kunnat användas. Vissa medel har delvis kunnat användas på grund av att lokalernas leverans skett senare än planerat vilket lett till att investeringarna ej hunnit slutföras.

Redovisning av privata utförare av väsentlig betydelse

Nämndens andel av privata utförare minskar marginellt från 20,6 2024 till 20,4 2025.

Minskningen påverkas av lägre volymer inom hemtjänsten samt de ökade dygnskostnaderna inom placeringar.

Redovisning av avtalssamverkan av väsentlig betydelse

Bilaga 3



Individ- och familjenämndens arbete med inriktningsmål och program

Individ- och familjenämnden har tilldelats åtaganden för inriktningsmål 2 och 3. Målen konkretiseras i programmet för social hållbarhet.

Fokusområde	Nämndens arbete 2025	Effekter/resultat
Programmet för social hållbarhet		
Fokusområde 1 Umeå ska växa hållbart utan några utsatta områden	Programåtagande 1.1 Umeå växer tryggt och säkert Under året har UmeBrå hållit i arbetsgruppsmöten där förvaltningen deltagit. Där har man bland annat gått igenom status i pågående arbeten samt planeringen framåt, för att säkerställa att alla förvaltningar är informerade om varandras insatser. I början av året påbörjades även ett uppföljningsarbete av samtliga aktiviteter inom UVTS som pågått sedan 2024. Två avstämningsmöten har genomförts; ett tillsammans med alla deltagande förvaltningar och ett separat med UmeBrå. Vid dessa möten följdes underlaget med de 12 aktiviteter som förvaltningen arbetat med upp, med fokus på vad som genomförts och hur arbetet har fortskridit.	Flera av de tolv aktiviteterna har nått sina mål, vilket visar att resursförstärkningar och ökad kompetens gett resultat. Föräldrar söker mer stöd och har större tillit till socialtjänsten, och fler insatser genomförs i tid. Samverkan inom SSPF har också förbättrats. De aktiviteter som bara delvis nått målen påverkas främst av bristande indikatorer och effektiviseringskrav under del av året som begränsat arbetet att nå målluppfyllelse.
	Programåtagande 1.2 Ett Umeå fritt från våld Arbetet med Umeå kommuns handlingsplan mot våld utgår från nämndens ansvarsområden samt de särskilda uppdrag nämnden har utifrån samverkansavtal för Centrum mot våld. Den kommunövergripande handlingsplanen avslutades i april 2025. Just nu pågår en översyn av nämndens arbete med våld i nära relation. I arbetet	Pågående översyn visar på att nämnden har många rutiner och arbetssätt på plats. Det fortsatta arbetet med översynen ska ta fram förslag på områden som behöver utvecklas. Upphandling av skyddat boende utifrån ny lagstiftning är genomförd. Under 2025 var 233 personer aktuella på mottagningen för våldsutsatta, varav majoriteten var kvinnor. I slutet av året var det 70

	ingår bland annat att säkra tillgången på skyddat boende samt arbetssätt och metoder för att upptäcka, riskbedöma våldsutsatthet, utreda och ge stöd och skydd. Ett nytt samverkansavtal är upprättat mellan kommunen och regionen gällande Mottagningen för våldsutsatta. Syftet med verksamheten är att synliggöra och motverka våld i nära relation och uppdraget är att ge stöd till förändring för de personer som tillhör målgruppen. Socialtjänstens socionomer erbjuder rådgivning och stödsamtal. Inom Barnahus samverkar fem olika myndigheter för att ge stöd och hjälp till barn som misstänks vara utsatta för allvarliga brott. Socialtjänsten har där en samordnare.	personer som stod i kö till ett första samtal hos socialtjänstens personal. 143 barn har varit aktuella på Barnahus under året.
	Programåtagande 1.3 Motverka segregation och framväxten av utsatta områden Arbetet med att motverka barnfattigdom har fortsatt under året och antalet barn i hushåll med försörjningsstöd fortsätter neråt. Inom försörjningsstödet finns också ett vräkningsförebyggande arbete där barnfamiljer med hyres- och elskulder fångas upp.	Minskning av antalet familjer med barn som uppbär försörjningsstöd Minskning av antalet barn som ingår i hushåll som uppbär försörjningsstöd Under året har tre barnfamiljer vräpts från sitt boende. Boende för barnen har säkrats i alla enskilda fall. Positiv utveckling gällande antalet bidragsmånader för personer som uppbär försörjningsstöd, som minskar.
Fokusområde 2 Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv	Programåtagande 2.3 Mäns våld mot kvinnor ska upphöra Samtliga av nämndens verksamheter har under året jobbat aktivt med åtgärder kopplat till våld. Under 2025 påbörjades en översyn av nämndens arbete med våld i nära relation. Syftet är att säkra att det finns arbetssätt och insatser för att möta behoven på bästa sätt. Samverkan med de ideella organisationer som bedriver kvinnojourer har förändrats med den lagändring som skett kring skyddat	Pågående översyn visar på att nämnden har många rutiner och arbetssätt på plats. Det fortsatta arbetet med översynen ska ta fram förslag på områden som behöver utvecklas. Upphandling av skyddat boende utifrån ny lagstiftning är genomförd.

	boende. Varken Stadsmissionen eller Kvinno- och tjejjouren fanns med i den upphandling av skyddat boende som skedde under 2025. Ett arbete påbörjades att utreda om det finns möjlighet till att teckna reserverat kontrakt, om de skyddade boendena får tillstånd från IVO, vilket Kvinno- och tjejjouren fick i augusti för sin externa lägenhet. Stadsmissionen har under 2025 inte fått klart med tillstånd. Ett fortsatt arbete med de ideella organisationerna kommer att ske under 2026.	
Fokusområde 3 Barns uppväxtvillkor	Programåtagande 3.1 Barns och ungdomars rätt till delaktighet och inflytande i kommunens utveckling ska säkerställas. Genom det fortsatta arbetet med Handlingsplanen för implementering av barnkonventionen, 2024-2026, har efterlevnaden stärkts. Arbetet beskrivs fördjupat i nämndens verksamhetsuppföljning, under rubriken <i>Planerade åtgärder/områden 2025</i> och punkten <i>Fortsatt sätta barnrättsperspektivet i fokus</i>. Utöver efterlevnaden av handlingsplanen för implementering pågår mycket arbete i den ordinarie verksamheten för att stärka tillämpning av gällande barnrättslagstiftning och efterlevnad av barnkonventionen med fokus på barns delaktighet, i mötet med varje barn.	Barnkonsekvensanalyser görs i allt större utsträckning inför beslut som påverkar barn direkt eller indirekt. Barnets rättigheter har stärkts framför allt i de verksamheter som möter barn direkt.
	Programåtagande 3.2 Motverka barnfattigdom. Både antalet barn i hushåll med försörjningsstöd och antalet familjer som tar emot försörjningsstöd har minskat sedan 2023. Nämnden har antagit riktlinjer för att särskilt stödja barnfamiljer som har lång tid med ekonomiskt bistånd. I handläggningen har arbetssätt för att uppmärksamma och ta hänsyn till barn i hushållet utvecklats under året.	Minskning av antalet familjer med barn som uppbär försörjningsstöd Minskning av antalet barn som ingår i hushåll som uppbär försörjningsstöd Riktlinje för ekonomiskt bistånd med särskild hänsyn till hushåll med barn antagen av nämnden.

	<i>Programåtagande 3.3</i> Förebyggande folkhälsoarbete Västerbottens hälsoundersökning (VHU) har genomförts enligt plan, och samtliga i aktuellt åldersintervall har identifierats och erbjudits VHU (med några undantag på grund av individuella behov). Arbetet fortsätter enligt planering. Den övergripande styrgruppen där nämnden samverkar med regionen både från HC och folkhälsa kring VHU fortsätter. Nämndens arbete med psykisk hälsa och suicidprevention har pågått under året på olika nivåer; insatser riktade till hela befolkningen, selektiva insatser riktade till grupper i utsatthet för suicidrisk samt indikerade insatser riktade till individer med suicidrisk. Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT) är fortsatt en viktig strukturerad samverkan mellan förskola, skola, socialtjänst och primärvård, som bidrar till att tillhandahålla ett lättillgängligt och samordnat stöd för barn och unga. I Umeå är den främsta åldersgruppen 0-5 år.	Andelen som tackade ja till VHU var något lägre än föregående år, vilket kan bero på de utmaningar som utökningen av området medfört, samt var brukare är listade. Undersökningarna har visat på stora behov av medicinska åtgärder och kunskapsluckor avseende hälsosamma levnadsvanor. HLT når fortsatt många barn och familjer. Uppföljningen från arbetet för 2025 visar att socialtjänsten behöver bli bättre på att initiera till HLT och antalet samordnade individuella planer behöver öka. Utvärdering visar på att föräldrarna i hög grad är nöjda med den hjälp de får.
Fokusområde 4 Boende och bebyggelsemiljö	<i>Programåtagande 4.3</i> Främja en socialt hållbar bostadsförsörjning och motverka hemlöshet. Nämnden deltar i planeringen för att i högre grad integrera särskilda boenden enligt LSS i såväl planeringen av nya bostadsområden som i utvecklingen av befintliga. Nämnden arbetar även med att utveckla nya boendeformer. Bland annat pågår planering för att starta boenden enligt SoL för personer under 65 år samt utveckling av vissa fastigheter som används för sociala kontrakt. Boendestödet har under året också fortsatt att utvecklas för att ge stöd i att behålla sitt boende. Uppstart av insatsen Bostad först under 2026 har planerats under året.	Genom att integrera LSS-boenden i nya och befintliga bostadsområden samt utveckla nya boendeformer enligt SoL stärks den sociala hållbarheten och möjligheten till jämlika livsvillkor. Planeringen bidrar till ett mer varierat och behovsanpassat bostadsutbud, ökad bostadstrygghet och minskad risk för hemlöshet. Utvecklingen av sociala kontrakt och Bostad först skapar mer långsiktiga boendelösningar och minskar behovet av tillfälliga insatser.

Fokusområde 5 Arbete och försörjning	<i>Programåtagande 5.1</i> Skapa förutsättningar för en ekonomisk jämlikhet och en högkvalitativ välfärd för livets alla skeden. Ingången till Arbetsmarknadstorgen har under året förändrats för att vara mer tillgänglig för personer i behov av samverkan kring stöd till arbetsrehabiliterande insatser. Ett pilotarbete i samverkan med Regionen kring sjukskrivna med försörjningsstöd för att säkra rehabilitering och aktivitet har avslutats under året. Arbetet fortsätter genom samverkansinitiativ via Samordningsförbundet.	Ny ingång till Arbetsmarknadstorgen upplevs positiv för både deltagare och medarbetare. Pilot med Mariehems hälsocentral visar positiva resultat gällande samverkan kring sjukskrivna med försörjningsstöd vilket resulterat i att fler har en aktiv plan under sjukskrivning.
	<i>Programåtagande 5.2</i> Särskilt stöd till de personer som står långt från arbetsmarknaden. Arbetsmarknad och integration har aktivt deltagit i planering och uppstart av den nya lågtröskelverksamheten Kraftverket och en medarbetare från Arbetsmarknad och integration finns på plats en dag i veckan för att fånga upp personer i behov av stöd till arbetslivsrehabiliterande insatser. I Samverkansförbundet har stort fokus legat på Arbetsförmedlingens omorganisering och det kommande aktivitetskravet som kommer att kräva att kommunen tar ett stort ansvar för aktiviteter för sjukskrivna och arbetslösa med försörjningsstöd. Ett pilotarbete i samverkan med Regionen kring sjukskrivna med försörjningsstöd för att säkra rehabilitering och aktivitet har avslutats under året. Arbetet fortsätter genom samverkansinitiativ via Samordningsförbundet	Ny ingång till Arbetsmarknadstorgen upplevs positiv för både deltagare och medarbetare. Positiv utveckling på antalet bidragsmånader för personer som uppbär försörjningsstöd Pilot med Mariehems hälsocentral visar positiva resultat gällande samverkan kring sjukskrivna med försörjningsstöd vilket resulterat i att fler har en aktiv plan under sjukskrivning.

Internkontrollplan individ-och familjenämnden 2025

Uppföljning januari – december 2025

Internkontrollplanen följs upp varje tertial och slutrapporteras i samband med årsbokslutet.

RV= riskvärde

Kontrollområde	Identifierad risk	Aktivitet	Status	Kommentarer
Kompetensförsörjning	Svårigheter att rekrytera personal inom funktionshinderomsorgen (RV 16)	Aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen	Enligt plan	Förvaltningen har arbetat aktivt med aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen under året. Flertalet aktiviteter är avslutade och många är nu en del av det dagliga arbetet. Ett exempel på pågående aktivitet är att Stöd och omsorg tillsammans med äldreomsorgen startat ett instagramkonto. Syftet med kontot är att visa bredden i våra verksamheter, öka kunskapen om vårt uppdrag och bidra till att fler blir intresserade av att arbeta inom vård och omsorg. Ambassadorsverksamheten fortlöper och fler ambassadörer från olika verksamhetsområden anlitas som sen är med på de aktiviteter förvaltningen har som tex mini-Moa mässa för årskurs 5 och besök på olika skolor i Umeå.
	Svårigheter att behålla personal (RV 16)	Aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen	Enligt plan	Många olika aktiviteter har pågått under året. Bland annat har man inom funktionshinderområdet haft ett utvecklingsarbete kring schemaläggning för att få till bra och hållbara scheman. Man har arbetat med chefers arbetsmiljö för att säkerställa att de ska kunna ha ett närvarande

				ledarskap. Ex på aktiviteter; tydliggöra vilka möten/aktiviteter som ingår för att se om annan funktion kan göra det. Chefer deltar i reflekterande team, möjlighet till delat ledarskap och rotationsplan. Antalet medarbetare som slutat på egen begäran har minskat från föregående år (från 7,4% till 5,8%). Den exitenkät som distribueras centralt har tyvärr inte så hög svarsfrekvens (ett utvecklingsarbete av detta är påbörjad). Av de tillsvidareanställda som slutat på egen begäran var det endast 25% som svarade.
Systematiskt arbetsmiljöarbete	Hot och våld mot medarbetare (RV 12)	1. Arbeta systematiskt med arbetsmiljöarbete, och göra riskbedömningar och ev handlingsplaner enligt rutin. 2. Webbutbildning till medarbetare om att förebygga hot och våld	Enligt plan	Verksamheterna arbetar systematiskt med det systematiska arbetsmiljöarbetet och följer regelbundet upp inrapporterade avvikelser. Antal anmälda arbetsmiljöbrister har sjunkit från föregående år. Det vanligaste tillbudet är hot om våld men det har sjunkit med 18 %. Andel inrapporterade skador har minskat med 19 %. För att fler medarbetare ska ta del av webbutbildningen om att förebygga hot och våld har HR-partner besökt de olika ledningsgrupperna och informerat om detta. Vissa verksamheter har påbörjat utbildningen men det är en utmaning i verksamheter med bemanning dygnet runt att hitta tid och tillfälle att genomföra utbildning med efterföljande dialog.
	Hög arbetsbelastning för befintlig personal (RV 9)	1. Arbeta systematiskt med aktiviteter i kompetensförsörjningsplanen för att säkra bemanningen. 2.Tydliga prioriteringar vid hög	Ej enligt plan	Verksamheterna har arbetat aktivt med åtgärder. Man har satt upp OSA-mål och har löpande RoK för att fånga upp risker i arbetsmiljön. Geografisk samplanering pågår i allt fler områden inom funktionshinderomsorgen. Inom Myndighetsutövning har en ökad grundbemanning

		arbetsbelastning - åtgärdstrappa 3.Löpande systematiskt arbetsmiljöarbete		skapat förutsättningar för lugnare perioder och förhindra akuta insatser kring bemanning. Trots vidtagna åtgärder har sjukfrånvaron har ökat något inom vissa områden, där sämre scheman och svårigheter med återhämtning anges som orsak. Medarbetarenkäten visar också att det krävs fortsatt arbete inom området återhämtning. Därav görs bedömningen Ej enligt plan.
Införande av nytt verksamhetssystem	Tar tid, kraft och resurser från grunduppdraget (RV 12)	Tydlig information och kommunikation om införandet -Upprätta frågor och svar på intranätet. -Tydliga kanaler för var man vänder sig med frågor under implementeringen.	Enligt plan	Avtalet med leverantören avslutades före sommaren, nytt upphandlingsprojekt är påbörjat. Resultat av åtgärder är att händelseutvecklingen gällande verksamhetssystemet har kommunicerats när så varit möjligt, genom intranät och via mötesforum.
Ekonomi	Oförutsedda externa effekter som påverkar ekonomin. Tex ny lagstiftning, regeringsförordningar eller beslut inom övrig offentlig sektor som påverkar nämndens ekonomi.	Bevaka omvärldsfaktorer och lagstiftning för att i god tid lägga fram beslut för att minska påverkan på nämndens budget i balans	Enligt plan	Den stora påverkan kvarligger från den borttagna subventioneringen av SiS-platser som kostat nämnden netto 5,2 mnkr mer än 2025, även med statsbidraget inkluderat
	Otillräcklig ram för att täcka behov och volymökningar (RV 16)	Löpande analys av det ekonomiska läget och åtgärder	Enligt plan	Nämndens ekonomi har sakta förbättrats under året och tendenser för att ekonomin ska fortsätta förbättras under 2026 syns. Ytterligare möjligheter att effektivisera verksamheten och hitta samordningsvinster utforskas för att minska kostnader
Patientsäkerhet	Brister i läkemedelshantering (RV 6)	Fortsatt säkerställa följsamhet till rutin och fastställda arbetssätt.	Enligt plan	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar kontinuerligt med att sprida kunskap om vikten av följsamhet till gällande rutiner inom läkemedelshantering. Enhetschefer för hälso- och sjukvårdspersonal arbetar fortlöpande med avvikelser i nära samarbete med MAS. Antal avvikelser inom området läkemedel under 2025 är 889 jämförelsevis med 2024 där det var 831.

				Fördelningen mellan aktiviteter är oförändrat, “person har ej fått medicin” och “utebliven signering” är det vanligaste aktiviteterna. Antal avvikelser inom området läkemedel ökar för varje år och en orsak bedöms vara att antal brukare som får läkemedel ökar. Ingen anmälan till IVO enligt lex Maria har gjorts under året.
	Brister i det förebyggande arbetet (RV 9)	Genomföra Västerbottens hälsoundersökningar (VHU) riktat mot målgruppen	Enligt plan	Arbetet med Västerbottens hälsoundersökningar fortsätter. Samtliga personer i aktuellt åldersintervall har identifierats, och alla har erbjudits hälsoundersökning (med ett par undantag, där det ej varit lämpligt). Undersökningarna har visat på stora behov av medicinska åtgärder och kunskapsluckor avseende hälsosamma levnadsvanor.
Informationssäkerhet	Brister i skyddet av personuppgifter (RV 6)	Säkerställa att konsekvensbedömningar görs gällande de personuppgifter som behandlas utanför avsedda verksamhetssystem som registrerats i reg-IT, i enlighet med rutin. Göra en risk- och konsekvensanalys avseende hanteringen av skyddade personuppgifter.	Enligt plan	Konsekvensbedömningar görs i hög utsträckning inom samtliga verksamhetsområden där det bedöms finnas behov, i enlighet med rutin. Lämpliga åtgärder vidtas, exempelvis att begränsa behörigheter. En övergripande riskvärdering har gjorts avseende hanteringen av skyddade personuppgifter. Den visar på ett högt riskvärde och behov av fortsatt analys och åtgärder inom respektive verksamhetsområde. Arbetet med att identifiera varje verksamhets specifika risker har påbörjats och kommer att följas upp under 2026.
Rättssäkerhet	Otillbörlig påverkan som påverkar handläggning/beslut (RV 8)	Följsamhet till nämndens kompletterande arbetsformer Webbutbildning till medarbetare om att motverka otillåten påverkan	Enligt plan	Följsamhet till kompletterande arbetsformer följs upp enligt plan genom dialog mellan tjänstepersoner och politiker i au och nämnd. Dialogen fungerar väl, är uppskattad och bedöms förebygga risk för otillbörlig påverkan. Delar av myndighetsutövningen har tagit del av digitala utbildningar och verktyg gällande hot, våld

				och otillbörlig påverkan. Området kommer att vara en del av introduktionen av nya medarbetare som arbetas fram.
	Svårigheter att verkställa beslut (RV 12)	1.Säkerställa att vi har en heltäckande och aktuell prognos för lokalbehov gällande LSS-bostäder 2. Säkerställa relevant och effektivt arbetsflöde från prognos till leverans av lokal 3.Aktiviteter i handlingsplan gällande att minska andelen ej verkställda beslut KP/ledsagning	Enligt plan	En aktuell prognos som omfattar behov av boende LSS t.o.m. år 2032 finns framtagen. Arbetet med ökade leveranser kopplat till prognos följs veckovis i samverkansforum fastighet/SoO. Arbetet mellan förvaltningarna ger goda resultat i form av ökade leveranser. Under året har arbete skett för att öka verkställandegraden av beslut om Kp/ledsagning. Arbetet har organiserats under myndighetsutövningen. Uppdragstagare är anställda och den nya verksamheten startade januari 2026.
Säkerhet och krisberedskap	Ofullständig/bristfällig beredskap - på grund av otydliga arbetsformer och gränsdragningar mellan förvaltningar samt begränsad kompetens kring beredskapsfrågor. (RV 9)	1.Pågående arbete att genomlys förvaltningen för att identifiera områden där krisberedskap behöver förstärkas. 2.Uppdatering av krisledningsplanen.	Ej enligt plan	Sammantaget har planerade åtgärder för året inte kunnat slutföras enligt plan. Förvaltningen har under året kartlagt verksamheternas kontinuitetsplanering och åtgärder där så behövs ska genomföras 2026. Krisledningsplanen är under revidering. En beredskapssamordnare för nämndens områden har rekryterats 2025 och påbörjar uppdraget under våren 2026.
Kvalitet och systematiskt kvalitetsarbete	Brister i avvikelshanteringsprocessen (SoL/LSS) (RV 9)	Forum för kvalitet gällande egenkontroll (inkl avvikelshantering)	Ej enligt plan	Planerad aktivitet, Kvalitetsforum, har genomförts under hösten enligt plan. Statistik gällande avslutade ärenden, som visar på efterlevnad av rutin om avvikelseprocessen, har dock inte förbättrats sedan föregående år. Därmed bedöms området vara ej enligt plan. Det bedöms fortfarande finnas behov hos verksamheterna att utveckla arbetet med avvikelshantering så att det blir en naturlig del i det löpande systematiska kvalitetsarbetet.

				En åtgärd som bedöms kunna ge effekt på avvikelsehanteringen är införandet av Årlig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet. Den genomfördes för första gången under sept-okt, och frågor om avvikelsehantering ingår. Uppföljningen förväntas framöver bidra till ökad kunskap och systematik. Fler åtgärder planeras.
--	--	--	--	--

Denna behandling '25/26 Viten för lokaler LSS' har inget tjänsteutlåtande.



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00003

Ekonomirapporter individ- och familjenämnden 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner ekonomirapporten.

Ärendebeskrivning

Sammanfattning

Individ- och familjenämndens resultat för perioden (+0,7 mnkr) förklaras av funktionshinderomsorg (+3,1 mnkr), gemensamma kostnader (+0,8 mnkr), ensamkommande barn (-0,4 mnkr), försörjningsstöd (+0,1 mnkr) samt individ- och familjeomsorg (-2,9 mnkr). Individ- och familjenämndens nettokostnader (155 mnkr har ökat med 3,3% (5 mnkr) i jämförelse med 2025. För att ha en budget i balans kunde nettokostnaderna öka med 3,3% (5,5 mnkr) vilket innebär en positiv budgetavvikelse på +0,7 mnkr

Gemensamma kostnader och affärsverksamhet

Individ- och familjenämndens gemensamma kostnader uppvisar ett överskott på grund mindre personalkostnader än budgeterat samt kostnader som förväntas komma under året som ej fakturerats ännu för helårslicenser

Under året har ännu viten utdömts med 27 tkr för kontaktperson och 130 tkr för.

Funktionshinderomsorg

Inom funktionshinderomsorgen beror resultatet (+3,1 mnkr) på flertalet verksamheter och generellt sett handlar det fortsatt om påverkan på verksamhetsområdet i form av minskning av timmar utförda inom hemtjänsten jämfört med budgeterat samt högre kostnader för LSS-boenden.

De HVB placeringar som kostnadsförs mot FO uppvisar ett underskott om -0,1 mnkr.

Boendestöd och hemtjänst uppvisar ett kombinerat överskott om sammanlagt 2,8 mnkr. Volymen inom boendestöd har fortsatt öka under året och är nu uppe i 417 individer i januari 2026 jämfört med 198 i januari 2025.

De verksamheter som har störst effekt är hemtjänsten och övriga insatser LSS.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2026/00003

- Hemtjänst +1,8 mnkr. Året inleds med ett överskott inom hemtjänsten och minskningen av antal timmar mellan januari 2025 och januari 2026 uppgår till 37%
- Boendestöd +1,0mnkr. Boendestödets överskott i januari 2026 är mindre än överskottet januari 2025 och kostnaderna fortsätter närma sig budgeterad summa i takt med att volymer ökar.
- Övriga insatser LSS +0,7 mnkr. Nämnden fortsätter ha låga kostnader för ledsagare och kontaktpersoner men emottar mindre viten.
- LSS-boende -6,0mnkr. LSS-boende uppvisar ett negativt resultat där LSS-boende kvarhåller de volymer som setts sen slutet av 2023. LSS-boenden fortsätter vara kostsamma för kommunen med en svårighet att få en kostnadsbild som motsvarar budget.

Behovet av externa placeringar kommer från en avsaknad av lämpliga lokaler som kan möta upp brukares behov inom nämnden och det är inom dessa externa placeringar underskottet ligger. Underskottet beror till stor del på grund av avsaknad av budget för dessa platser och även om budget tillskjutits för externa placeringar inför 2026 så syns underskottet fortsätta. Den interna verkställigheten uppvisar per sista januari ett underskott om -1,5 mnkr.

- Personlig assistans LSS och SFB. +5,6 mnkr. Ett överskott uppvisas som delvis beror på en återbetalning om 1,1 mnkr från Försäkringskassan gällande en överklagan nämnden gjort i ett ärende.

Individ- och familjeomsorg

Underskottet inom individ- och familjeomsorgen (-2,9 mnkr) beror dels på barn- och ungdomsvården (-4,0 mnkr) där behov av konsultstödda familjehem och av extern institutionsvård är fortsatt större än budget med extern institutionsvård som fortsätter se prisökningar även om verksamheten lyckats minska antalet dygn och individer. Minskningen av dygnen håller i sig och nämnden ligger kvar på en lägre nivå av dygn än tidigare år. Dygnspriserna för placeringar fortsätter vara på en hög nivå och den kostnadsnivå nämnden ligger på nu i dygnspriser för placeringar har stabiliserat sig på denna nivå till stor del på grund av de mer komplexa behov nämnden ser hos individer

Inom vuxna missbruksvården är det ett underskott på (-1,5 mnkr) där nämnden ser att öppna insatser i Umeå ökat och många av dessa insatser riktar sig mot tidigare kända individer som blivit äldre. Verksamheten ser att det är fler individer inom lokala verksamheter och placeringar som är

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2026/00003

billigare i snittdygnspris men volymerna är höga samt budgeten för denna verksamhetsgren låg vilket bidrar till underskottet.

Överskottet under administration/ledning/utredning (+2,5 mnkr) beror till övervägande del på pengar från UVTS som budgeterats centralt under IFO området men använts inom verksamheten inom olika aktiviteter vilket redovisas separat i återredovisningen till UVTS.

Ensamkommande barn

Underskottet inom verksamheten för ensamkommande barn (-0,4 mnkr) beror till stor del på kostnader för placeringar av ensamkommande barn. Färre kommuner har skrivit avtal inför 2026 vilket kommer innebära mindre intäkter för nämnden.

Försörjningsstöd

Försörjningsstödet resultat för perioden är (+0,1 mnkr). Januari ser en mindre ökning i mängd hushåll inom försörjningsstöd till 824 från 797 i december. Det utbetalade beloppet har sett en ökning från 7,57 mnkr i december till 7,78.

Analys

Nämnden såg under andra halvan av 2025 en förbättring av resultatet och tendenser till fortsatta förbättringar av resultatet syns på ena sidan, på andra sidan fortsätter dygnskostnader vara höga för placeringar på grund av de mer komplexa behov nämnden ser hos individer. Någon ekonomisk prognos för helåret 2026 lämnas ej efter januari på grund av osäkerhetsfaktorn.

Beslutsunderlag

Ekonomirapport januari 2026

Beredningsansvariga

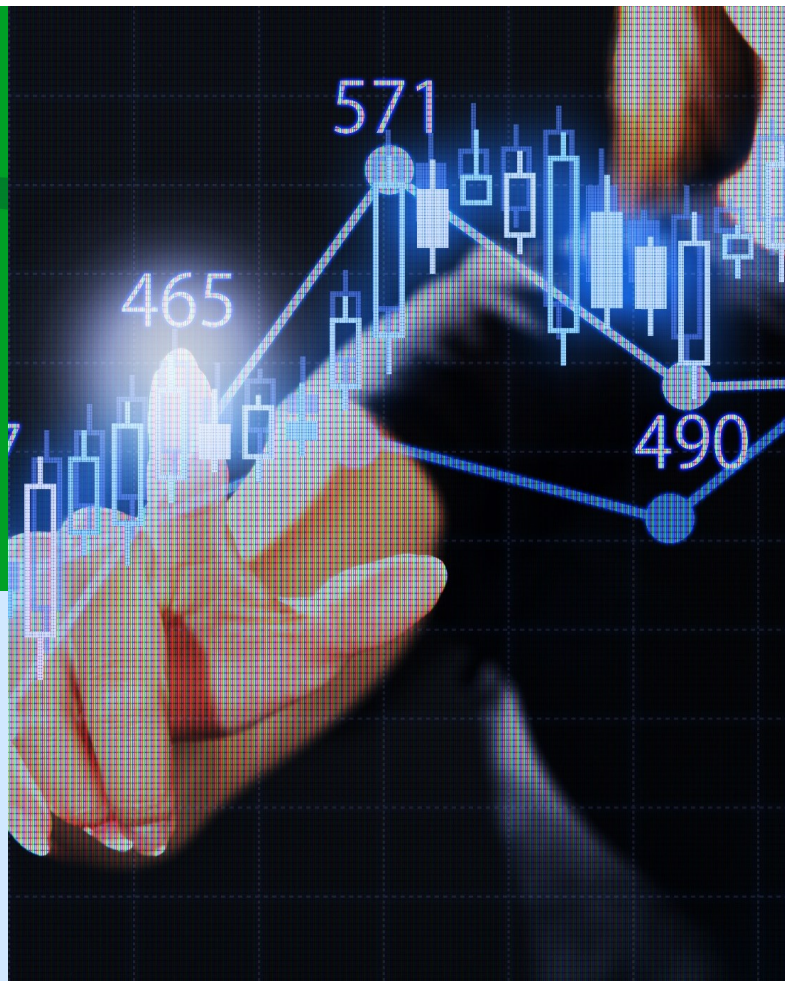
Simon Blomberg, Ekonomichef

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Simon Blomberg
Ekonomichef

Ekonomisk utveckling 2026

Individ- och
familjenämnden

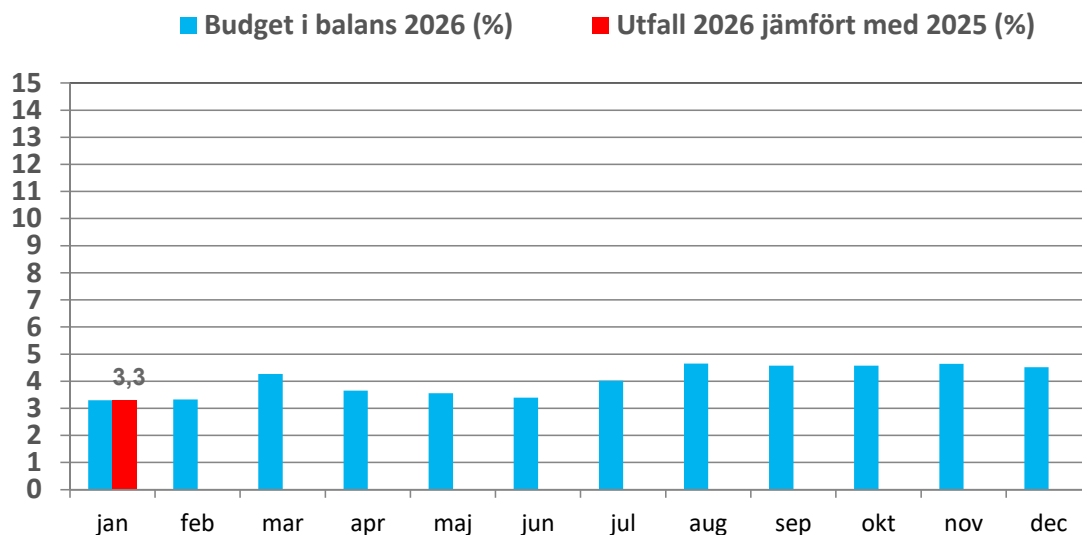


Verksamhetens nettokostnadsutveckling 2026 (ack)

Individ- och familjenämnd

Akkumulerad nettokostnadsökning för perioden uppgår till 3,3%

För en budget i balans kunde nettokostnaden ökat med 3,3%

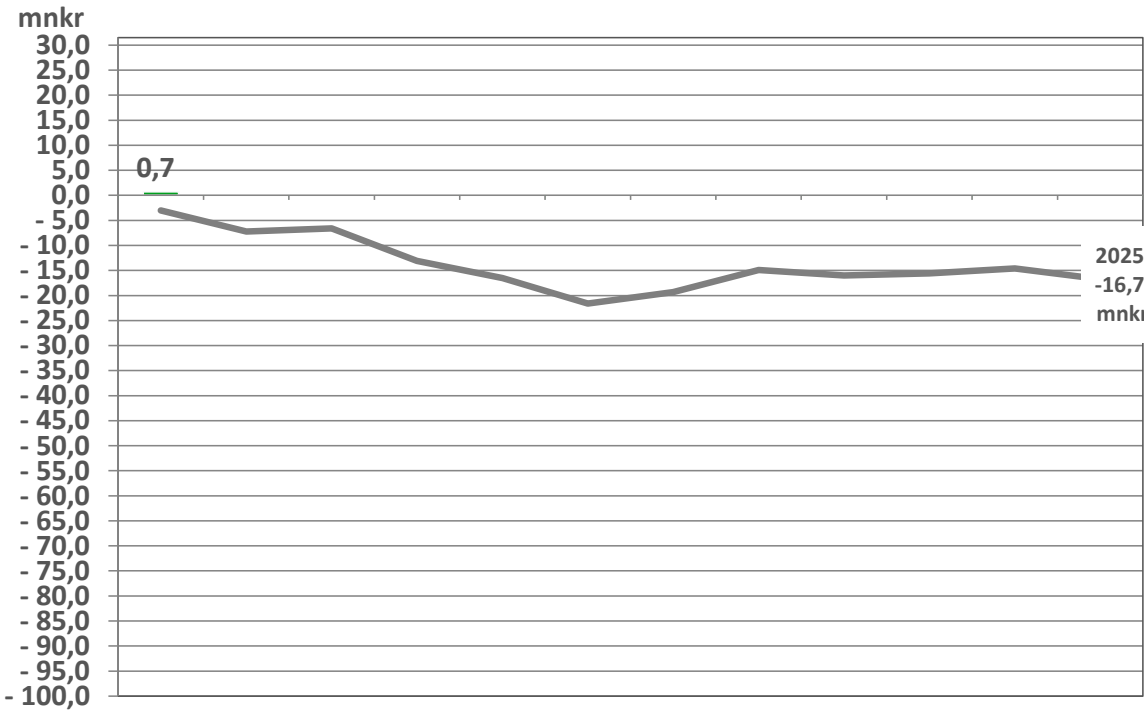


Akkumulerade värden	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Budget 2026 (mnkr)	-155	-310	-464	-624	-785	-946	-1 087	-1 237	-1 395	-1 555	-1 713	-1 872
Utfall 2025 (mnkr)	-150	-300	-445	-602	-758	-915	-1 045	-1 182	-1 334	-1 487	-1 637	-1 791
Budget i balans 2026 (%)	3,33	3,33%	4,27%	3,65%	3,56%	3,39%	4,02%	4,65%	4,57%	4,57%	4,64%	4,52%
Utfall 2026 (mnkr)	-155											
Utfall 2025 jämfört med 2024 (%)	4,1	5,2%	3,5%	2,2%	1,7%	3,8%	3,9%	3,5%	3,5%	3,2%	3,1%	3,1%
Utfall 2025 jämfört med 2024 (%)	4,1	5,2%	3,5%	2,2%	1,7%	3,8%	3,9%	3,5%	3,5%	3,2%	3,1%	3,1%

Verksamhetens nettokostnader: verksamhetens intäkter och kostnader samt avskrivningar

Ackumulerad budgetavvikelse 2026

Individ- och familjenämnden
Årets budgetavvikelse (-+0,7 mnkr) innebär en förbättring med +3,7 mnkr i jämförelse med samma period 2025 (--30 mnkr).



Månadsavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2026	0,7											
2025	-3,0	-7,2	-6,6	-13,1	-16,5	-21,6	-19,3	-14,9	-16,0	-15,6	-14,6	-16,7
2024	-3,4	-4,3	-9,9	-23,4	-34,5	-25,6	-21,4	-22,9	-28,8	-36,0	-40,7	-48,1

Budgetavvikelse verksamhet 2026

Ack budgetavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos
1. Funktionshinderomsorg	3,1												
2. Individ och familjeomsorg	-2,9												
3. Försörjningsstöd	0,1												
4. Gemensamma kostnader	0,8												
Ack budgetavvikelse 2026 exkl EKB	1,1												
Ack budgetavvikelse 2025 exkl EKB	-2,7	-6,7	-6,0	-12,6	-15,2	-20,2	-17,6	-13,5	-14,0	-13,4	-12,1	-13,8	
5. Ensamkommande barn	-0,4	-0,6	-0,6	-0,5	-1,2	-1,4	-1,7	-1,5	-1,9	-2,2	-2,5	-2,9	
Ack budgetavvikelse 2026 inkl EKB	0,7												
Ack budgetavvikelse 2025 inkl EKB	-3,0	-7,2	-6,6	-13,1	-16,4	-21,6	-19,3	-14,9	-16	-15,6	-14,6	-16,7	

Budgetavvikelse Funktionshinderomsorg 2026 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	Jan	Feb	Mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
1. Funktionshinderomsorg	3,1											
- Daglig verksamhet LSS	-0,2											
- LSS-boende	-6,0											
Varav SoL	-0,1											
Varav mynd	-3,4											
Varav verkställighet	-1,5											
Varav viten	0											
- Hemtjänst i ordinärt boende	1,8											
- Boendestöd	1,0											
- Personlig assistans LSS	0,7											
- Personlig assistans SFB	4,9											
- Övriga insatser LSS	0,7											
Ackumulerad budgetavvikelse 2026	3,1											
Ackumulerad budgetavvikelse 2025	-3,1	0,0	2,7	0,1	-0,9	-2,3	0,3	0,5	1,0	2,4	4,9	6,4

Budgetavvikelse individ- och familjeomsorg 2026 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	Nov	dec
2. Individ och familjeomsorg	-2,9											
- Administration/ledning/utredning	2,5											
- Barn- och ungdomsvård	-4,0											
- Vuxna missbruksvård	-1,5											
- Öppen verksamhet ej bistånd	0,2											
Ackumulerad budgetavvikelse 2026	-2,9											
Ackumulerad budgetavvikelse 2025	-3,7	-6,3	-8,5	-12,9	-14,6	-18,5	-21,9	-24,1	-27,5	-31,5	-34,8	-37,6

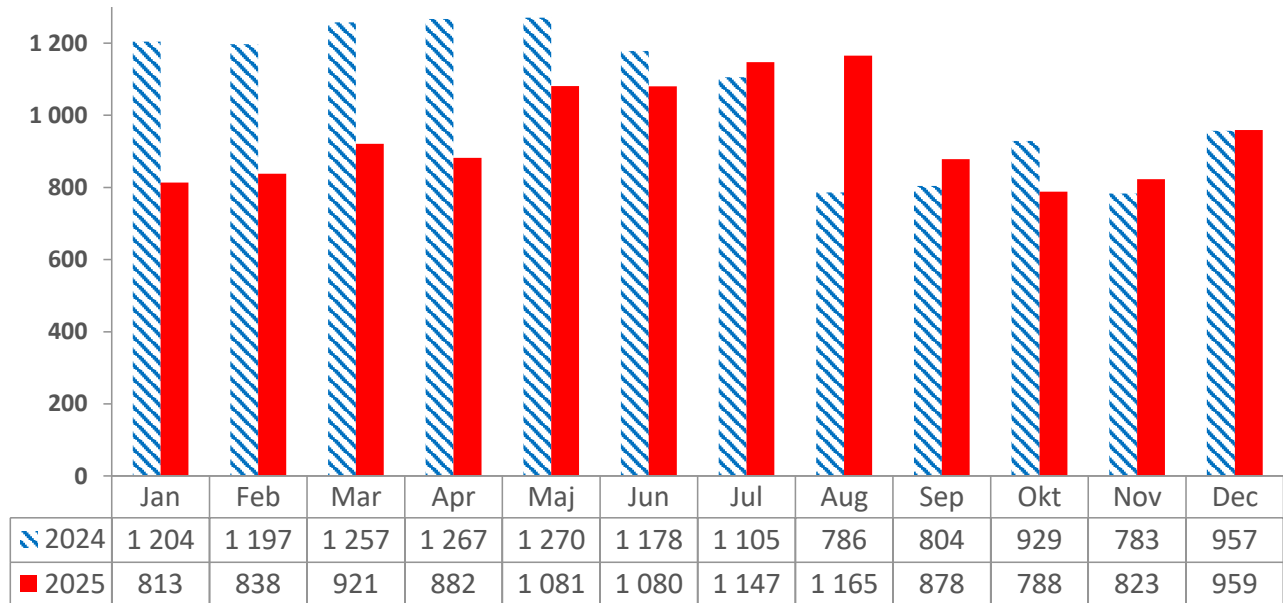
Individ och familjenämnden – Uppföljning barnfattigdom 2017-2025

November 2017-2025	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2025
Antal hushåll med barn	616	578	565	587	557	489	420	355
- varav ensamstående kvinnor	289	272	280	281	278	242	224	202
- varav ensamstående män	120	117	115	124	111	102	82	74
- varav sammanboende	207	189	170	182	168	145	114	79
Antal barn	1150	1069	1012	982	910	775	628	447
- varav flickor	45,7%	46,8%	49,1%	48,3%	48,5%	49,7%	50,6%	51,5%
- varav pojkar	54,3%	53,2%	50,9%	51,7%	51,5%	50,3%	49,4%	48,5%
Förändring i antal barn	153	-81	-57	-30	-72	-135	-66	-181
Förändring i %	15,0%	-7,0%	-5,0%	-3,0%	-7,0%	-15,0%	-14,0%	-29%
Genomsnitt antal barn per hushåll	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,3

KOMMUN

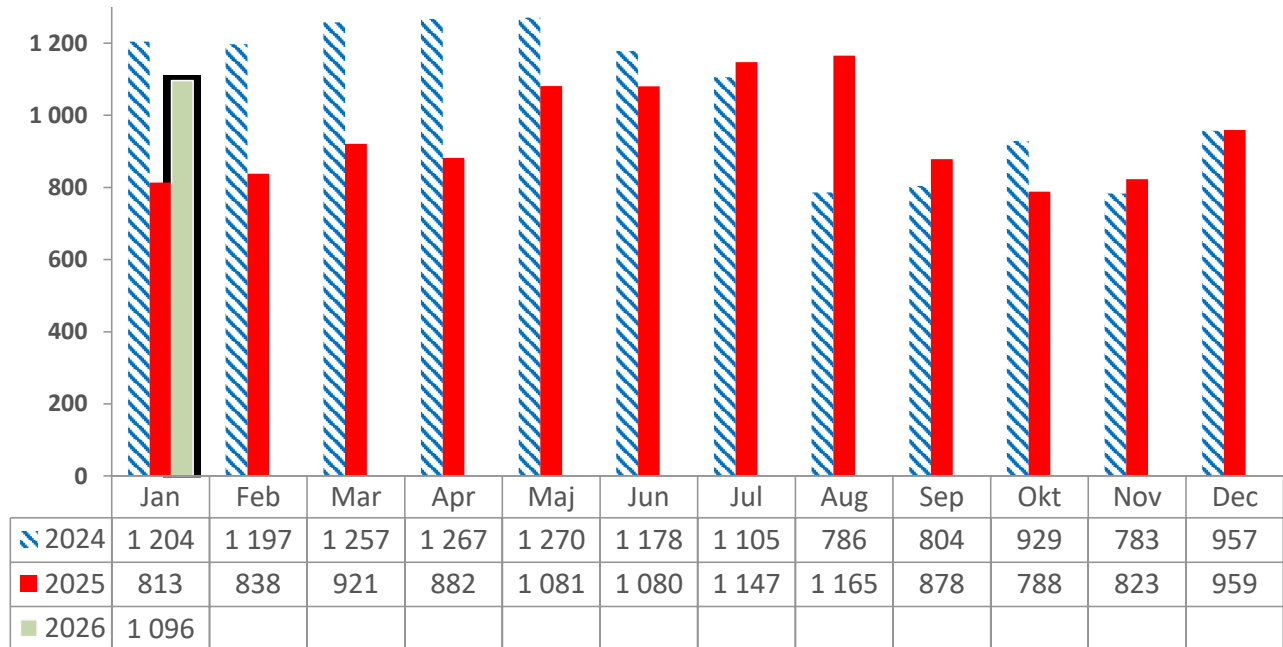
Antal dygn externt HVB

Antal dygn

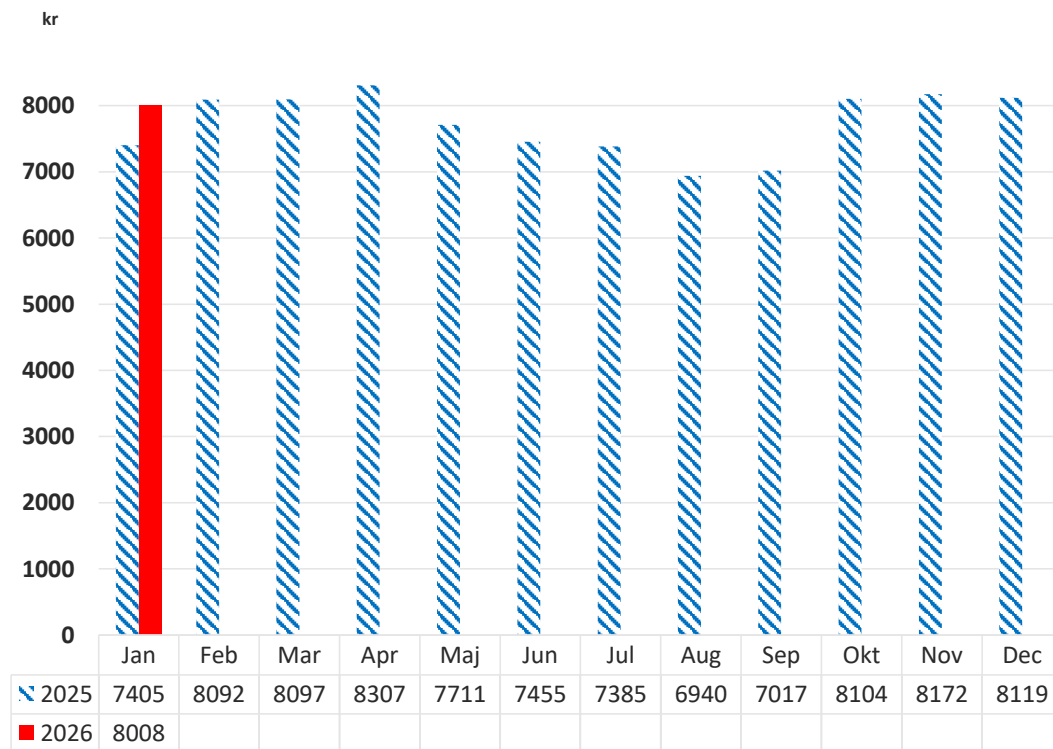


Antal dygn externt HVB

Antal dygn

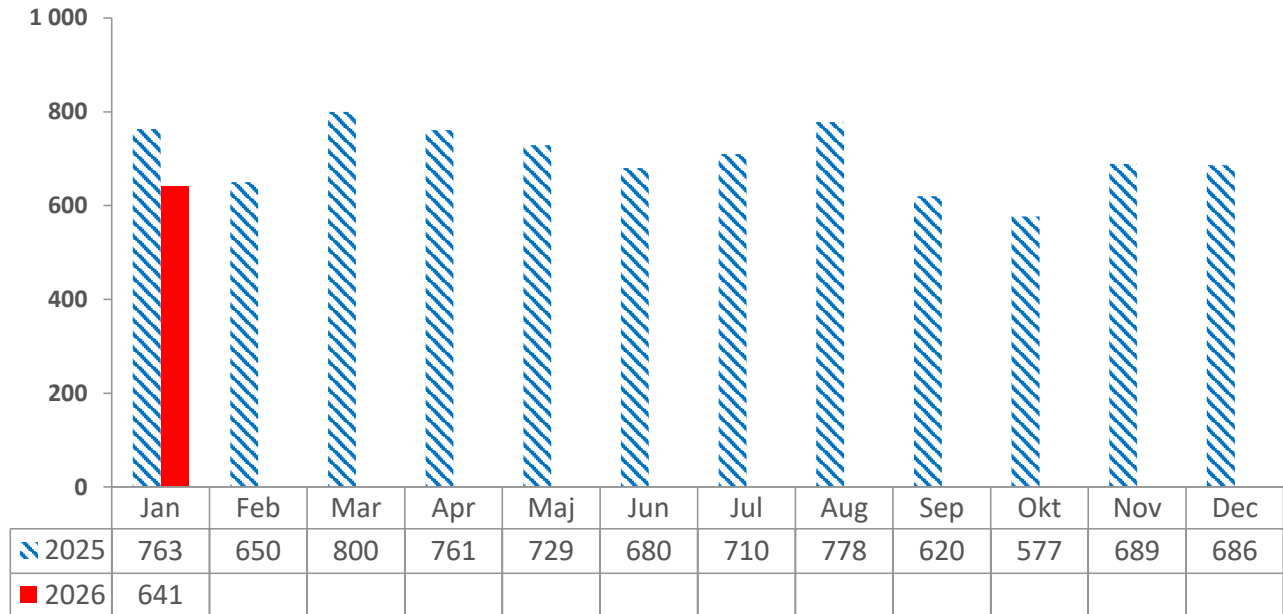


Snittkostnad/dygn HVB



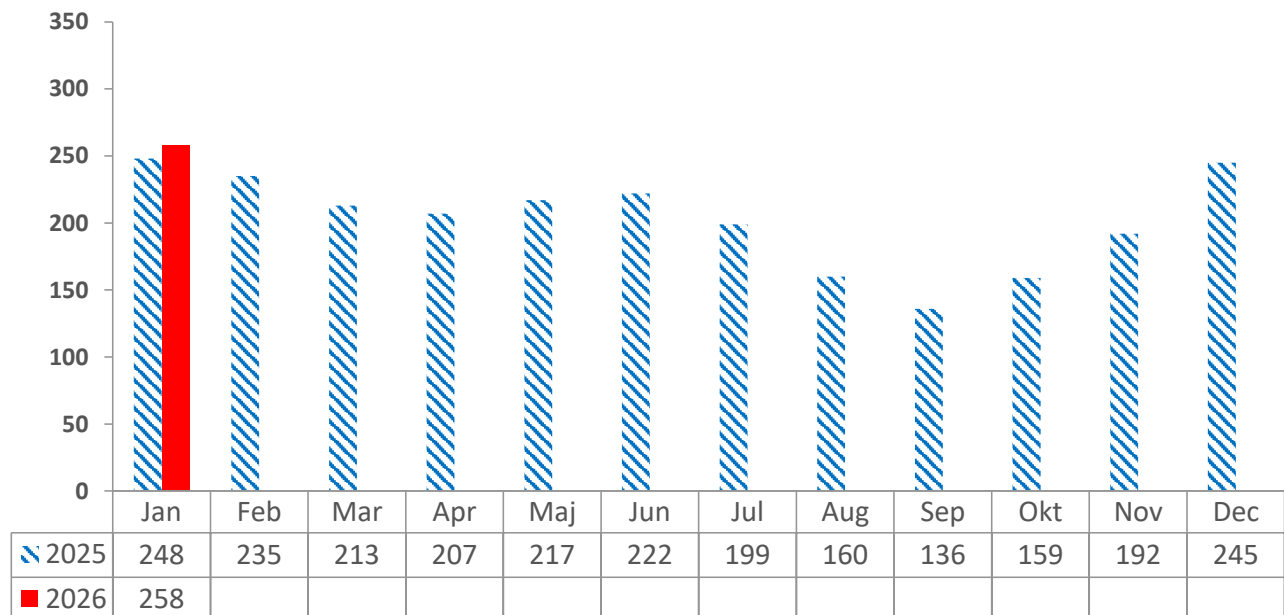
Antal dygn externt HVB (vuxna)

Antal dygn



Antal dygn SIS (vuxna)

Antal dygn





Tjänsteskrivelse

2026-01-20

Individ- och
familjenämndens
arbetsutskott

Diariennr: IFN-2025/00022

Dataskyddsberättelse individ- och familjenämnden 2025

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden beslutar att fastställa dataskyddsberättelsen för 2025 inklusive de prioriterade områdena för 2026.

Ärendebeskrivning

Dataskyddsberättelsen för 2025 återger nämndens arbete med dataskydd, bland annat arbetet med de prioriterade områden under året, personuppgiftsincidenter, registrerades begäran om rättigheter, dataskyddsombudets granskningar och resultat samt kommunrevisionens granskning av skyddade personuppgifter.

Dataskyddsberättelsen omfattar även prioriterade områden för 2026

- Processtöd, upphandlingsunderlaget färdigställs så att annonsering kan ske i juni, utvärdering i november-december och ett avtal tecknas i februari 2027
- Planeringsverktyg Intraphone, pilotstudie inleds i särskilt boende LSS). Resultat av pilotstudie blir grund för beslut huruvida införande sker i andra verksamheter.
- Säker digital kommunikation (SDK), upprätta och införa relevanta SDK-adresser hos förvaltningen
- SEFOS videomöten, införa användning för säker kommunikation i samband med digitala möten

Förvaltningen föreslår att individ- och familjenämnden beslutar att fastställa dataskyddsberättelsen 2025 och de prioriterade områden för 2026.

Beslutsunderlag

Dataskyddsberättelse 1 januari – 31 december 2025

2 av 2

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2025/00022

Beredningsansvarig

Kerstin Bergsten, personuppgiftskordinator

Beslutet ska skickas till

Kerstin Bergsten, personuppgiftskordinator

Ulrika Gustavsson, kvalitetschef stöd och omsorg

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Kerstin Bergsten
Personuppgiftskordinator



Dataskyddsberättelse

1 januari – 31 december 2025

Dokumentnamn: Dataskyddsberättelse 1 januari – 31 december 2025

Dokumentansvarig: Kerstin Bergsten, personuppgiftskoordinator

Godkänd av: Individ- och familjenämnden

Datum: 2026-02-18

Innehåll

Inledning.....	3
Dataskyddsförordningen	4
Dataskyddsombud.....	4
Dataskyddsorganisation i Umeå kommun	5
Prioriterade områden 2025.....	5
SEFOS, IT-tjänst för säkra meddelanden, införs fullt ut så att samtliga medarbetare som har behov av tjänsten också har tillgång till den	6
E-fax och säker digital kommunikation (SDK) införs	6
Process- och planeringsverktyg för social omsorg/socialtjänst samt hälso- och sjukvård med lämplig säkerhet för de personuppgifter som behandlas.....	6
Behandling av känsliga personuppgifter i SharePoint Online, Microsoft molntjänst.....	7
Personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal).....	8
Personuppgiftsincidenter	8
Begäran om rättigheter	11
Dataskyddsombudet granskar	13
Kommunrevisionen granskar	14
Prioriterade områden 2026.....	15
Bilaga 1	16
Typiska begrepp i GDPR	16

Inledning

Dataskyddsberättelsen ger en överskådlig bild av dataskyddsarbetet under perioden 1 januari – 31 december 2025.

Dataskyddsberättelsen redovisas för individ- och familjenämnden i februari 2026 och är efter godkännande av nämnden tillgänglig för spridning inom och utom organisationen (allmän handling).

Stöd och omsorg

Ulrika Gustafsson
kvalitetschef

Kerstin Bergsten
personuppgiftskoordinator

Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningen¹ eller GDPR som den också kallas efter det engelska namnet The General Data Protection Regulation, innehåller regler om hur den personuppgiftsansvarige får behandla personuppgifter. Till GDPR finns kompletterande svensk lagstiftning².

Syftet med dataskyddslagstiftningen är att skydda fysiska personers grundläggande friheter och rättigheter vid behandling av personuppgifter och att harmonisera skyddet inom EU.

Personuppgiftsansvarig är individ- och familjenämnden.

Förklaringar till typiska begrepp i GDPR finns i bilaga 1.

Dataskyddsombud

Individ- och familjenämnden som myndighet har utsett ett dataskyddsombud³.

Dataskyddsombudets övergripande och viktigaste uppgift är att övervaka att nämnden följer dataskyddsförordningen (GDPR)⁴. Det innebär bland annat att

- samla in information om hur organisationen behandlar personuppgifter
- kontrollera att organisationen följer bestämmelser och interna styrdokument
- informera och ge råd inom organisationen

Dataskyddsombudet ska också

- ge råd om konsekvensbedömningar
- vara kontaktperson åt Integritetsskydds myndigheten (IMY)
- vara kontaktperson för de registrerade och personalen inom nämnden
- samarbeta med Integritetsskydds myndigheten (IMY), till exempel vid inspektioner

Dataskyddsombudet har inget eget ansvar för att nämnden följer dataskyddsförordningen, det ansvaret ligger alltid hos den personuppgiftsansvariga d v s nämnden.

Dataskyddsombudet ska kunna arbeta självständigt och oberoende utan att bli påverkad av nämnden.

Umeå kommun har upphandlat företaget Insatt för att under 2024 - 2025 oberoende

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)

² Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218) och förordning (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

³ IFN-2018/00094

⁴ Artikel 39

granska kommunens / nämndernas efterlevnad av personuppgiftshanteringen. Granskningarna utförs fristående men samråd sker med kommunens dataskyddsombud när så bedöms nödvändigt.

Läs mer om granskningarna för år 2024 och 2025 under rubriken Dataskyddsombudet granskar.

Dataskyddsorganisation i Umeå kommun

Sedan GDPR trädde i kraft i maj 2018 har det funnits en kommungemensam träff för personuppgiftskoordinatorerna (PUK-träff) i Umeå kommun. Dataskyddsombudet och informationssäkerhetssamorden har varit sammankallande. Personuppgiftskoordinatorerna har lyft frågor, delat med sig av information och material till varandra och dataskyddsombudet tillsammans med informationssäkerhetssamordnaren har informerat, gett råd, vägledning och utbildning i det som de uppfattar finns behov av.

Dataskyddsombudet och informationssäkerhetssamordnaren lämnar under PUK-träffen i november 2025, information om att de inför kommande år inte kommer vara sammankallande för kommungemensamma PUK-träffar samt att de, i de fall träffarna fortsätter under annan sammankallande och/eller i annan form, medverkar under förutsättning att de blir inbjudna till träff.

Kommunens personuppgiftskoordinatorer planerar att träffas under februari 2026 för att gemensamt avgöra om och hur fortsättning för PUK-träffarna kan komma att se ut.

Prioriterade områden 2025

I samband med att dataskyddsberättelsen för år 2024 godkändes av individ- och familjenämnden beslutade nämnden även om prioriterade områden för dataskyddsarbetet 2025. Dessa områden gäller

- SEFOS, IT-tjänst för säkra meddelanden, införs fullt ut så att samtliga medarbetare som har behov av tjänsten också har tillgång till den
- E-fax och säker digital kommunikation (SDK) införs. SDK är en tjänst för den offentliga sektorns aktörer som möjliggör att på ett säkert sätt sända känsliga personuppgifter (artikel 9) och personuppgifter som omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) mellan varandra.
- Process- och planeringsverktyg för social omsorg/socialtjänst samt hälso- och sjukvård med lämplig säkerhet för de personuppgifter som behandlas

Nedan följer redogörelse för arbetet med de prioriterade områdena.

SEFOS, IT-tjänst för säkra meddelanden, införs fullt ut så att samtliga medarbetare som har behov av tjänsten också har tillgång till den

Införandet är slutfört och systemet förvaltas av Digital omställning och IT (DoIT) vid Tekniska nämnden.

E-fax och säker digital kommunikation (SDK) införs

E-fax har införts och används i de verksamheter som påverkades när Telias faxar stängdes ned.

Den tekniska installationen av **SDK**, som digital omställning och IT (DoIT) vid tekniska nämnden ansvarat för, är klar under 2025. Ansvar för implementering av SDK ligger därefter hos förvaltningen, stöd och omsorg. Under hösten 2025 har den höga belastningen i verksamheterna, svårigheten att få tillgång till pilotverksamheter och förändringen i ansvarsfördelningen medfört att förvaltningen behövt prioritera andra arbetsområden. Detta för att skapa förutsättningar för ett mer strukturerat omtag kring hur implementeringen av SDK ska genomföras under 2026. Under våren 2026 planeras för ett omtag i implementeringen inom förvaltningen. I det arbetet kommer förvaltningen även att undersöka var SDK kan ersätta E-fax. En faktor som påverkar detta är hur andra myndigheter organiserar och ansluter till SDK, eftersom andra myndigheters adresser är avgörande för att förvaltningen ska kunna ersätta sina nuvarande E-faxlösningar.

Process- och planeringsverktyg för social omsorg/socialtjänst samt hälso- och sjukvård med lämplig säkerhet för de personuppgifter som behandlas

Processverktyg/stöd

I mars 2025 ingicks ett ömsesidigt förtidigt avslutsavtal med Cambio, leverantör av processtödet Viva. Avslutsavtalet innebär att Umeå kommun inte fullföljer införandet av Viva och därmed kan ingå annat avtal.

Utifrån den uppkomna situationen planeras en uppdatering till en senare version för det befintliga systemstödet Treserva. Parallellt med detta pågår förberedelser för en upphandling av ett nytt processtöd. Specifikt för verksamheterna inom hälso- och sjukvård genomförs ett byte av modul från Patientjournalen till Hälsoärendet, vilket är en förutsättning för att Umeå kommun ska kunna fortsätta arbeta i Treserva. Driftsättningen av Hälsoärendet är planerat till februari 2026.

Utifrån att Umeå kommun deltar i det av SKR-ledda initiativet som benämns som *Handslaget* och projektet *Standardisering av verksamhetssystem för socialtjänsten*

vilket arbetar med framtagandet av en gemensam kravspecifikation och utvärderingsmodell, så kommer Umeå kommuns framtida upphandling att baseras på detta underlag. Umeå kommun tar del av underlaget från Handslaget i slutet av december 2025 och under våren analyseras underlaget och eventuella lokala tillägg identifieras och kommuniceras med SKR, innan de eventuellt inkluderas i kravspecifikationen. Enligt nuvarande projektplan ska upphandlingsunderlaget vara färdigställt så att annonsering kan ske i juni, utvärdering ske i november-december och ett avtal tecknas i februari 2027.

Planeringsverktyg

Under hösten 2025 har planeringsdialoger primärt pågått inom boendestöd hos stöd och omsorg. Efter höstens dialoger har boendestöd SoL beslutat att pausa arbetet och istället har särskilt boende LSS beslutat att genomföra ett pilotprojekt med start i mars 2026. Införandet av planeringsverktyget IntraPhone omfattar flera dataskyddsstärkande förbättringar inom exempelvis autentisering, tillgänglighet och lagring av information.

I samband med införandet i respektive verksamhet ses övriga lagringsytor över i syfte att minimera dessa.

Behandling av känsliga personuppgifter i SharePoint Online, Microsoft molntjänst

Individ- och familjenämnden har den 2021-02-24 beslutat att "känslig information som lagras i SharePoint 2010 (lokal drift), i väntan på förtydliganden gällande juridiska förutsättningar, flyttas för lagring i Microsofts molntjänster enligt tekniska nämndens rekommendation"⁵.

I de fall avsett IT-system/tjänst inte ger stöd för nödvändig personuppgiftsbehandling lagras fortsatt personuppgifter, som omfattas av sekretess enligt offentlighet- och sekretesslag (2009:400) eller är känsliga personuppgifter (artikel 9 GDPR), i SharePoint Online Microsoft molntjänst. För att på så lämpligt och säkert sätt som möjligt skydda personuppgifterna på denna lagringsplats genomför verksamheterna konsekvensbedömningar enligt GDPR.

Med anledning av läget som beskrivs ovan gällande process- och planeringsverktyg är det i dagsläget oklart för verksamheterna när förbättrade förutsättningar att lagra aktuella personuppgifter i avsedda IT-system/tjänster finns på plats.

Enheten digital omställning och IT (DoIT), vid tekniska nämnden, arbetar med lösning för lagring av dokument / personuppgifter som har skyddsnivå 3 och 4 (sekretessuppgifter och

⁵ IFN-2021/00060 § 41

känsliga personuppgifter) på annan plats än Microsoft molntjänst. Ett arbete gällande Atea inleddes under året. DoIT valde att avbryta arbetet med Atea, som skulle ha resulterat i en Atea-driftad, molnoberoende instans av SharePoint. Anledningen till att arbetet avbrutits är att teknikleverantören Microsoft har annonserat att de kommer att upphöra med supporten för en kritisk komponent (Office Online Server) redan under 2026. Därmed är arbetet med en lösning tillbaka på ruta ett och DoIT söker nu efter tekniska lösningar som uppfyller såväl juridiska som tekniska krav. Bland annat har fråga ställts till Försäkringskassan, som har tagit fram en lösning för offentlig förvaltning men den lösningen kan av juridiska skäl inte erbjudas till en kommun. Under januari 2026 ska DoIT träffa en leverantör som ska presentera sin lösning. Parallellt med detta undersöker Atea frågan vidare, eftersom de har flera kunder med liknande utmaningar.

Personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal)

Enligt artikel 28 dataskyddsförordningen ska ett personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) tecknas om den personuppgiftsansvarige anlitar ett personuppgiftsbiträde. Typiska biträdessituationer är till exempel när en leverantör behandlar information i sina enheter/serverar/system/tjänster för den personuppgiftsansvariges, nämndens, räkning.

I förvaltningen finns en rutin till stöd i samband med att PUB-avtal ska upprättas och tecknas.

Under året har det upprättats två PUB-avtal

- Myloc AB, systemstöd för hantering av hjälpmedel som förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- Region Västerbotten, tillhandahålla drift, underhåll, support samt uppgifter för behörighetstilldelning i systemet Lifecare SP. Systemet hanterar meddelanden om patienter/brukare för samordnad vårdplanering mellan äldre- och familjenämnden, individ och familjenämnden och hälso- och sjukvård inom Region Västerbotten

Personuppgiftsincidenter

En personuppgiftsincident är en säkerhetsincident som leder till oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring av personuppgifter. Incidenten kan också leda till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till personuppgifter. Det spelar ingen roll om incidenten har skett oavsiktligt eller med avsikt, i båda fallen är det en personuppgiftsincident.

Rapportering om personuppgiftsincident i förvaltningen är en del i förbättringsarbetet vid behandling av personuppgifter. I förvaltningen finns en rutin till stöd för rapportering och utredning i samband med misstanke om eller uppmärksammas personuppgiftsincident.

I de fall bedömningen av inträffad incident är att det inte är osannolikt att den registrerade riskerar att förlora sina fri- och rättighet med anledning av incidenten lämnas anmälan om incidenten Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). De personuppgiftsincidenter som anmäls till IMY anmäls även till det närmast efterföljande nämndsammanträdet.

Under våren har det på stöd och omsorgs intranät lagts upp en nyhet/push-notis om utbildning i personuppgiftsincidenter (vad en incident är, att tänka på för att minska risk att incident uppstår och vad man gör ifall man uppmärksammar en incident). Utbildningen finns att tillgå löpande via sida på stöd och omsorgs intranät (GDPR inom stöd och omsorg)⁶ Utbildningen kommer att återkomma som en nyhet på intranätet under näst år (2026) vid några tillfällen.

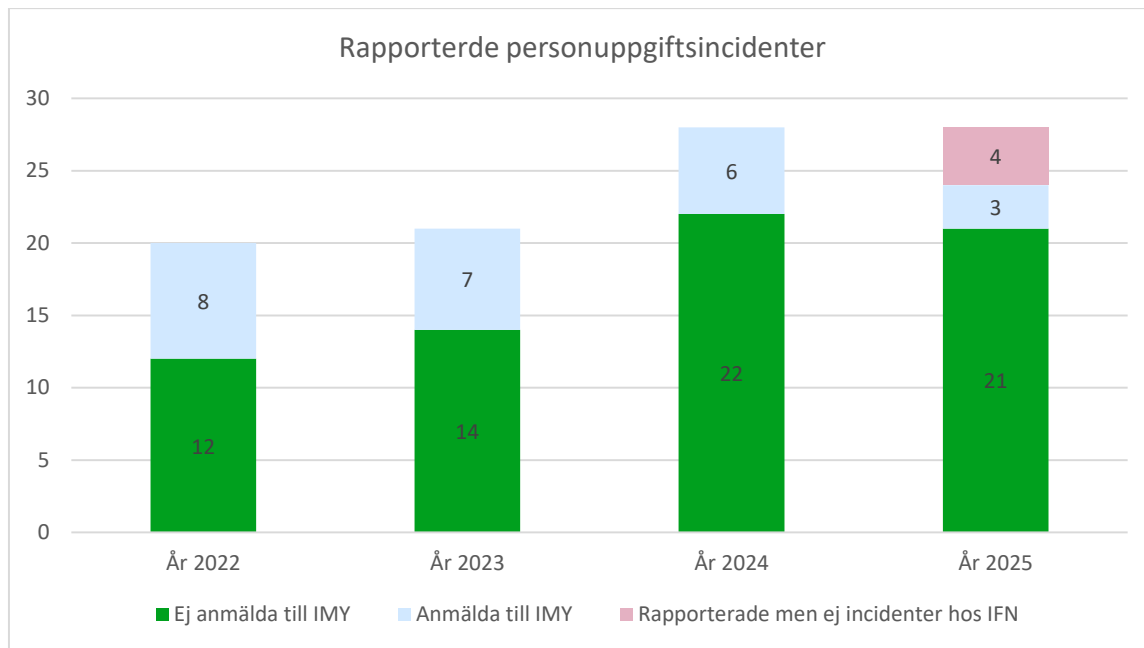
Rapporterade personuppgiftsincidenter

Under 2025 har det totalt rapporterats 28 personuppgiftsincidenter. Fyra (4) av de rapporterade incidenterna visar sig i samband med utredning vara incidenter som inte inträffat hos IFN. Tre av dessa incidenter inträffar hos andra myndigheter (de berörda myndigheterna har meddelats om det som uppmärksammas hos IFN) och en av dem gäller en avliden person vars personuppgifter i det aktuella ärendet inte omfattas av GDPR.

I samtliga incidenter som är anmälda till IMY (2022 – 2025) har IMY meddelat beslut att avsluta ärendet utan vidare åtgärd, men att de vid ett eventuellt framtida klagomål- eller tillsynsärende kan komma att beakta aktuell anmälan.

Tabell nedan, rapporterade personuppgiftsincidenter.

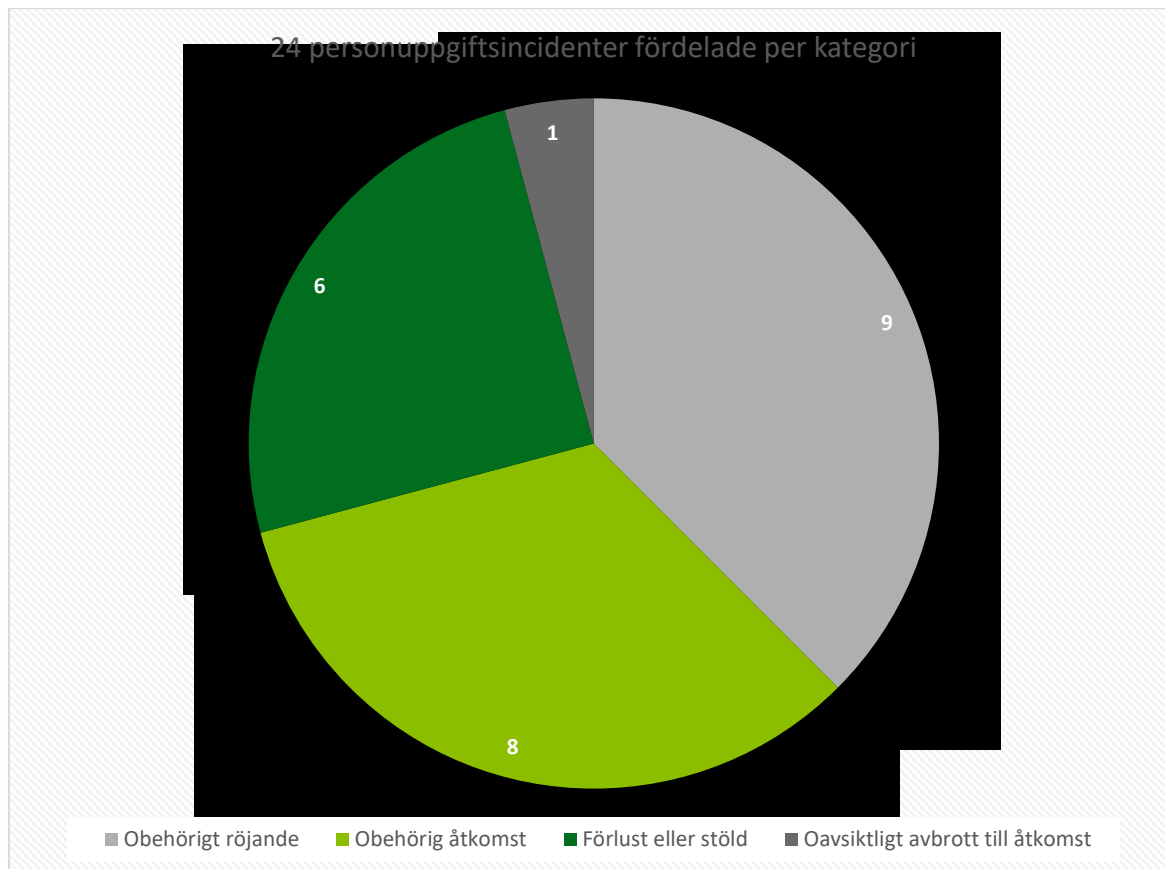
⁶ [GDPR inom stöd- och omsorgsförvaltningen - Intranät Umeå kommun](#)



Personuppgiftsincidenterna fördelade per kategori

De 24 personuppgiftsincidenterna kan fördelas enligt kategorierna nedan. Antal per kategori redovisas i cirkeldiagrammet nedan.

- **Obehörigt röjande** innebära att brev, Outlookmejl, Treserva eller SEFOS-meddelande sänds till obehörig mottagare, fel mottagaren, som kan vara tjänsteperson i samma förvaltning eller annan nämnd/myndighet eller privat person
- **Obehörig åtkomst** innebär att
 - personuppgifterna kommuniceras via IT-tjänst eller Outlookmejl till behörig mottagare men tjänsten har inte lämpligt skydd för aktuella personuppgifter och därmed risk att obehörig kan få åtkomst till personuppgifterna
 - handling glöms kvar på plats där obehörig har möjlighet att ta del av personuppgifterna
 - behörighet till personuppgifter i IT-tjänst tilldelas obehörig
- **Förlust** av SITHS-kort
- **Oavsiktligt avbrott** i IT-tjänst vilket medför att personuppgifter inte finns tillgängliga när de behövs



Begäran om rättigheter

Den som är registrerad (den vars personuppgifter behandlas t. ex brukare, klient, patient, anhörig, medarbetare) har ett antal rättigheter enligt GDPR. På Umeå kommuns hemsida finns information om de behandlingar nämnden ansvarar för samt hur den registrerade går till väga då denne vill nyttja sina rättigheter.

De rättigheter som den registrerade kan begära är rätten till

- tillgång (registerutdrag)
- rättelse
- radering ("rätten att bli bortglömd")
- begränsning av behandling
- dataportabilitet
- invändning

Vad rättigheterna innebär finns att läsa om på Umeå kommuns hemsida samt Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) hemsida.

Sedan våren 2025 finns en E-tjänst på Umeå kommuns hemsida där den enskilde kan lämna in sin begäran om rättighet till aktuell nämnd i kommunen⁷. Det finns inget formkrav på hur begäran ska lämnas in, den enskilde avgör själv om hen vill lämna in ansökan via E-tjänsten, brev eller muntligt.

Tabellen nedan visar antal begäran om rättigheter fördelat per år (fr o m 25 maj 2018 då GDPR trädde i kraft) och typ av begäran.

År	Tillgång	Rättelse	Radering	Begränsning	Dataportabilitet	Invändning
2019	1					
2020					1	
2021		1	2			
2022	2					
2023	2					
2024	2					
2025	7	1	2	1	1	1

Samtliga begäranden om **tillgång** har tillgodosetts enligt aktuell begäran.

Den ena begäran om **rättelse** har avslagits med motivering att begäran inte uppfattas avse det som rätten till rättelse gäller för, detta då begäran uppfattas gälla rättelse av sammanställning av handlingar och att de uppgifter som begäran gäller är inte personuppgifter enligt definition i artikel 4.1 dataskyddsförordningen. Begäran om **rättelse** 2025 har lämnats utan vidare handläggning eftersom den registrerade inte lämnat in nödvändig komplettering, vilket behövs för att begäran om rättelse ska vara komplett och kunna handläggas enligt dataskyddsförordningen.

Två av begäran om **radering**, de två begäran om **dataportabilitet** samt begäran om **invändning** har avslagits med motivering att personuppgiftsbehandlingen sker för att utföra uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning och därmed föreligger inte rätt till radering eller dataportabilitet.

Den tredje begäran om **radering** har avslagits då den person som begärt radering inte finns registrerad. Den fjärde begäran om **radering**, **2025**, har lämnats utan vidare handläggning eftersom den registrerade inte lämnat in nödvändig komplettering, vilket behövs för att begäran om radering ska vara komplett och kunna handläggas enligt dataskyddsförordningen.

⁷ [Rättighetsbegäran Personuppgifter - Umeå kommun](#)

Begäran om **begränsning** 2025 har lämnats utan vidare handläggning eftersom den registrerade har inkommit med nödvändig komplettering, vilket behövs för att begäran om begränsning ska vara komplett och kunna handläggas enligt dataskyddsförordningen.

Ingen av avslagen har överklagats.

Dataskyddsombudet granskar

Under 2024 granskar dataskyddsombudet Insatt individ- och familjenämndens efterlevnad av personuppgiftshantering med fokus på personuppgiftsincidenter. Redovisning av granskningsresultatet för individ- och familjenämnden sker i april 2025 och nämnden godkänner de åtgärder som genomförs till följd av rekommendationer som dataskyddsombudet lämnat⁸.

Dataskyddsombudets sammanfattande slutsatser av granskningen

- God och välfungerande process för att hantera personuppgifter
- Gedigen rutin om personuppgiftsincidenter, som omfattar de olika stegen i incidenthanteringsprocessen
- Medarbetare som besitter en relativt hög kunskapsnivå när det kommer till att identifiera incidenter

Samtliga rekommendationer som dataskyddsombudets lämnar bedömer förvaltningen är relevanta och är vidtagna

- Fortsätta på det sätt som hanteringen av processen sker idag, inklusive att involvera dataskyddsombudet vid tveksamheter kring incidenter.
- Information till nyanställda om vad en personuppgiftsincident är samt rutinen för hanteringen av en incident
- Personuppgiftsbiträden hänvisas till en funktions-/gruppbrevlåda. Berörda rutiner revideras.
- Gemensamt personuppgiftsansvar, tydliggöra vilken part som ska ansvara för vad. Använda SKRs mall.
- Rutinen personuppgiftsincident, revideras i enlighet med dataskyddsombudet rekommendationer.

Granskningen för år 2025

Dataskyddsombudet granskningen för år 2025 utförs även den av det upphandlade dataskyddsombudet Insatt och handlar om gallring (lagringsminimering).

⁸ IFN-2025/00146 § 91

Utskicket från dataskyddsombudet gjordes den 11 december 2025, då dataskyddsombudet även begär statistik gällande incidenter och begäran om rättigheter. Nämnden kommer lämna ut de uppgifterna gällande gallring och statistik i januari 2026.

Granskningens resultat gällande gallring (lagringsminimering) förväntas presenteras av dataskyddsombudet under första halvåret av 2026.

Dataskyddsombudet skriver i sitt utskick att den samlade statistiken gällande incidenter och begäran från registrerade kommer på ett kommunövergripande plan sammanställas.

Kommunrevisionen granskar

Kommunrevisionen har i december 2023 granskat kommunens hantering av skyddade personuppgifter (IFN-2023/00282).

Under hösten 2025 genomför kommunrevisionen en uppföljning av granskningen, resultatet presenterades till förvaltningen i en rapport i december 2025. Uppföljningen visar att nämnden delvis vidtagit och genomfört tillräckliga åtgärder i förhållande till granskningsresultatet 2023. Bland annat har förvaltningen upprättat och reviderat rekommenderade rutiner, inkluderat skyddade personuppgifter i internkontroll plan, infört SEFOS säkra meddelanden m. m. Med anledning av att införandet av nytt verksamhetssystem/ processverktyg inte sker som planerat har förvaltningen inte vidtagit de åtgärder som är kopplande till ett nytt verksamhetssystem/ processverktyg d v s begränsa åtkomsten till skyddade personuppgifter med strikt behörighetstilldelning och kontrollåtgärd genom systematiska loggkontroller. Annan åtgärd som av kommunrevisionen bedömer som ej omhändertagen är upprättandet av styrande dokument på området skyddade personuppgifter.

Kommunrevisionen lämnar tre rekommendationer till nämnden i samband med den uppföljande granskningen

- Säkerställa att åtkomsten till skyddade personuppgifter är begränsade där skyddade personuppgifter förekommer,
- Säkerställa att kommunens tjänst för säker digital kommunikation används där det bedöms föreligga ett behov,
- Säkerställa att de åtgärder som vidtas med anledning av revisorernas granskningar återrapporeras av förvaltningen till nämnden,

Nämnden ska yttra sig över rekommendationerna i februari 2026, därav är inga åtgärder beslutade i skrivandets stund av dataskyddsberättelsen.

Prioriterade områden 2026

Mot bakgrund av det som framkommer i berättelsen prioriteras följande områden under 2026 för att stärka skyddet av personuppgiftsbehandling hos individ- och familjenämnden

- **Processtöd**, upphandlingsunderlaget färdigställs så att annonsering kan ske i juni, utvärdering i november-december och ett avtal tecknas i februari 2027
- **Planeringsverktyg Intraphone**, pilotstudie inleds i särskilt boende LSS). Resultat av pilotstudie blir grund för beslut huruvida införande sker i andra verksamheter.
- **Säker digital kommunikation (SDK)**, upprätta och införa relevanta SDK-adresser hos förvaltningen
- **SEFOS videomöten**, införa användning för säker kommunikation i samband med digitala möten

Bilaga 1

Typiska begrepp i GDPR

Personuppgifter⁹ är alla uppgifter som direkt eller indirekt kan leda till att identifiera en fysisk person, t. ex namn, personnummer, e-postadress, bostadsadress, telefonnummer, användarnamn eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet.

Känsliga personuppgifter¹⁰ är personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning.

Personuppgiftsbehandling¹¹ är allt man kan göra med personuppgifter, t. ex samla in dem, skriva ner dem, läsa dem, justera dem, radera dem, lämna ut dem.

Personuppgiftsansvarig¹² är den som bestämmer för vilka ändamål som personuppgifterna ska behandlas och hur behandlingen ska gå till. Nämnden är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som samlas in och behandlas i nämndens verksamheter.

Personuppgiftsbiträde¹³ är den som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning. Det kan vara en leverantör av ett IT-system eller tjänst för personaladministration, digitala journaler eller personakter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst eller tjänster och plattformar inom välfärdsteknologi.

⁹ Artikel 4.1 Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)

¹⁰ Artikel 9 dataskyddsförordning

¹¹ Artikel 4.2 dataskyddsförordning

¹² Artikel 4.7 dataskyddsförordning

¹³ Artikel 4.8 dataskyddsförordning

§ 16

Diariennr: IFN-2025/00022

Dataskyddsberättelse individ- och familjenämnden 2025

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden beslutar att fastställa dataskyddsberättelsen för 2025 inklusive de prioriterade områdena för 2026.

Ärendebeskrivning

Dataskyddsberättelsen för 2025 återger nämndens arbete med dataskydd, bland annat arbetet med de prioriterade områden under året, personuppgiftsincidenter, registrerades begäran om rättigheter, dataskyddsombudets granskningar och resultat samt kommunrevisionens granskning av skyddade personuppgifter.

Dataskyddsberättelsen omfattar även prioriterade områden för 2026

- Processtöd, upphandlingsunderlaget färdigställs så att annonsering kan ske i juni, utvärdering i november-december och ett avtal tecknas i februari 2027
- Planeringsverktyg Intraphone, pilotstudie inleds i särskilt boende LSS). Resultat av pilotstudie blir grund för beslut huruvida införande sker i andra verksamheter.
- Säker digital kommunikation (SDK), upprätta och införa relevanta SDK-adresser hos förvaltningen
- SEFOS videomöten, införa användning för säker kommunikation i samband med digitala möten

Förvaltningen föreslår att individ- och familjenämnden beslutar att fastställa dataskyddsberättelsen 2025 och de prioriterade områden för 2026.

Umeå kommun**Protokollsutdrag**

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

Arbetsutskottets beslutsordning

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar i enlighet med tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Beslutsunderlag

Dataskyddsberättelse 1 januari – 31 december 2025

Beredningsansvarig

Kerstin Bergsten, personuppgiftskoordinator

Beslutet ska skickas till

Kerstin Bergsten, personuppgiftskoordinator

Ulrika Gustavsson, kvalitetschef stöd och omsorg



Tjänsteskrivelse

2026-01-27

Individ- och
familjenämndens
arbetsutskott

Diariennr: IFN-2025/00025

Patientsäkerhetsberättelse individ- och familjenämnden 2025

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2025 och fastställer de prioriterade områdena för 2026.

Ärendebeskrivning

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Umeå kommuns systematiska patientsäkerhetsarbete för 2025 i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Målet är att patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Resultat från uppföljningar och egenkontroller utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Patientsäkerhetsberättelsen 2025 är en sammanställning av patientsäkerhetsarbetet inom nämndens hälso- och sjukvårdsansvar.

Förslag till prioriterade områden 2026:

Säkerställa god vård och förebygga vårdskador.

Patientens och närståendes delaktighet i vården.

Samverkan internt och externt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Bildspel

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2025/00025

Beredningsansvariga

Petra Sehlstedt, MAS

Sandra Scherman, MAR

Beslutet ska skickas till

Petra Sehlstedt, MAS

Erica Bålfors Birgersson, enhetschef för enheten för systematiskt kvalitetsarbete

Karolina Lundqvist
Soicaldirektör

Petra Sehlstedt
MAS

Patientsäkerhetsberättelse för individ- och familjenämnden år 2025



Datum

2026-01-26

Ansvarig för innehållet

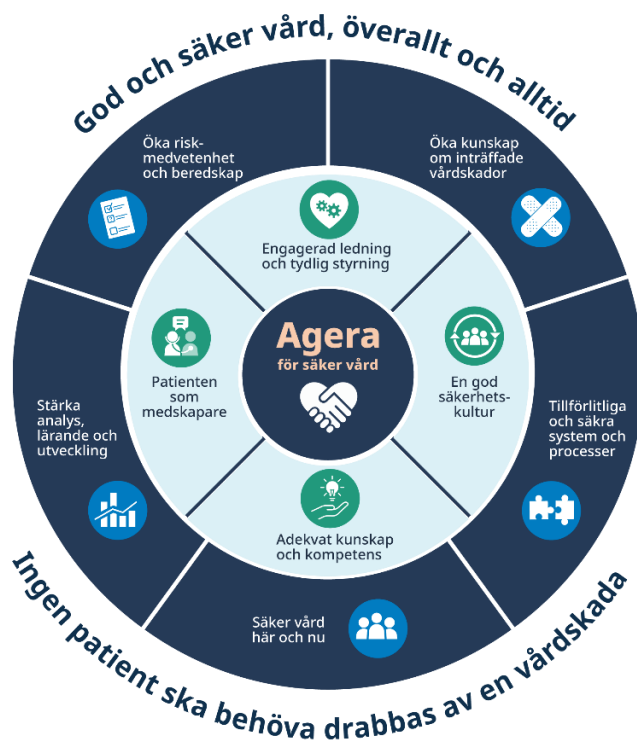
Petra Sehlstedt, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Sandra Scherman, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Umeå kommuns systematiska patientsäkerhetsarbete för 2025 i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Målet är att patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Resultat från uppföljningar och egenkontroller utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ansaret för patientsäkerhetsarbetet delas av Umeå kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonalen. Patientsäkerhetsberättelsen behandlas och antas av individ- och familjenämnden i Umeå kommun.



Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier.....	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare.....	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	18
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	19
Säker vård här och nu.....	26
Riskhantering.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling.....	27
Avvikelser.....	27
Klagomål och synpunkter.....	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen har sammanställts utifrån uppföljningar med verksamhetschef HSL, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal samt brukarenkäter, journalgranskning, punktprevalensmätning, självskattningar, avvikelsestatistik, utvecklingsarbete i HSL-processteam och resultat från kvalitetsregister. Prioriterade områden har tagits fram av medicinsk ledning.

Prioriterade områden för 2025 har varit är:

- **Patienters och närståendes delaktighet i vården,**
- **Hälsofrämjande och förebyggande arbete,**
- **Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal,**
- **Samverkan och samarbete i vårdkedjan**

Under året har arbete bedrivits inom de prioriterade områdena.

Patienter och närståendes delaktighet i vården

Verksamheten arbetar löpande med att skapa möjlighet till delaktighet i hela vårdprocessen för personer i särskilt boende och daglig verksamhet enligt LSS. Ett sätt att skapa delaktighet är att vid behov använda SIP. Andra åtgärder som genomförts under året är bland annat brukarundersökning och informationsbroschyr för ökad kännedom om hälso- och sjukvårdspersonalen. Även i HSL-processteamet har fokus varit på att skapa möjlighet till delaktighet för patienter och närstående. En ny länsgemensam överenskommelse med Region Västerbotten och länets kommuner om egenvårdsprocessen har tagits fram. Där är målsättningen att den skall främja en personcentrerad vård och omsorg som bidrar till den enskildes delaktighet i beslut om sitt eget liv.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

För att öka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har flera åtgärder vidtagits under året. Ett pilotprojekt har startats med en arbetsterapeut och en fysioterapeut, där syftet är att öka följsamheten till ordinerade rehabiliteringsinsatser samt att arbeta mer förebyggande. Samtliga brukare på ett antal utvalda boenden erbjuds en träff med arbetsterapeut och fysioterapeut för kartläggning. Fortsatt arbete med implementering planeras om pilotprojektet uppvisar goda resultat. Arbete med att utveckla och förbättra processerna med Västerbottens hälsoundersökningar och Munhälsobedömning i hemmet har under året pågått löpande.

Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal

Under 2024 genomfördes en mätning, på 16 boenden och en daglig verksamhet, kring utförandet av ordinerade rehabiliteringsinsatser. Mätningen visade då på tydliga brister och att många rehabiliteringsinsatser uteblev. Under 2025 har åtgärder vidtagits för att förbättra följsamheten. En av åtgärderna har varit att tydliggöra var signeringslistor ska förvaras, i syfte att öka möjligheten till signeringar. Ett pilotprojekt har även påbörjats kring förebyggande insatser, där fokus också är på följsamheten till rehabiliteringsordinationerna. En enkät har också lämnats ut till boendepersonal för att få information om deras förutsättningarna att utföra ordinerade insatser. Det förs även dialog om avvikelser på yrkesträffar och teamträffar. Fortsatt förbättringsarbete behöver ske och planeras även för kommande år.

Samverkan och samarbete i vårdkedjan

Pilotprojekt med att erbjuda brukare en standardiserad årsuppföljning tillsammans med läkare fortgår och kommer under året att utvärderas. Bedömningsinstrument som används vid årsuppföljning är WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule), ett bedömningsinstrument för att mäta hälsa och funktionshinder inom vård och omsorg. Under året har dialog mellan LSS boendens- och HSL enhetschefer ökat samt att HSL enhetschefer regelbundet samverkar med funktionshinderområdets biträdande verksamhetschefer. Utvecklingen av teambaserat arbetssätt i syfte att stärka patientsäkerheten, förbättra arbetsmiljön och samverkan fortgår enligt plan.

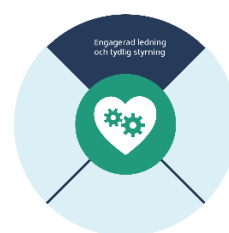
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningens beslut, kunskap, agerande, förhållningssätt och ställningstaganden är avgörande för en ökad patientsäkerhet.

Ledningen är en tongivande förebild. Den har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. Hög patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö och psykologisk trygghet. Det utvecklas också bäst i organisationer som har en kultur där medarbetarna gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en robust och säker verksamhet. Det är även viktigt att patienter och närstående är delaktiga i utvecklingsarbetet.



Många viktiga systemfaktorer finns i den patientnära vårdprocessen. Exempel på sådana faktorer är tillräcklig bemanning med rätt kompetens och att utveckla och upprätthålla säkra processer. Systemfaktorer som påverkar är arbetsmiljö, ekonomistyrning, kompetensförsörjning, produktionsstyrning, kompetensutveckling, organisationsstruktur och resursfördelning.

Patientsäkerhet är ett ansvar för politiker, beslutsfattare och chefer och behöver beaktas i arbetet på politisk, strategisk och operativ nivå. Beslut kan både leda till önskvärda effekter och till målkonflikter eller negativa effekter i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Därför måste beslut som påverkar den patientnära processen och hälso- och sjukvårdssystemet på övergripande nivå alltid analyseras och följas upp ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Övergripande mål och strategier

Målsättning

Den enskilde har förutsättningar att leva som andra och erbjuds en god och säker hälso- och sjukvård.

Prioriterade områden 2025

Patienter och närståendes delaktighet i vården	
Åtgärder	Uppföljning
• Brukarenkäter • Informationsblad	• Analys och insatser av enkätsvar bedrivs i processteam • Journalgranskningar • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	
Åtgärder	Uppföljning
• Västerbottens hälsoundersökning (VHU) • Uppsökande munhälsobedömningar • Påbörjat nytt arbetssätt kring förebyggande insatser • Identifierat behov av kompetensutveckling	• Statistik VHU • Journalgranskningar • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning • Proaktiva arbetssätt och behov av kompetensutveckling följs upp i processteam
Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal	
Åtgärder	Uppföljning
• Pilotprojekt för att öka följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.	• Avvikelser • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning
Samverkan och samarbete i vårdkedjan	
Åtgärder	Uppföljning
• Kompetensutveckling teambaserat arbetssätt. • Pilotprojekt för ökad följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.	• PPM mätning • Avvikelser • Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Uppföljning inom ramen för processteam

Organisation och ansvar

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Vårdgivare är också skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). I kommunen finns också ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschefer för hälso- och sjukvård har det samlade ledningsansvaret och representerar vårdgivaren, men vissa uppgifter är undantagna. För dessa uppgifter har MAS/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinsk ansvarig för rehabilitering) ett särskilt ansvar.

MAS och MAR har särskilt ansvar för att säkerställa att:

- Patienten får säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet.
- Det finns rutiner för att kontakta läkare och annan vårdpersonal vid behov.
- Patienten får den vård som läkaren har bestämt.
- Rutinerna för läkemedelshantering är säkra.
- Besluten om delegering är patientsäkra.
- Patientjournaler förs i enlighet med lagstiftning.
- Anmälan görs till kommunal nämnd och till Inspektionen för vård- och omsorg vid risk för skador eller allvarliga skador

Den medicinska ledningen utgörs av verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom äldre- och individ- och familjenämnden tillsammans med MAS och MAR. Den medicinska ledningen ansvarar för att leda vården både gällande det systematiska patientsäkerhetsarbetet och övergripande strategiska frågor.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt att delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. All personal som är verksam vid en vårdinrättning och medverkar i hälso- och sjukvård räknas som hälso- och sjukvårdspersonal (PSL 2010:659).

Enheten för systematiskt kvalitetsarbete har uppdrag att skapa och förbättra förutsättningarna att jobba systematiskt med kvalitetsarbete. Detta sker i nära samarbete med verksamheterna och är kopplat till förvaltningens huvud- och delprocesser och sker i enlighet med nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enheten har två huvudprocesser. De utgår från nämndens grunduppdrag och beskriver det stöd som ges till medborgarna varav att erbjuda hälso- och sjukvård är den ena huvudprocessen. Varje delprocess har en processledare som samordnar och bistår processägare och chefer i

kvalitetsarbetet. Processägare är verksamhetschef undantaget de uppgifter som MAS/MAR ansvarar för.

Hälso- och sjukvårdens (HSL) processteam träffas regelbundet 8–10 gånger per år och bedriver där ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Processteam identifierar utvecklingsbehov samt bidrar med specifik kompetens kring åtgärder och dess genomförande. Analyserar och följer upp. Ansvarar för genomförande och implementering i verksamhet av beslutade åtgärder. HSL processteam består av verksamhetschef, MAS och MAR, HSL enhetschef, professionsrepresentanter, HR partner samt processledare.

Privata utförare med hälso- och sjukvård

Umeå Kommun har avtal med de privata utförarna Mariagården, Turmalinen och Furan i Bullmark inom området bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS (1993:387). Dessa verksamheter är enligt avtal vårdgivare och har följaktligen eget ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom sina verksamheter (2 kap. 3 § HSL). I egenskap av huvudman behåller kommunen det övergripande ansvaret för all hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde (15 kap. 1 § HSL). Således har MAS och MAR ett tillsynsansvar över dessa verksamheter.

Under innevarande år har tillsyn av läkemedelshantering och läkemedelsförvaring genomförts. Tillsyn visar på generellt god hantering och förvaring motsvarande kommunens egna verksamheter. Utöver tillsynsbesök har både planerade och spontana träffar genomförts tillsammans med ansvariga för verksamheten i syfte att vägleda och inhämta information nödvändig för att bedöma om vårdgivaren tillhandahåller en god hälso- och sjukvård utifrån MAS/MAR lagstadgade ansvarsområden (4 kap. 6 §, HSL). Identifierade brister hos de privata vårdgivarna är att man enbart kan erbjuda konsultation utanför kontorstid men saknar möjlighet för tillsynsbesök. Ytterligare en organisatorisk svaghet är att de privata vårdgivarna inte är del av överenskommelsen mellan region Västerbotten och länets kommuner avseende generella behandlingsanvisningar (GBA) vilket innebär att man saknar GBA-förråd med läkemedel som ingår i överenskommelsen. Syftet med GBA-överenskommelsen är att enhetliga och generella behandlingsanvisningar ska öka patientsäkerheten och underlätta kontakten mellan huvudmännen då de ger möjlighet att kupera hastigt påkomna sjukdomssymtom utan att insättning fördröjs av läkarkontakt eller avsaknad av ordinerat läkemedel. Bedömningen är att detta i enskilda fall kan ge fördröjd vård.

Kvalitetsuppföljningar kring rehabiliteringsområdet har genomförts vid två tillfällen under året. Uppföljningarna visar att det överlag fungerat tillfredsställande kring rehabiliteringsinsatserna och hjälpmedelsförskrivningarna.

Den samlade bedömningen är att de privata vårdgivarna uppvisar en god säkerhetskultur och att utifrån det som framkommit förefaller vårdtagarna erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Länsgemensam samverkan

Region Västerbotten och länets 15 kommuner har en etablerad samverkan med målet att skapa största möjliga nytta för invånarna. Omställningen till nära vård är den gemensamma utgångspunkten. För att ge riktning åt arbetet har en Framtidsbild och en Färdplan Nära vård 2030 i Västerbotten tagits fram i samverkan. Dessa är politiskt förankrade och fungerar som vägledning för både strategiska beslut och praktiskt genomförande.

Samverkan sker på flera nivåer, med forum för politiker och tjänstepersoner, exempelvis: Samråd hälsa, vård och omsorg (politisk nivå), Länssamverkansgruppen, Beredning vuxna och äldre, Samverkansråd Patientsäkerhet och Hjälpmedelsrådet (tjänstepersonsnivå). Länssamverkansgruppen och Samråd hälsa, vård och omsorg utgör tillsammans ledningen för systemet i länet. Under 2025 har arbetet med att utveckla denna systemledning fortgått för att stärka styrning, samsyn och gemensamma prioriteringar.

Utifrån färdplanen pågår nu ett länsgemensamt arbete med att ta fram en gemensam plan för primärvården. Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samverka med specialiserad vård, socialtjänst, elevhälsa och skola. Den ska finnas nära invånarna och bidra till ökad tillgänglighet, kontinuitet och trygghet. Eftersom region och kommuner delar ansvar är god samverkan avgörande för en sammanhållen vård. Den gemensamma planen blir en plattform för att tydliggöra prioriterade områden, skapa samsyn och följa upp arbetet – med utgångspunkt i invånarnas behov.

Från och med den 1 april 2025 gäller en ny överenskommelse och länsrutin mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan i samband med bedömning, planering, utförande och uppföljning av egenvård. Framtagande av en ny länsgemensam överenskommelse och länsrutin har skett med bred förankring i huvudmännens verksamheter.

Umeå kommun har avtal med vårdhygien Region Västerbotten som bidrar med vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid särskilda situationer. Under året har Vårdhygien bjudit in alla legitimerade sjuksköterskor till digitala forum där föreläsningar hållits och möjligheten till frågor och diskussioner funnits. Dessa forum planeras att fortsätta under 2026.

I varje kommun ska varje hälsocentral och kommunens hälso- och sjukvård gemensamt upprätta lokala rutiner för samarbetet avseende läkarmedverkan enligt mall. De lokala rutinerna ska baseras på det övergripande avtalet i länet.

Enligt ramavtal med Region Västerbotten om läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård ska läkarrond utföras regelbundet av ansvarig läkare tillsammans med kommunens sjuksköterska. Läkarronderna ska vara planerade, schemalagda och regelbundna enligt fastställd lokal rutin. Ansvarig sjuksköterska i kommunen ska ha tillgång till direktnummer till ansvarig hälsocentral avskilt från övrig patientverksamhets telefon och ska få kontakt med adekvat kompetens. Lokala rutiner i enlighet med ramavtal finns upprättade med alla berörda hälsocentraler och bedöms fungera bra.

Mittvaccin är Region Västerbottens system för att hantera vaccinationer. Det är en sammanhållen journal för alla vaccinationer som registrerats i Mittvaccin, av både privat och offentlig verksamhet. Det innebär att invånare nu har tillgång till mer av sin vaccinationshistorik än tidigare. Från och med hösten 2025 har Umeå kommun dokumenterat vaccinationer i Mittvaccin och det finns en framtagna manual av Region Västerbotten i samråd med Västerbottenskommuner och regionens vaccinationsförvaltning. Manualen är länsgemensam och vänder sig till legitimerade medarbetare som jobbar med vaccinationer inom kommunal hälso- och sjukvård. Vaccination har erbjudits till alla personer som omfattas av rekommendationen och majoriteten har vaccinerats. Veckovisa avstämningsmöten med Region Västerbottens vaccinationssamordnare har genomförts där representant från kommunal hälso- och sjukvård deltagit.

Samverkansprojektet Västerbottens hälsoundersökningar i LSS-boende har fortsatt och utvecklats under året. Upprättade samarbetsavtal innebär att samtliga personer inom rätt åldersintervall kommer kunna erbjudas VHU år 2025. Under året har även arbete att förbättra munhälsan för personer i LSS-boende samt särskild målgruppsanpassad insats för HPV-vaccination genomförts. Även om året präglats av omfattande åtgärder så framkommer fortsatt att personer inom särskilt boende och daglig verksamhet enligt LSS i Umeå kommun har betydligt sämre hälsa än övriga kommuninnevånare. Att vidmakthålla och utveckla proaktiva åtgärder är avgörande för att uppnå en mer jämlik hälsa för personer i särskilt boende och daglig verksamhet enligt LSS.

Samverkansråd patientsäkerhet

Samverkansråd Patientsäkerhet arbetar med ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att förebygga kvalitetsbrister. I patientsäkerhetsrådet ingår representanter från Region Västerbotten, läkare, verksamhetsutvecklare och MAS från kommuner i länet. Samarbetet utformas som en sammanhållen process i hela länet mellan det olika huvudmännen. Under 2025 har arbetet fortsatt med att upprätta en länsövergripande rutin mellan Region och kommun för patienter med trakeostomi som vårdas utanför sjukhuset. Hantering av

gemensamma avvikelser och hur informationsöverföring mellan huvudmännen säkras är andra frågor som funnits på agendan under året.

Hjälpmedelsråd

Hjälpmedelsrådet är en del av samverkansstrukturen i Västerbotten och har som uppdrag att verka för en samordnad, kvalitetssäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsprocess utifrån patienternas behov. Hjälpmedelsrådet består av fyra representanter från länets kommuner, fyra representanter från Region Västerbotten, två adjungerade representanter från Hjälpmedel Västerbotten samt hjälpmedelskoordinator. Hjälpmedelsrådet har under 2025 haft sex möten och några av de frågor som rådet arbetat med under året är referensgrupp med förskrivare, förebyggande inom hjälpmedelsområdet samt fortsatt arbete kring likvärdiga förutsättningar för rehabilitering i länet.

MAS/MAR Nätverk

Nätverket för MAS/MAR i Västerbotten har haft tre möten under året för samverkan kring kommunal hälso- och sjukvård och patientsäkerhetsområdet. Några frågor som lyfts i nätverket under året är länsöverenskommelse om egenvård, ny delegeringsföreskrift, gemensam plan för primärvården samt avvikelser och allvarliga händelser.

Nationellt system för kunskapsstyrning

Målet med nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård är att genom utveckling bidra till en god hälsa i befolkningen, genom en god vård som ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Umeå Kommun är delaktig i kunskapsstyrningen genom aktivt deltagande i lokala programområden samt i lokala arbetsgrupper. Under 2025 har arbete skett i bland annat LPO (lokalt programområde) Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, LAG (lokal arbetsgrupp) om utskrivning från sjukhus efter stroke, LAG om generisk modell för rehabilitering, LAG Traumatisk hjärnskada och LAG Vård i livets slut.

Informationssäkerhet

I och med införandet av ny patientjournal har risk-och konsekvensbedömningar kring behörigheter genomförts och arbetet med att ta fram underlag till införandet av Hälsoärendet påbörjades våren 2025, driftsättning planeras att genomföras i början av 2026. Under året har även ett nytt hjälpmedelssystem (Myloc) för hantering av den interna hjälpmedelsförsörjningen implementerats. Informationsöverföring mellan Region Västerbotten och Västerbottenskommuner sker sedan början av 2025 med systemstödet Lifecare SP. I dagsläget finns en lokalt framtagna gemensam rutin för hälso- och sjukvårdspersonal och särskilt boende inom LSS. Hälso- och sjukvårdspersonal har tagit fram ett väl fungerande arbetssätt kring systemstödet. Det har identifierat vissa otydligheter i arbetssätt och rutin, bland annat kring samverkan mellan särskilt boende LSS och hälso- och sjukvårdspersonal kopplat till systemstödet organisatoriska struktur. Utvärdering av

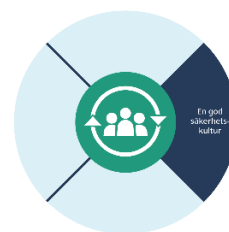
arbetssätt och lokal gemensam rutin planeras att genomföras i april 2026. Risk- och konsekvensbedömningar har genomförts kring båda dessa system.

Lösningen för säkra meddelanden, Sefos, gör det möjligt att skicka känslig information och sekretessuppgifter digitalt. Hälso- och sjukvårdens verksamhet har identifierat sina behov, gjort en konsekvensbedömning och implementering av rutin pågår. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har fått en licens och har börjat använda säkra meddelande när känslig information finns, vid sina kontakter med Region Västerbotten.

Övrigt kring informationssäkerhet rapporteras i dataskyddsberättelsen.

En god säkerhetskultur

Som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet finns en lokal handlingsplan för patientsäkerhet, som är framtagen utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt ett års hjul för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Handlingsplanen följs regelbundet upp av medicinsk ledningsgrupp och ligger till grund för arbetet i HSL-processteamet, patientsäkerhetsberättelsen och den uppdateras kontinuerligt.



I syfte att kartlägga säkerhetskulturen och hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av patientsäkerheten i verksamheten har enkätundersökningar genomförts. Arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas svarsfrekvens var 71% och sjuksköterskornas var 68%. Då enkäterna mellan professionerna skiljer sig något presenteras resultatet separerat.

Majoriteten av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna uppger i enkäten att de upplever att deras arbetsplatser arbetar med att förebygga brister i vården samt att man aktivt arbetar med att förbättra patientsäkerheten. De flesta uppger även att man informerar varandra om händelser som kunnat skada patienter samt att man har dialog om hur man ska undvika att liknande händelser inträffar igen. De största patientsäkerhetsriskerna som arbetsterapeuter och fysioterapeuter anger är bristande hantering av hjälpmedel tex i samband med förflyttningar samt hög arbetsbelastning vilket leder till svårigheter att uppmärksamma behov och att prioritera uppföljningar. Enkätresultaten visar också att de flesta arbetsterapeuter och fysioterapeuter bedömer patientsäkerhetsnivån inom sitt ansvarsområde som bra. En brist man lyfter är att det varierar mycket mellan olika boenden, vilket påverkar patientsäkerheten negativt.

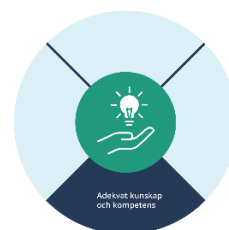
För att förbättra patientsäkerheten och lärande hålls regelbundet lärande forum där fokus har varit att förmedla kunskap och lärande om allvarliga händelser, att öka medvetenheten

om systematiskt patientsäkerhetsarbete samt att skapa möjlighet till dialog och reflektion kring patientsäkerhetsfrågor.

Resultat från sjuksköterskornas patientsäkerhetsenkät visar att sköterskorna uppfattar att många delar av patientsäkerhetsarbetet fungerar bra. De uppger att man arbetar förebyggande med att förhindra brister i patientens vård- och omsorg samt identifierar, rapporterar och utreder händelser som har eller hade kunnat skada patienten. En mindre andel sjuksköterskor har uppgett att de saknar en regelbunden dialog på arbetsplatsen vad gäller händelser som har eller hade kunnat skada patienten, vilket är motsägelsefullt eftersom det ingår som en punkt på agendan vid de veckovisa teamträffarna där alla legitimerade yrkesgrupper ingår. Där emot har en större andel sjuksköterskor uppgett att det finns en struktur för regelbundna dialoger kring dessa händelser både internt i hälso- och sjukvårdsteamet men även tillsammans med särskilt boende LSS enhetschefer och personal.

Adekvat kunskap och kompetens

Verksamheter med god arbetsmiljö, där personalen ges möjlighet att utveckla och använda sin kunskap och kompetens, främjar engagemang och ökar förutsättningar till långsiktig kompetensförsörjning.



Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Det innebär att både personal, beslutsfattare på alla organisatoriska nivåer och politiker behöver ha den kunskapen. Kunskapen behövs för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till en säker vård. I dagsläget saknas tydlig struktur hur kunskap och kompetensutveckling om patientsäkerhet säkerställs på alla nivåer i Individ och familjenämnden olika verksamhetsområden.

Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behöver tränas och utvecklas kontinuerligt. Att samverka över professionsgränserna och träna förmågan att jobba i team krävs och behöver sedan fortsätta under hela yrkeslivet. En av stöd och omsorgsförvaltningens huvudprocess, erbjuda hälso- och sjukvård, identifierar och genomför aktiviteter som är direkt kopplade till arbetet med implementering och vidareutveckling av teambaserat arbetssätt.

Sjuksköterskorna har under året erbjudits utbildning i palliativ vård, sårvårdsutbildning, förflyttningsutbildning och uppmuntras kontinuerligt i grupp och direkt vid RUS samtal att nyttja utbildningstillfällen som erbjuds. Verksamhetens sjuksköterskor har generellt hög formel kompetens. Ett utvecklingsområde är att verksamheten på ett bättre sätt nyttjar denna kompetens i hela verksamheten, bland annat genom att sprida kunskapen vidare, uppdatera och engagera kollegor samt attrahera och behålla kvalificerade medarbetare.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter får regelbundet kompetensutvecklingsinsatser via Hjälpmedel Västerbotten, vilket är viktigt bland annat för att hålla sig uppdaterad kring hjälpmedelssortimentet. Det är också planerat att alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska gå positioneringsutbildning samt utbildning kring specialanpassningar för att säkerställa rätt kompetens kring de områdena. Samverkan med grannkommuner har genomförts och planeras också framåt, där syftet är kompetens- och erfarenhetsutbyte inom professionerna. Det planeras också fortsatt utveckling av gemensamma rutiner/arbetsätt samt kring användning av bedömningsinstrument för att öka enhetligheten. Ett fokusområde är också att öka kunskap om målgruppen utifrån yrkesspecifika insatser samt utifrån teamarbete. Fortsatt arbete planeras också kring kompetensutvecklingsplan.

Patienten som medskapare

En förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Patientens och anhörigas delaktighet i vården främjas främst genom regelbunden dialog, information och samtycke kring den enskildes behandling, rutiner och vårdinsatser, patientens önskemål och godkännande är centralt för att hälso- och sjukvårdsinsatsen ska kunna utföras. För att skapa delaktighet i rehabiliteringsprocessen arbetar arbetsterapeuter och fysioterapeuter aktivt med att ha dialog och medskapande av patient/brukare och närstående kring kartläggningar, bedömningar, mål och planering av åtgärder. Vid behov används också SIP, som ett verktyg för att öka delaktighet.



Två lokala enkäter till patienter på LSS boenden har genomförts under 2025. Där har patienterna anonymt och frivilligt fått möjlighet att framföra sina åsikter om hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och hjälpen de fått samt upplevelsen av tillgängligheten och kännedom om kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med dessa undersökningar är att samla in ett kunskapsunderlag för analys och därefter förbättringsarbeten.

De brukare som haft besök av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal under en tre veckors period har fått erbjudande att svara på besökenskat om hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och hjälpen de fått. Under perioden delades 143 enkäter ut och svarsfrekvensen var 75%. Den största andelen av respondenterna var nöjd med bemötandet och ansåg också att de hade fått den hjälp som förväntats.

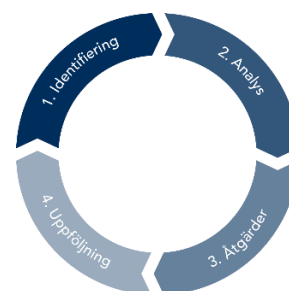
Alla brukare fick erbjudandet att delta i en lokal brukarundersökning om upplevd tillgänglighet av hälso- och sjukvård. Svaren visade vissa skillnader utifrån kön, kvinnliga brukare uppgav i högre utsträckning att de haft kontakt med arbets- och fysioterapeut än manliga brukare. Kvinnliga brukare har också högre kunskap om vem som är boendets arbets- och fysioterapeut jämfört med manliga brukare. Åtgärder i syfte att minska skillnader mellan kön är bland annat att HSL-personalen bär namnbrickor med titel, samt att bilder på HSL-personalen sätts upp på boenden i syfte att tydliggöra professionstillhörighet för brukarna. Vid uppföljande mätning ska eventuella skillnader fortsatt analyseras. Som en del i

att höja kunskapen om den hälso- och sjukvård som erbjuds till våra brukare har ett informationsmaterial tagits fram (en folder). Foldern har lämnats till alla nyinflyttade brukare och anhöriga. Den har även lämnats till brukare som redan bor på särskilt boende. Fortsatt arbete för att öka möjligheten till delaktighet planeras.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroller på övergripande nivå presenteras i tabellen nedan.

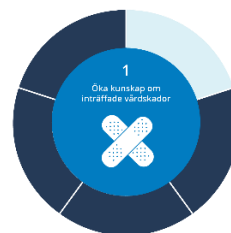


Egenkontrollplan patientsäkerhet

Aktivitet/kontrollmoment	Metod	Omfattning	Rapport/ Redovisning
Avvikelser hälso- och sjukvård	IT systemet Treserva för avvikelshantering	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Avvikelser hjälpmedel	Hjälpmedel Västerbotten	3 ggr/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Ilex Maria	IT systemet Public 360	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Synpunkter och klagomål	IT systemet Public 360 Treserva	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Patientsäkerhetskulturmätning	Enkät till hälso- och sjukvårdspersonal	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Uppföljning av prioriterade områden	Tertialuppföljning verksamhetschefer och enhetschefer	3 ggr/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Vård i livets slut	Svenska palliativa registret	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	Svenska registret för BPSD	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Journalgranskning av dokumentation	Patientjournal via granskningsprotokoll	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Självskattning basala hygienrutiner och klädregler	Protokoll framtagen av vårdhygien	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Kvalitetsgranskning läkemedelshantering	Protokoll	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Uppföljning av följsamhet till ordinerade rehab och omvårdnadsinsatser	Punktprevalensmätning	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen
Tidmätning av direkt patientkontakt för arbetsterapeut och fysioterapeut	Självskattning utifrån protokoll	1 gång/år	Patientsäkerhetsberättelsen

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Ingen anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt Lex Maria har gjorts under 2025. Majoriteten av de inrapporterade avvikelser som finns handlar om utebliven signering om att läkemedel har administrerats till patient. Cirka 30 slumpvist utvalda avvikelser inom avvikelseområdet ”läkemedel” har analyserats. Analysen har kommit fram till att avvikelseutredning och dokumentationen av utredning är av varierande kvalitet och den bakomliggande orsak till det inträffade är inte tydligt beskrivet. Med anledning av detta är det svårt att dra några slutsatser om de åtgärder som vidtagits i syfte att minska risken att liknande händelse inträffar igen är kopplad till rätt bakomliggande orsak och därmed tillräckligt effektiva. Analysen har även konstaterat att andelen inrapporterade avvikelser inom avvikelseområdet ”läkemedel” är lågt i förhållande till hur många patienter och antal tillfällen som läkemedel administreras. Övrigt inrapporterade avvikelser är väldigt varierande men flertalet utredningar har kommit fram till att den bakomliggande orsaken till det inträffade är bristande samverkan och informationsöverföring, det gäller både intern och extern samverkan. Anmälan till läkemedelsverket ska göras vid funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda samt vid felaktigheter och brister i märkningen eller bruksanvisningen som kan leda till eller har lett till en patients, en användares eller någon annan persons död, eller en allvarlig försämring av en patients, en användares eller någon annan persons hälsotillstånd. Inom funktionshinderomsorgen det inte gjorts någon anmälan till Läkemedelsverket under 2025.



Patientsäkerhetskulturen behöver utvecklas. För detta behövs bland annat ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador, ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet, ett icke skuldbeläggande klimat, medarbetare och ledning på alla nivåer som har goda kunskaper om säkerhet och förbättringsarbete. Att gå från att rapportera avvikelser reaktivt, när händelser har inträffat, till att arbeta systematiskt med avvikelser som en integrerad del i det dagliga arbetet är en viktig förflyttning som krävs för att förbättra patientsäkerhetskulturen.



Säkerhetskulturrappan. Inspirerad av Diane Parker från Manchester Patient Safety Framework

Tillförlitliga och säkra system och processer

Basala hygienrutiner

En förutsättning för god kvalitet i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen samt bostad med särskild service enligt LSS är att föreskrifterna om basal hygien i vård och omsorg efterlevs. Syftet med föreskriften är att skydda patient från vårdrelaterade infektioner och smittspridning, genom god handhygien och användning av arbetskläder förhindras detta. Vårdgivare ska se till att arbetstagare har kunskap om och tillämpar basala hygienrutiner, samt ges regelbunden kompetensutveckling inom vårdhygien. Samtliga medarbetare erbjuds digital utbildning via Socialstyrelsens utbildningsportal och uppföljning av följsamhet sker genom självskattningsenkät 2 gånger årligen som går ut till samtliga medarbetare inom verksamheter som innefattas av föreskriften.



Resultat från 2025 självskattningsenkät visar att följsamheten till basala hygien och klädregler (BHK) bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är hög. Den totala följsamheten under 2025 är 98%. Resultaten från självskattningsenkät för övriga verksamheters medarbetare som innefattas av föreskriften är allt för låg för att någon slutsats av följsamheten till BHK ska kunna analyseras.

Läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts under vår 2025. Kvalitetsgranskningen innefattar bland annat förvaring i läkemedelsförråd, läkemedelsskåp i brukarens lägenhet om möjligt tillsammans med delegerad personal, förbrukningsjournaler för narkotikaklassade läkemedel och rutiner kopplat till läkemedelshantering. Granskningen visar på generellt god kvalitet men vissa brister finns. Brist som identifierats på några särskilda boenden inom LSS är att patienten inte har eget läkemedelsskåp, läkemedelsskåp är placerade i personalens gemensamhetsutrymmen och inte i den enskildes lägenhet. Rekommendationen är att läkemedlen skall förvaras i låst läkemedelsskåp i den enskildes lägenhet i syfte att minska risken att förväxling av läkemedel och patient sker. Brister som identifierats har framförts till ansvariga enhetschefer som svarar för åtgärd. Det har uppmärksamats otydligheter i ansvarsfördelning gällande läkemedelshantering mellan närstående och hälso- och sjukvården i de fall där delat läkemedelsansvar finns. Vid dessa tillfällen sker dialog med brukare, ansvarig läkare, närstående och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att klargöra ansvarsfördelningen.

Uppföljning av läkemedelsdelegeringar sker löpande, främst genom regelbunden kontakt med delegerad omsorgspersonal, granskning och hantering av avvikelser, samt vid årliga förnyelser av delegeringar. Vid upprepade avvikelser eller allvarlig händelse kopplat till en enskild omsorgspersonal överväger sjuksköterskan alltid om delegering ska dras tillbaka. I

patientsäkerhetsenkäten framkommer önskemål om bättre samarbete och likvärdiga arbetssätt kring hur utbildning i- och uppföljning av läkemedelsdelegeringar skall genomföras i syfte att minska risken för misstag och öka patientsäkerheten. I dagsläget saknas systemstöd som möjliggör dokumentation kring hur läkemedelsdelegeringsprocessen framskrider för enskild omsorgspersonal, exempelvis uppföljningar, åtgärdsplan och liknande.

Västerbottens Hälsoundersökningar

Under 2025 har arbetssättet med Västerbottens hälsoundersökningar, VHU, fortsatt. VHU är en satsning för att främja befolkningens hälsa, målet är att motivera och stödja hälsosammare levnads- och vardagsvanor och på så sätt minska risken för framtida hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Vid VHU undersökningarna identifieras också de individer som behöver riktade insatser från sjukvården. Personer som upptäcks ha högt blodtryck, diabetes eller andra hälsorelaterade problem erbjuds fortsatt utredning och behandling. Arbetssättet har förändrats något under året, det är nu fyra sjuksköterskor delar på uppdraget och genomför VHU för hela verksamheten. Under året är det 30 individer som inkluderats i målgruppen, de som fyller 30, 40, 50 eller 60 år. 28 av dessa har erbjudits att delta i undersökningen och 2 individer har bedömts att de inte kunnat delta på grund av pågående palliativ vård. 60% av de patienter som erbjudits att delta i VHU har tackat ja.

Munhälsobedömningar

Uppsökande årliga munhälsobedömningar genomförs av Region Västerbottens tandvårdsteamet. Rutiner har under året tydliggjorts, kommunens sjuksköterskor skall utfärda tandvårdsstödsintyg, samverka och planera med tandvårdsteamet, årligen erbjuda och informera om munhälsobedömning till personer som är berättigade till munhälsobedömning men som tidigare tackat nej. Tyvärr finns ingen statistik enbart för funktionshinderomsorgen utan den inkluderar även äldreomsorgen, det finns planer på att förändra detta underlag under 2026.

Dokumentation

Patienter som bor på särskilda boenden är i behov av kontinuitet och kompetens både när det gäller omvårdnadspersonal, rehabiliteringspersonal, sjuksköterskor och läkare. Alla personer som bor i särskilda boenden ska ha en namngiven fast läkarkontakt från regionfinansierad primärvård och en namngiven fast vårdkontakt från kommunen. Vid journalgranskning av kommunens patientjournal kan brister ses vad gäller dokumentation av namngiven fast läkarkontakt och vårdkontakt men dokumentationen talar för att det dessa kontakter finns. Det finns behov i verksamheten av att se över tillämpningen av begreppet "Fast vårdkontakt".

Sjuksköterskan skall självständigt ansvara för omvårdnadsprocessen vilken innefattar bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden, samtliga steg skall dokumenteras i patientjournalen. Vid journalgranskning och avvikelseutredningar har det i flertalet patientjournaler visat sig att journalanteckningar genomförda av sjuksköterskor saknar en tydligt standardiserad dokumentationsstruktur.

Inom ramen av sin omvårdnadskompetens drar sjuksköterskorna slutsatser om vilka aktuella eller potentiella rektioner som har uppstått eller skulle kunnat uppstå hos de personer som de möter och vårdar i sitt arbete, de analyserar en mängd olika områden av betydelse för omvårdnadsarbetet för den person som de har för avsikt att hjälpa eller stödja. Sjuksköterskan diagnostiserar därför hälsoproblem, risktillstånd och potential för hälsofrämjande, tyvärr uttrycker sig inte alltid sjuksköterskan sina slutsatser i skrift. En förklaring till detta är att sjuksköterskorna saknar ett gemensamt standardiserat språk eller terminologi att beskriva sitt ansvarsområde, omvårdnad.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten kommer i början av 2026 att dokumentera i en ny modul i verksamhetssystemet Treserva, Hälsoärendet. I och med detta finns en förhoppning om att omvårdnadsprocessens alla steg blir tydligare, bättre strukturerad och därmed bidrar till att dokumentationskvalitén utvecklas.

Journalgranskning av arbetsterapeuterna och fysioterapeuternas journaler (16st) har genomförts av verksamhetsutvecklare för rehabilitering i samarbete med MAR. Journalgranskning utgår från de lagstadgade kraven på dokumentation samt från rehabiliteringsprocessen. Journalgranskningen visar att problemområde/risk framgår i alla granskade journaler och att det helt eller till stor del finns upprättade vårdplaner kopplade till de problemområden/risker som identifierats. I alla journaler framgår tydligt målformulering kopplat till de identifierade problemen samt också till stor del vilka åtgärder som ska utföras. Åtgärderna bedöms i alla granskade journaler vara relevanta utifrån de upprättade målen. Det är också helt eller till stor del i de flesta journalerna tydligt vem som ska utföra åtgärderna, när åtgärderna ska ske och hur åtgärderna ska ske. I mer än hälften av de granskade journalerna framgår det endast delvis när åtgärderna ska följas upp och endast i två av de granskade journalerna framgick detta helt. Det är ett förbättringsområde som identifierats. I alla journaler framgår det helt eller till stor del om åtgärderna bedöms ha haft avsedd effekt utifrån uppsatta mål. I majoriteten av journalerna framgår det helt eller till stor del att patienten varit delaktighet vid upprättande av mål och vid uppföljning av åtgärderna, vilket är ett bättre resultat än förra året då detta framgick i drygt hälften av journalerna. I alla journalerna bedöms språket vara lättförståeligt och i nästan alla journaler återfinns endast vedertagna förkortningar helt eller till stor del. Instruktioner kring hälso-och sjukvårdsåtgärder som ska lämnas utföras av omsorgspersonal är fördelas/lämnade i alla journaler helt eller till stor del. Alla inaktuella vårdplaner är avslutade. Sammanfattningsvis så visar journalgranskning att majoriteten av de granskade journalerna helt eller till stor del

innehåller relevant information för patientens vård och de flesta journalerna bedöms vara av god kvalitet.

I patientsäkerhetsenkäten uppger de flesta arbetsterapeuter och fysioterapeuter att de dokumenterar i tillräcklig utsträckning enligt deras dokumentationsskyldighet samt att det finns tydliga rutiner för dokumentation. Man efterfrågar dock mer enhetlighet mellan kollegorna kring hur man dokumenterar. Under året har utvecklingsarbete skett kring dokumentationsrutiner i och med införande av ny patientjournal. Fortsatt arbete med detta planeras under 2026.

Ordination/instruktion av omvårdnadsinsatser

I patientsäkerhetsenkäten uppger majoriteten av sjuksköterskorna att följsamheten till ordinationer/instruktioner av omvårdnadsinsatser är bra eller mycket bra. Uppföljning av detta sker främst genom regelbunden dialog med omsorgspersonal, kontroll av- och användning av signeringslistor och vårdplaner, samt genom möten med omsorgspersonal såsom arbetsplatsträffar och brukargenomgångar; flera nämner även uppföljning via telefon, påminnelser, dokumentation och egna besök för att säkerställa att ordination/instruktion följs och förstås.

Rehabilitering och hjälpmedel

Ordination av rehabiliterande insatser

Många rehabiliterande insatser utförs, efter genomgång och instruktioner, av boendepersonal/personal på daglig verksamhet. Det finns dock brister i följsamheten till de ordinerade insatserna, vilket gör att många brukare inte får de rehabiliterande insatser de har behov av. Det framkommer vid mätning som gjordes 2024 samt i årets patientsäkerhetsenkät där de flesta arbetsterapeuter och fysioterapeuter anger att följsamheten till de insatser de ordinerar är mindre bra. För att förbättra följsamheten har man under året att tydliggöra var signeringslistor ska förvaras, med syftet att det ska bli lättare för personalen att signera.

Under året har även ett pilotprojekt med en arbetsterapeut och en fysioterapeut startats upp. Syftet/målet med projektet är att öka följsamheten till ordinerade insatser samt att arbeta mer förebyggande. Detta kommer genomföras genom att samtliga brukare på ett antal utvalda boenden erbjuds en träff med AT och FT (se flödesschema). Under träffen får brukaren ta ställning till hur de upplever deras vardag inom olika områden. Information kring brukarnas vardag samlas även in från boendepersonalen. Boenden har valts genom att medarbetarna har fått skatta vilka boenden som har låg följsamhet och/eller få brukare som har kontakt med hälso- och sjukvården.

Pilotprojektet kommer att utvärderas och om resultatet är positivt kommer implementering planeras. I ett initialt skede kan medarbetarna i piloten se att en ökad närvaro på boenden har uppmärksammat fler behov i ett förebyggande skede, vilket gör att brukare kunnat bibehålla sin hälsa och självständighet i högre grad.

En enkät har också lämnats ut till boendepersonal för att skapa en tydligare bild av anledningen till den låga följsamheten till ordinationerna och om personalens förutsättningar att utföra ordinerade insatser. Enkätsvaren är under bearbetning.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter är ansvariga för att följa upp om/hur rehabiliteringsinsatserna utförs och om de har avsedd effekt behöver regelbundna uppföljningar ske. I patientsäkerhetsenkäten uppger majoriteter av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna att de följer upp sina ordinerade "bra". Det är en förbättring mot förra året då hälften skattade "mindre bra". Den främsta anledningen till att resultatet inte är ännu högre uppges vara tidsbrist. Sammanfattningsvis visar enkätresultaten att både arbetsterapeuter och fysioterapeuter anser att uppföljning av rehabiliteringsinsatserna har förbättrats men att det är önskvärt med ytterligare förbättringar av uppföljningarna.

Hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning

Hjälpmedelsförskrivning är en stor del av de rehabiliteringsinsatser som utförs i verksamheten och förskrivningsprocessen fungerar generellt fungerar tillfredställande. I patientsäkerhetsenkäten uppger nästan alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter att de "Alltid" eller "Oftast" rapporterar avvikelser när de identifierar tillbud eller negativa händelser kring medicintekniska produkter/hjälpmedel. Allvarliga tillbud med hjälpmedel utreds och anmäls till Läkemedelsverket och dessa händelser lyfts gemensamt med äldreomsorgen på lärande forum med MAR, i syfte att sprida lärande och kunskap.

I patientsäkerhetsenkäten svarar drygt en tredjedel av arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna att uppföljning av hjälpmedelsförskrivningarna fungerar "mindre bra" eller "dåligt". Detta är en förbättring mot förra året då över hälften hade svarat att det fungerade "mindre bra" eller "dåligt". Man uppger dock att uppföljningarna kan behöva prioriteras ned pga tidsbrist samt att man önskar riktlinjer kring uppföljningar av hjälpmedel.

Hjälpmedel som ägs av Umeå Kommuns äldreomsorg och funktionshinderomsorg hanteras internt av Hjälpmedelsservice. Under året har verksamhetens arbete till stor del präglats av införande av nytt hjälpmedelssystem, Myloc. I samband med införandet har arbetsterapeuter och fysioterapeuter gjort ett stort arbete med inventering av hjälpmedel ute hos brukare. Det nya systemet kommer bl.a. att ge stöd för återanvändning av produkter, skapa möjlighet till ökad spårbarhet tex vid säkerhetsmeddelanden samt ge förskrivare en bättre överblick av vilka hjälpmedel som finns. Det kommer även underlätta arbetssätt för

att kontrollera produkter som kräver förebyggande underhåll/besiktning samt att säkerställa vilka produkter som behöver utrangeras med hänsyn till patientsäkerhet. De lagreglerade kraven på hjälpmedelshanteringen har ökat i och med EU-direktivet för medicintekniska produkter (MDR) och det har en betydande inverkan på hjälpmedelshanteringen i kommunerna. Lagstiftningen ställer bland annat högre krav på spårbarhet för medicintekniska produkter, vilket kommer att kunna säkerställas tack vare det nya systemet. Hjälpmedelssystemet kommer också att vara ett effektivt verktyg för att följa hur den interna hjälpmedelsförsörjningen fungerar och utvecklas. Ur ett ekonomiskt perspektiv kommer verksamheten på ett bättre sätt kunna säkerställa att hjälpmedel som redan finns i verksamheten återanvänds istället för att nyinköp görs. För att kunna möta behovet i verksamheterna har rollen hjälpmedelskoordinator förändrats, för att Hjälpmedelsservice ska kunna hantera och säkerställa ökade volymer av inkommande hjälpmedel. För att säkra kvalitén och patientsäkerheten kring Hjälpmedelsservice kommer det under nästa år att göras produktgenomgångar för hjälpmedelsteknikerna, för att säkra bedömning av rekond/återanvändning eller kassering. Andra fokusområden för kommande år är bla att löpande säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i samband med användningen av det nya hjälpmedelssystemet samt fortsatt arbete för att få följsamhet till rutiner kring kontroll och rengöring av hjälpmedel ute i verksamheterna.

Palliativ vård

Under hösten 2025 gick majoriteten av alla sjuksköterskor en halvdagsutbildning med temat "Palliativ vård i kommunal hälso- och sjukvård". Föreläsningarna handlade bland annat om samtal vid allvarig sjukdom (SVAS), utsättning av läkemedel, behandling med opioider samt vad händer vid dödsfall. Det finns önskemål om att föreläsningar i ämnet palliativ vård hålls för all legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, verksamheten har påbörjat en dialog och utreder möjligheten för detta.

Antalet dödsfall inom funktionshinderomsorgen är lågt och på grund av det låga antalet är det svårt att dra några generella slutsatser från inrapporterade kvalitetsindikatorer. Det som är positivt är att många av de palliativa parametrar som kännetecknar god vård i livets slutskede är uppfyllda.

Demens

Under 2025 så har Demensteamet haft insatser till 7 personer i 6 olika LSS-boenden. Antalet ärenden inom funktionshinderomsorgens boenden varierar mellan åren, variationen kan bero på hur känt kommunens Demensteamet är i verksamheten. Under året har inga uppgifter i "Svenska registret för BPSD" rapporterats, en anledning till detta kan vara att personer som skall registreras i registret måste ha fått en demensdiagnos. Att diagnostisera demens på personer med intellektuell funktionsnedsättning är svårt och försvåras ytterligare av att det i dagsläget finns få vetenskapliga studier inom detta område. "Tidiga tecken" är ett kartläggningsverktyg för personal på gruppbostad och servicebostäder inom LSS-området.

Det används för att fånga upp förändringar i hälsa, beteenden och kognition hos vuxna personer med intellektuell funktionsnedsättning och genomförs en gång per år. I dagsläget används inte detta kartläggningsverktyg i verksamheten med det finns planer på att se över möjligheterna att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal implementerar verktyget.

Välfärdsteknik/Digitalisering

Ett arbete har pågått kring implementering av ett nytt processtöd. Utifrån att det framkommit brister i processtödet Viva ingicks ett ömsesidigt förtidigt avslutsavtal med leverantören Cambio i mars 2025. För att hantera den uppkomna situationen och för att säkra åtkomst till ett ändamålsenligt digitalt stöd för Hälso- och sjukvårdsverksamheten beslutades att modulen Hälsoärende i Treserva skulle införas. Införandet har pågått under 2025 och driftstart är planerad till februari 2026.

Under 2025 genomfördes införandet av LifeCare samordnad planering (LCSP) för kommunikation mellan Region Västerbotten och Västerbottens kommuner. Fortsatt arbete kommer att ske under 2026.

Införandet av hjälpmedelssystemet Myloc har pågått under 2025. Systemet har funktionalitet som stöttar hela processen för hantering av hjälpmedel och tillhandahåller förbättrat stöd för produktion och konsumtion av relevant information samt uppföljning och spårbarhet i enlighet med MDR. Fortsatt arbete under 2026 fokuserar på att uppnå de förväntade nyttor som systemet ska bidra med, främst i form av ökad effektivitet och kvalitet för berörd verksamhet och berörda patienter.

Stöd och omsorg har tillsammans med äldreomsorgen tackat ja till att delta i Sveriges Kommuner och Regioners, SKR, erbjudande om standardisering av verksamhetssystem för socialtjänst. Initiativet innebär att de kommuner som deltar tillsammans ställer samma krav på leverantörerna som skapar systemen. Det innebär också att man använder samma termer och begrepp i systemen. Kommunen kommer att använda sig av det material som SKR skapar och använda detta i upphandling och införande av nytt processtöd. Deltagandet innebär också att kommunen ska konfigurera och anpassa systemet på ett standardiserat sätt.

Säker vård här och nu

Via avvikelseutredningar, journalgranskning och patientsäkerhetsenkät har brister i informationsöverföring internt och externt mellan olika personalgrupper och enheter identifierats. Kommunikation och informationsöverföring handlar dels om information som överförs i samtal, dels om information som överförs i till exempel ett provsvar eller via patientjournalen. En av de viktigaste förutsättningarna för ett säkert teamarbete är att individer och team hela tiden har en tydlig bild av läget för patienten och situationen i övrigt. För att uppnå en gemensam och tydlig bild är kommunikationen det viktigaste verktyget. Utveckling av teambaserat arbetssätt är därför viktigt, modern sjukvård kräver samarbete i välfungerande team för att säkerställa en god patientsäkerhet. För att få effektiva team behövs kunskap och förståelse för varandras roller och kunskap om vikten av tydlig kommunikation.



Hälso- och sjukvårdspersonal har planerade, schemalagd, och regelbundna team träffar. Syftet med team träffarna är att nyttja alla professioners kompetens och säkerställa att brukaren erbjuds en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Team träffarna skall även innefatta gemensamma samverkansfrågor, att arbeta integrerat med arbetsmiljö och patientsäkerhet kan förstärka effekten av arbetet. Det kan också bidra till en helhetssyn och delaktighet, därav satsningen på teambaserat arbetssätt. Utvecklingen av teambaserat arbetssätt i syfte att stärka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön sker i samverkan med HR partners och FOU socialtjänst Region Västerbotten.

Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I verksamheten görs riskanalyser löpande utifrån avvikelser och händelseanalyser. Riskanalyser har också gjorts i samband med det planerade införandet av nytt planerings- och processtöd. Riskanalyserna har handlat om risker kopplat till patientsäkerhet, personuppgiftshantering, sekretess, behörigheter samt avvikelser gällande systemstödet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att rapportera risker och tillbud som har eller hade kunnat medföra vårdskada till vårdgivaren. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården eller personal som är verksam vid vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter. I patientsäkerhetslagen står att en vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".



Vårdgivaren är ansvarig att förebygga och utreda händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Allvarliga händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (PSL §4 samt SOSFS 2011:9). MAS och MAR ansvarar för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering i enlighet med PSL (2010:659).

Avvikelsehanteringsrutinen för hälso- och sjukvård i Umeå kommun är kommunövergripande och omfattar hälso- och sjukvård inom både äldre- och familjenämnden. I dagsläget pågår en översyn av avvikelseprocessen inom äldre- och familjenämnden, individ och familjenämnden informeras kontinuerligt och planerar framgent att delta mer aktivt i denna översyn.

All rapportering och avvikelsehantering sker i processtödet Treserva. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och hur avvikelserapportering ska ske. Rutin och lathund finns gällande avvikelsehantering. Enhetschef är mottagare av rapporterade avvikelser och ansvarar tillsammans med berörd hälso- och sjukvårdspersonal för att utreda och fastställa bakomliggande orsaker till det inträffade, samt att relevanta och rimliga åtgärder vidtas i syfte att minska risken att liknande avvikelse inträffar igen. Enhetschef säkerställer att återkoppling och lärande sker i verksamheten. Inom individ- och familjenämndens hälso- och sjukvårdsområde finns två avvikelsehanterare som på uppdrag av ansvarig enhetschef utreder avvikelser inom ramen för sitt kompetensområde. Om en inträffad händelse bedöms vara av allvarlig karaktär ska MAS eller MAR kontaktas för vidare utredning, bedömning och vid behov anmälan till IVO.

I patientsäkerhetsenkäten uppger de flesta arbetsterapeuter och fysioterapeuter, 82%, att man oftast eller alltid skriver avvikelser när man identifierar händelser som har eller hade kunnat skada patienten. De anger dock att det inte alltid finns tid att rapportera uteblivna insatser, då det inträffar relativt ofta och annat behöver prioriteras. Detta är en av anledningarna till uteblivna insatser också mäts i punktprevalensmätning. När det gäller tillbud och negativa händelser med medicintekniska produkter svarar 91% att de alltid eller oftast skriver avvikelser. Majoriteten, 80%, uppger att man på arbetsplatsen informerar

varandra om händelser som har eller hade kunnat skada patienter och lika många uppger att man på arbetsplatsen har dialog om hur man ska undvika att fel inträffar igen. De flesta, 80% anser att man har kunskap om hur klagomål och synpunkter från patient och anhöriga ska tas emot. Även om det är en hög procentsats så kan information behöva ges för att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om detta.

I patientsäkerhetsenkäten uppger sjuksköterskorna att de alltid skriver avvikelser när de identifierar en händelse som har eller kunde ha skadat en patient. När en avvikelse upprättas så inhämtar sjuksköterskan alltid information om händelsen i syfte att utreda bakomliggande orsak till det inträffade. De beskriver också att arbetsplatsen arbetar förebyggande i syfte att förhindra brister i patientens vård och omsorg. 75% anser att man regelbundet pratar om händelser som har eller hade kunnat skada patienten, både intern på arbetsplatsen och på aktuellt boende med omsorgspersonal och enhetschef. Övervägande andel av sjuksköterskorna känner till hur klagomål och synpunkter från patient och närstående tas emot och hanteras.

Avvikelser inom området läkemedel är den vanligaste inrapporterade avvikelserna. Avvikelsestatistik avseende läkemedelsavvikelser följs löpande via tertialuppföljningar och sammanställs årligen i syfte att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom hög patientsäkerhet. Det övergripande målet är att ingen ska drabbas av läkemedelsrelaterad vårdskada.

Antal avvikelser under 2025 inom området läkemedel är 889 jämförelsevis med 2024 där det var 831. Fördelningen mellan aktiviteter är oförändrat, "person har ej fått medicin" och "utebliven signering" är de vanligaste aktiviteterna. Antal avvikelser inom området läkemedel ökar för varje år och en orsak bedöms vara att antal brukar som får läkemedel ökar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar kontinuerligt med att sprida kunskap om vikten av följsamhet till gällande rutiner inom läkemedelshantering. Enhetschefer för hälso- och sjukvårdspersonal arbetar fortlöpande med avvikelser i nära samarbete med MAS. 30 stycken slumpvist utvalda avvikelser inom området läkemedel har analyserats av MAS. Avvikelserna är rapporterade av både legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Utredning av inträffade händelser är av olika kvalitet och den bakomliggande orsak till det inträffade är inte tillräckligt beskrivet i alla avvikelser. Det är därför svårt att dra några slutsatser om de åtgärder som vidtagits i syfte att minska risken att liknande händelse inträffar igen är kopplad till rätt bakomliggande orsak och därmed tillräckligt effektiva. Övrigt inrapporterade avvikelser är väldigt varierande, många handlar om bristande samverkan både internt och externt.

De avvikelser som rapporteras av arbetsterapeuter och fysioterapeuter handlar till stor del om att det är brister i följsamhet till ordinerade rehabiliteringsinsatser, brister gällande förflyttningar samt brister i handhavande av hjälpmedel i verksamheten.

Klagomål och synpunkter

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har alla vårdgivare skyldighet att ta emot, utreda och svara på synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet. Det åligger berörda verksamheter att informera patienter och anhöriga om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten. Information om hur man kan lämna synpunkter och klagomål finns på Umeå kommuns hemsida. Klagomål och synpunkter är en viktig del i kvalitetsarbetet och en förutsättning för en säker vård är att vårdgivaren ger patient och närstående möjlighet att delge sina erfarenheter och kunskaper och vara medskapande i patientsäkerhetsarbetet.

Klagomål och synpunkter kan komma från följande instanser;

- Direkt till berörd enhetschef eller vårdpersonal eller via telefonkontakt.
- Via webbformulär som nås via kommunens hemsida.
- Via brev eller mejl.
- Via patientnämnden.
- Via IVO; både begäran om handlingar och överlämnande av klagomål till vårdgivaren.

Under år 2025 har det inkommit fyra klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvårdspersonalens insatser inom LSS. Inkomna klagomål och avvikelser har kommit från patient, närstående samt omsorgspersonal och har handlat om brister i information mellan legitimerad personal, omsorgspersonal och anhöriga samt synpunkter på hur läkemedelshantering handläggs både i boendet samt vid planerad vistelse utanför boendet. Samtliga har handlagts i enlighet med gällande rutin och har i flertal fall lett till överseende av arbetssätt och revidering av rutiner och bedöms sammantaget bidra till en mer patientsäker vård.

Patientnämnd

Funktionshinderomsorgen har mottagit två ärenden från patientnämnden under 2025. De handlade om basala hygienrutiner bland LSS boendets personal och läkemedelshantering. Båda ärendena var sedan tidigare kända i verksamheten och utreda samt att åtgärder i syfte att öka patientsäkerheten framtagna och delvis genomförda.

IVO

Det har inte inkommit några ärenden från IVO som är relaterade till klagomål mot hälso-och sjukvård i funktionshinderomsorgen. Det har inte heller varit några tillsynsärenden som rör hälso-och sjukvården inom funktionshinderomsorgen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Den medicinska ledningsgruppen har tidigare identifierat att krisberedskapen inom den kommunala hälso-och sjukvården behöver förbättras. En sårbarhetsanalys har påbörjats kring hot/störningar och under kommande år ska ett fortsatt arbete med risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering genomföras med stöd av Umeå Kommuns säkerhetsenhet.



Den 1 januari 2026 träder flera nya bestämmelser i kraft som ska stärka hälso- och sjukvårdens beredskap i händelse av kris och krig. De nya bestämmelserna riktar sig till kommuner, regioner och i vissa delar andra vårdgivare. Det införs förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om vilka skyldigheter kommuner och regioner har att erbjuda vård och hjälpa varandra under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd. Förslagen innebär att kommuners, regioners och vårdgivares skyldigheter förtydligas i situationer när ett katastroftillstånd inte upphör trots hjälp. Det innefattar även bestämmelser som tydliggör kommuners och regioners skyldighet att planera för bland annat händelser som medför ett stort antal skadade och sjuka. Ett gemensamt arbete kring detta pågår tillsammans med Region Västerbotten. Den nya lagen innefattar bland annat krav på lagerhållning av medicintekniska produkter from 1 januari 2027, vilket innebär att det behöver vara ett fokusområde för hälso-och sjukvården under det kommande året.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför kommande år står verksamheten inför flera utvecklingsbehov som är centrala för att säkerställa en god, likvärdig och säker vård. Ett viktigt förbättringsområde är behovet av att vidareutveckla det teambaserade arbetssättet. För att stärka kvalitet och kontinuitet behövs förbättrade samarbetsstrukturer och gemensamma arbetssätt inom flera områden, så att insatser och bedömningar blir mer enhetliga.

Det finns även ett behov av att tydliggöra och utveckla kontaktvägarna till LSS Hälso- och sjukvård, för att säkerställa att patienten själv kan kontakta hälso-och sjukvårdspersonal. Verksamheten behöver också se över begreppet Fast vårdkontakt och hur det kan tillämpas mer systematiskt, i syfte att skapa ökad kontinuitet, trygghet och delaktighet för patienter och närstående.

Läkemedelshanteringen utgör fortsatt ett centralt patientsäkerhetsområde. Kommande år behöver rutiner och utbildningsmaterial för läkemedelsdelegering ses över och följas upp, med målet att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen.

Kommande år är det också viktigt att verksamheten fortsätter utveckla det förebyggande arbetet. Genom riskidentifiering, tidiga proaktiva insatser, strukturerade bedömningar och kontinuerliga uppföljningar skapas bättre förutsättningar att förebygga ohälsa. Ett systematiskt förebyggande arbetssätt bidrar både till ökad patientsäkerhet och till en mer hållbar arbetsmiljö.

Sammantaget finns fortsatt behov av ett strukturerat och långsiktigt förbättringsarbete med fokus på samverkan, delaktighet, kvalitetssäkra processer och ett förebyggande arbetssätt. Genom att utveckla gemensamma metoder, stärka delaktigheten och systematiskt arbeta riskförebyggande kan verksamheten skapa förutsättningar för en trygg, sammanhållen och säker vård.

Prioriterade områden för 2026

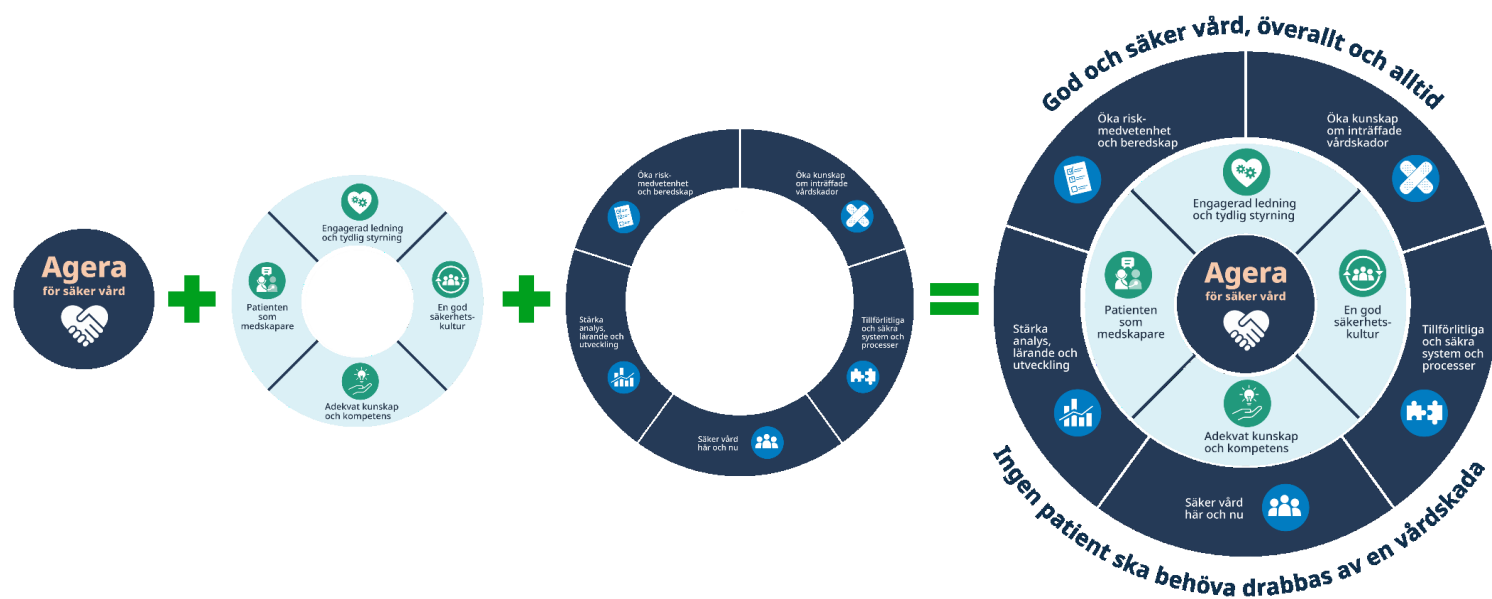
Grundläggande förutsättningar	Prioriterade områden	Åtgärder	Uppföljning
En god säkerhetskultur 	Säkerställa god vård och förebygga vårdskador	• Utveckla avvikelshanteringen • Kvalitetssäkra rutiner	• Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Avvikelsestatistik
Patienten som medskapare 	Patientens och närståendes delaktighet i vården	• Översyn av kontaktvägar för patienter till hälso- och sjukvårdspersonal • Enkät till patienter	• Patientsäkerhetsenkät • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Analys av enkät riktad till patient
Engagerad ledning och tydlig styrning 	Samverkan internt och externt	• Utveckla teambaserat arbetssätt	• Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Uppföljning via HSL-processteam
Fokusområde 2	Prioriterade områden	Åtgärder	Uppföljning
Tillförlitliga och säkra system och processer 	Hälsofrämjande och förebyggande arbete	• Pilotprojekt kring preventiva insatser • Västerbottens Hälsoundersökningar	• Uppföljning via HSL-processteamet • Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef
	Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal	• Pilotprojekt kring preventiva insatser	• Tertialuppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Patientsäkerhetsenkät • Avvikelser

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Petra Sehlstedt MAS
Sandra Scherman MAR



Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet



Grundläggande förutsättningar



Engagerad ledning och tydlig styrning

Samverkan

En god säkerhetskultur

Patientsäkerhetsarbetet fungerar över lag bra

Adekvat kunskap och kompetens

Hög formel kompetens

Stärka kunskapen om målgruppen inom respektive profession och i teamarbetet

Patienten som medskapare

Lokala brukarundersökningar



Prioriterade fokusområden



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Lex Maria, avvikelser, läkemedelsverket

Tillförlitliga och säkra system och processer

BHK, VHU, dokumentation, ordinerade insatser, hjälpmedel

Säker vård här och nu

Informationsöverföring, stärkt teamarbetsätt, tydlig standardiserad kommunikation

Stärka analys, lärande och utveckling

Klagomål, patientnämnd, IVO, kvalitet avvikelseutredningar område läkemedel

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Risk- och sårbarhetsanalys, kontinuitetshantering, lagkrav som skärper kommande och regioners ansvar vid kris och krig



Prioriterade områden 2026



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

- Utveckla teambaserat arbetssätt för att skapa mer enhetliga och kvalitetshöjande insatser
- Förbättra kontaktvägar till LSS HSL och stärka användningen av Fast vårdkontakt
- Kvalitetssäkra läkemedelshanteringen genom uppdaterade rutiner och delegeringsutbildningar
- Stärka de förebyggande arbetet med tidiga insatser, riskidentifiering och strukturerade uppföljningar
- Fortsätta långsiktigt förbättringsarbete med fokus på samverkan, delaktighet och tydliga processer

Grundläggande förutsättningar	Prioriterade områden	Åtgärder	Uppföljning
En god säkerhetskultur 	Säkerställa god vård och förebygga vårdskador	• Utveckla avvikelshanteringen • Kvalitetssäkra rutiner	• Patientsäkerhetsenkät • Tertiäluppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Avvikelsestatistik
Patienten som medskapare 	Patientens och närståendes delaktighet i vården	• Översyn av kontaktvägar för patienter till hälso- och sjukvårdspersonal • Enkät till patienter	• Patientsäkerhetsenkät • Tertiäluppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Analys av enkät riktad till patient
Engagerad ledning och tydlig styrning 	Samverkan internt och externt	• Utveckla teambaserat arbetssätt	• Tertiäluppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Uppföljning via HSL-processteam
Fokusområde 2	Prioriterade områden	Åtgärder	Uppföljning
Tillförlitliga och säkra system och processer 	Hälsofrämjande och förebyggande arbete	• Pilotprojekt kring preventiva insatser • Västerbottens Hälso- och sjukvårdspersonal	• Uppföljning via HSL-processteamet • Tertiäluppföljning med enhetschef och verksamhetschef
	Följsamhet till ordinationer/ instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal	• Pilotprojekt kring preventiva insatser	• Tertiäluppföljning med enhetschef och verksamhetschef • Patientsäkerhetsenkät • Avvikelser

Umeå kommun**Protokollsutdrag**

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

§ 17

Diariennr: IFN-2025/00025

Patientsäkerhetsberättelse individ- och familjenämnden 2025**Förslag till beslut**

Individ- och familjenämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2025 och fastställer de prioriterade områdena för 2026.

Ärendebeskrivning

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Umeå kommuns systematiska patientsäkerhetsarbete för 2025 i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Målet är att patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Resultat från uppföljningar och egenkontroller utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Patientsäkerhetsberättelsen 2025 är en sammanställning av patientsäkerhetsarbetet inom nämndens hälso- och sjukvårdsansvar.

Förslag till prioriterade områden 2026:

Säkerställa god vård och förebygga vårdskador.

Patientens och närståendes delaktighet i vården.

Samverkan internt och externt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Följsamhet till ordinationer/instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal.

Umeå kommun

Protokollsutdrag

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

Arbetsutskottets beslutsordning

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar i enlighet med tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Bildspel-Patientsäkerhetsberättelse 2025

Beredningsansvariga

Petra Sehlstedt, MAS

Sandra Scherman, MAR

Beslutet ska skickas till

Petra Sehlstedt, MAS

Erica Bålfors Birgersson, enhetschef för enheten för systematiskt kvalitetsarbete



Tjänsteskrivelse

2026-01-22

Individ- och
familjenämndens
arbetsutskott

Diariennr: IFN-2025/00023

Kvalitetsberättelse individ- och familjenämnden 2025

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner kvalitetsberättelsen för 2025 och fastställer prioriterade förbättringsområden för 2026.

Ärendebeskrivning

Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom Individ- och familjenämndens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2025.

Enheten för systematiskt kvalitetsarbete kommer att arbeta med följande prioriterade områden som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet under 2026: Ett fortsatt arbete för att det ska finnas förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete med fokus på åtgärder inom områdena planera, följa upp och utvärdera. Det uppstartade arbetet med översyn av egenkontroll kommer att fortsätta under 2026. Kvalitetsseminarier kommer att erbjudas med just egenkontroll som ämne.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse för Individ- och familjenämnden 2025.

Beredningsansvariga

Charlotta Landström, Socialt ansvarig samordnare
Peter Basun, Koordinator
Anna-Karin Sjögren Näs, Koordinator
Jenny Matarrelli, Koordinator
Anna Bergström, Kvalitetschef ÄO

Beslutet ska skickas till

Charlotta Landström, Socialt ansvarig samordnare
Ulrika Gustafsson, kvalitetschef

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Charlotta Landström
Socialt ansvarig samordnare



Kvalitetsberättelse för Individ och familjenämnden

1 januari – 31 december 2025

Dokumentnamn: Kvalitetsberättelse för individ- och familjenämnden 2025		
Dokumentansvarig: Charlotta Landström, socialt ansvarig samordnare		Dokumentdatum: 2026-01-21
Godkänd av: Individ- och familjenämnden XXXX-XX-XX	Version: 1.0	Reviderad:

Innehåll	
Inledning.....	4
Disposition.....	5
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	5
Krav och mål	6
Processer	7
Rutiner.....	8
Samverkan.....	8
Klagomål och synpunkter	9
Funktionshinderomsorgen inklusive myndighetsutövning.....	10
Individ- och familjeomsorg inklusive myndighetsutövning	12
Avvikelser	14
Funktionshinderomsorg inklusive myndighetsutövning.....	14
Avvikelser inom Individ- och familjeomsorg inklusive myndighetsutövning.....	17
Sammantagen analys av Individ- och familjenämndens avvikelshantering	19
Lex Sarah	20
Antal inkomna rapporter under året	20
Utredning av lex Sarah-rapporter	20
Sammantagen bedömning och analys av lex Sarah.....	22
Tillsyn	22
Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	22
Tillsynsbeslut från Justitieombudsmannen (JO)	23
Revision och granskningar.....	23
Följa upp och utvärdera	26
Avtalsuppföljning av ramavtal inom vård- och omsorgstjänster	26
Brukarundersökningar, nationella jämförelser och verksamhetsuppföljningar.....	27
Kontrollärenden	33
Analysarbete.....	34
Förbättra	34
Förbättringar i processerna.....	34

Kvalitetsseminarium.....	36
Prioriterade åtgärder 2026 - fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet.....	37
Externa utförare, hemtjänstutförare enligt LOV, LSS-boende och daglig verksamhet	38
Klagomål hos privata hemtjänstutförare enligt LOV.....	38
Klagomål inom upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS	40
Avvikelser externa utförare hemtjänstutförare (LOV).....	41
Avvikelser inom upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS.....	42
Uppföljning upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS	43
Externa utförare hemtjänst.....	44
Bilaga 1. Resultat från de nationella brukarundersökningarna 2025 för Umeå kommun.....	48
Utförarverksamheter inom funktionshinderområdet	48
Myndighetskontakten inom individ och familjeomsorg	53
Myndighetskontakten inom funktionshinderområdet	56
Placerade barn och unga.....	57

Inledning

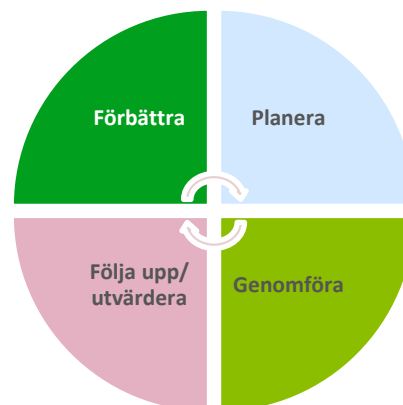
Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom individ- och familjenämndens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2025 samt en redovisning av tillsynsbeslut och egna uppföljningar. Att säkra och följa upp att de verksamheter som Individ- och familjenämnden är ansvariga för håller god kvalitet är ett prioriterat område. Det finns krav på att verksamheterna ska följa upp sitt kvalitetsarbete, redovisa resultat och kvalitetsaspekter öppet. Arbetet med att upprätthålla god kvalitet bygger till stor del på att stötta det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer. Det innebär att säkra att krav och mål finns beskrivna, att det finns fastställda och användbara processer och rutiner, och att det sker ett systematiskt förbättringsarbete genom att jobba aktivt med riskanalyser, egenkontroll och att de avvikelser som inträffar utreds, analyseras och åtgärdas för att minimera risken att liknande händelser inträffar igen. Ett systematiskt kvalitetsarbete ger en grund på vilken verksamheterna kan vila för att i mötet med den enskilde ge stöd och omsorg med god kvalitet. Kvalitetsberättelsen syftar till att ge en överskådlig bild och är skriven för en bred målgrupp. Den redovisas till Individ- och familjenämnden i februari 2026 och är efter godkännande tillgänglig för spridning inom och utom organisationen.

Disposition

Innehållet i Kvalitetsberättelsen utgår i stort från delarna i förbättringshjulet nedan; *Planera*, *Genomföra*, *Följa upp och utvärdera* samt *Förbättra*. Ikonen till höger om områdesrubrik visar vilken del av förbättringshjulet området tillhör.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

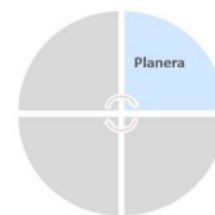
Den lagstiftning som nämndens verksamheter förhåller sig till innehåller krav på god kvalitet och god vård, som löpande ska följas upp, utvecklas och säkras. Med god kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten. Aktuella krav och mål finns i lagar, föreskrifter och bestämmelser om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Det utgörs också av fastställda mål på olika nivåer inom den kommunala organisationen.



Nämnden har ett fastställt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (IFN-2023/00024-2). Det ska ge verksamheten stöd att planera, genomföra, följa och utvärdera samt förbättra verksamheten löpande. Chefer i samtliga led ansvarar för den egna verksamhetens kvalitet.

Under året har det införts en uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamheten. Försättningsvis kommer uppföljningen genomföras årligen. Syftet med uppföljningen är att få en övergripande bild av förvaltningens kvalitetsledningssystem och synliggöra eventuella behov av förändringar. Uppföljningen ska också utgöra ett stöd för varje chef att få en helhetsbild av den egna verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och synliggöra behov av ytterligare stöd inom ett visst område. Respektive verksamhetsresultat har återförts till chef för analys och upprättande av åtgärdsplan. Resultatet sammanställs och analyseras även på förvaltningsövergripande nivå, och arbetet med att ta fram en gemensam övergripande åtgärdsplan har påbörjats.

I augusti 2025 gav Individ- och familjenämnden förvaltningen i uppdrag att göra en översyn av arbetet med egenkontroll och vid behov vidta åtgärder för att säkerställa att systematisk uppföljning och kontroll av att verksamheten följer gällande lagar och bedrivs enligt beslutade rutiner. Översynen och förslag på åtgärder planeras redovisas för nämnd i mars 2026.



Krav och mål

Ny socialtjänstlag trädde i kraft den 1 juli 2025. Den nya lagen har en helt ny struktur med nya avdelningar och paragrafer. De flesta bestämmelser från den gamla lagen är överförda till den nya lagen. Inför ikraftträdandet fortgick ett samordnat arbete mellan verksamheterna och systemförvaltningen för att möjliggöra att basarbetet i verksamhetssystemet inte skulle påverkas vid den nya lagens i kraft trädande. En av de större förändringarna i den nya lagen innebär att kommunen getts möjlighet att tillhandahålla insatser utan behovsprövning. Efter inventering av vilka insatser som lämpligen kan ges utan behovsprövning har verksamheten sammanställt underlag inför nämndens beslut om att tillhandahålla 46 insatser. En annan större förändring i nya socialtjänstlagen är införandet av dokumentationsskyldighet för alla insatser. För att uppfylla dokumentationskravet kommer delar av verksamheten behöva förändra sina befintliga arbetssätt och eventuellt utforma nya arbetssätt. Eftersom det ännu inte publicerats föreskrifter eller allmänna råd från Socialstyrelsen saknas än så länge tydlig konkret vägledning att förhålla sig till. Representant från förvaltningen deltar i referensgrupp till Socialstyrelsens arbete med nya föreskrifter och allmänna råd. För att skapa likvärdighet i organisationen har ett samordnat arbete med uttolkning av vad dokumentationsskyldigheten innebär och utformning av praktisk genomförbarhet påbörjats på detta område. I syfte att säkra personalens kompetensnivå om vad nya Socialtjänstlagen innebär i verksamhetens arbete har all personal erbjudits en digital utbildning. Under våren 2026 kommer en inspelning av utbildningen tillgängliggöras för ny personal och för personal som missade höstens tillfällen.

Verksamheternas arbete med mål som man omfattas av

Av resultatet av tidigare nämnd årlig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet framgår att nämndens mål, grunduppdraget och den del av grunduppdraget som respektive verksamhet ansvarar för är kända inom de flesta verksamheterna. Vad gäller det systematiska arbetet med vad målen betyder för varje verksamhet och hur det omsätts i arbetet är resultatet sämre och det framkommer behov av att arbeta fram systematiska arbetssätt på detta område. Detta område kommer därför att ingå som en del av den övergripande åtgärdsplanen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Processer

Nämndens grunduppdrag genomförs i två huvudprocesser, med tillhörande delprocesser.

Tillgodose behov av stöd och omsorg

- Ge stöd och service enligt LSS
- Ge stöd, skydd och omsorg (enligt SoL och LVU) till barn, unga och familj
- Ge stöd, skydd och omsorg (enligt SoL och LVM) till vuxna
- Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden
- Erbjuder familjerådgivning
- Ge stöd till självförsörjning och tillgodose behov av ekonomiskt bistånd
- Tillgodose behov av stöd i boende under skolgång till vissa elever vid Rh-gymnasium

Erbjuda hälso- och sjukvård

- Erbjuder hälso- och sjukvård, habilitering och rehabilitering till personer i bostad med särskild service och under vistelsetid på daglig verksamhet

Processerna brygger över verksamhetsområdena och främjar helhetssyn och ett arbetsflöde med den enskilde i fokus. Det förutsätter att det finns arbetssätt som säkrar kvalitet i varje steg och i flödet mellan stegen, samt mellan de respektive processerna.

Under året har de åtta processteamerna (ett för varje process) arbetat tillsammans med planering och genomförande av aktiviteter för kvalitet och utveckling i riktning mot respektive processmål.

Förändringar i processernas mått samt i processarbetet

Under 2025 har processmåten setts över och vissa revideringar och förtydliganden har gjorts inför 2026. Anledningarna till revideringarna är lite olika och kan bero på att tidigare mått varit svåra att ta ut, att måten är missvisande eller inte säger något om processens utveckling eller kvalitet.

En generell förändring för alla processarbeten är att en verksamhetsutvecklarna på HR kopplats till varje process. Detta i syfte att tidigt uppmärksamma eventuella påverkan på personal- eller arbetsmiljöfrågor. I delprocessen barn, unga och familj (SoL/LVU) har processteamerna utökats med enhetschef för familjerätten för att på så sätt stärka samverkan

och utveckla fler gemensamma utvecklingsarbeten som berör barn, unga och familjer som på olika sätt berörs av båda processerna.

Rutiner

Det arbete som utförs i verksamheterna ska beskrivas och fastställas för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Det görs genom olika styrande dokument och rutiner. Rutiner och andra styrdokument finns samlade i ett dokumentbibliotek på SharePoint-platsen Dokument- och kvalitetsstyrning, DOK, vilket brukar kallas rutinbiblioteket. Tidigare har Stöd och omsorgsförvaltningens samt Äldreomsorgsförvaltningens rutiner haft en gemensam ingång i rutinbiblioteket. De senaste åren har dock ett arbete pågått med att bygga upp en egen ingång för Stöd- och omsorgsförvaltningen. I denna nya del bygger strukturen på huvudprocessen och dess delprocesser, i stället för att som tidigare följa en organisatorisk struktur. Detta har inneburit att samtliga förvaltningens rutiner har flyttats och märkts upp för att överensstämma med förvaltningens processtruktur. Under 2025 har detta arbete slutförts och information om förändringen samt praktisk tillämpning har gått ut till verksamheten.

En särskild webbsida där länkar till LSS-boendes rutiner finns samlade har publicerats på intranätet. Strukturen på sidan följer den standard som tagits fram av Svenska institutet för standarder, SIS. Syftet med sidan är dels att säkerställa att det finns rutiner som stödjer kommunen att uppfylla samtliga regler och krav som ställs på LSS-boenden, dels att underlätta för boendepersonal att hitta de rutiner de ska arbeta enligt.

Samverkan

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Inom ramen för omställningsarbetet till den nya socialtjänstlagen har ytterligare samverkan initierats, både med andra förvaltningar och på kommunövergripande nivå. I september etablerades en kommunövergripande arbetsgrupp med syfte att skapa förutsättningar för kommunens verksamheter att gemensamt arbeta i linje med intentionerna i den nya lagstiftningen, med särskilt fokus på det förebyggande arbetet.

Parallellt har samverkan inletts med strategisk utveckling och översiktsplanerare utifrån lagkrav på att socialtjänsten ska vara delaktig i samhällsplaneringen. Målet är att främja ett mer integrerat arbetssätt som stärker både förebyggande och riktade insatser, där socialtjänsten är en aktiv och självklar aktör i samhällsplaneringsprocessen.

Inriktningen mot ett mer förebyggande och gemensamt arbetssätt är tydligt förankrad i stadsdirektörens ledningsgrupp. Detta har bidragit till att andra förvaltningar tagit initiativ till

samverkan med stöd och omsorg, bland annat genom nya gemensamma utvecklingsprojekt. Ett exempel är kulturförvaltningen, som har anställt en samordnare med uppdrag att stärka samverkan mellan förvaltningarna. Bakgrunden är att delar av socialtjänstens målgrupper vistas i biblioteken, vilket har synliggjort behovet av ett närmare och mer strukturerat samarbete med socialtjänsten.



Klagomål och synpunkter

Den som bedriver socialtjänst är skyldig att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamheten. Det är en del av ett ständigt pågående förbättringsarbete för verksamheten och en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomålsrutinen innebär att synpunkter och klagomål hanteras direkt i verksamheten som berörs. Alla klagomål registreras, följs upp och sammanställs som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Varje verksamhet ska använda de klagomål och synpunkter som kommit in till att förbättra kvaliteten i den egna verksamheten samt att hitta ett fungerande arbetssätt för att uppmärksamma om klagomålet lett till förändringar i rutiner eller arbetssätt som andra verksamhetsområden påverkas eller kan dra nytta av.

Funktionshinderomsorgen inklusive myndighetsutövning

Tabell: Typ av klagomål Funktionshinderomsorg

Typ av klagomål	2023	2024	2025
Bemötande	5	13	17
Fysisk miljö	2	3	2
Bristande information	3		7
Inflytande/delaktighet/självbestämmande		2	3
Kompetens hos personalen	6	5	15
Lång väntetid	1	3	1
Måltider	1	2	4
Organisation/ledning/styrning		2	
Sekretess			
Trygghet	1	4	5
Utförande av insats/utebliven insats	4	10	15
Bemannning		5	2
Handläggning myndighet	2		4
Förhandsbedömning		1	
Övrigt	5	12	10
Tillgänglighet	1		2
Samverkan		1	2
Vårdkedjebrist	1		1
Ej följt rutin	1		
Totalsumma	33	63	90

Antalet registrerade klagomål inom funktionshinderomsorgen ökar återigen och är betydligt fler under 2025 jämfört med 2024 (från 63 till 90 klagomål). Antalet kvinnor som klagat är 40 och antal män är 31, därutöver 19 klagomål där kön ej angetts. Flest klagomål har registrerats när det gäller "Brister i bemötande", "Kompetens hos personal" och "Utförande av insats". Av de inkomna klagomålen har 55 avslutats i systemet, dvs 61 %. SAS har granskat 10 klagomål, 5 inom området "Brister i bemötande" och 5 inom "Brister i utförande av insats". Syftet med granskningen är att ta reda på vilka typer av händelser som rapporteras som klagomål och hur dessa sedan hanterats.

Granskning av fem klagomål gällande brister i bemötande

Två klagomål handlar om att klient är missnöjd med bemötande från biståndshandläggare utifrån att klienten känner sig kränkt och att biståndshandläggare inte är hjälpsam. Ett klagomål avser särskilt boende vad gäller bristande information om personalförändringar samt behov av anpassad kost vid gemensamma aktiviteter som inte tillgodosetts. Ett klagomål kommer från samverkansperson och handlar om otrevligt och bristande professionellt bemötande från personal på särskilt boende. Det sist granskade klagomålet

kommer från personal och handlar om att annan personal brustit i bemötande mot brukare på särskilt boende. Två av klagomålen är utredda och avslutade och i övriga tre pågår utredning.

Granskning av fem klagomål gällande brister i utförande av insats

Två av klagomålen handlar om anhöriga som klagar på brister i utförda insatser för intimvård och hygien samt brister i städinsats på särskilt boende. I ett klagomål har god man klagat på brister i utförande av insats hos extern utförare samt att dialog med berörd utförare inte har resulterat i förbättringsåtgärder. Ett klagomål gäller att personal vid särskilt boende brustit i sitt stöd vid vårdkontakt samt att personal ej tagit ansvar för avbokning av färdtjänstresor. Ett klagomål handlar om att personal på särskilt boende har uppmärksammat brister i utförande av städinsats i verksamheten. Tre av klagomålen är utredda och avslutade och i övriga två pågår utredning.

Kommentarer från Funktionshinderomsorgen

Klagomålshanteringen fungerar olika bra inom olika grenar av funktionshinderomsorgen. Det finns verksamheter som löpande arbetar med att informera personer som har insatser och dess företrädare om att klagomål och synpunkter välkomnas. Andra verksamheter stöter på utmaningar i att hantera stora mängder klagomål. Det pågår förbättringsarbete för att tydliggöra rutiner och upprätta handlingsplaner i syfte att åtgärda inkomna klagomål och synpunkter. Det finns behov av förbättringsåtgärder för att skapa en ökad systematisk hantering. Inom personlig assistens planeras för att påbörja arbete om egenkontroll vilket förväntas ge information om behov av förbättringsåtgärder för det systematiska arbetet med klagomål och synpunkter.

Individ- och familjeomsorg inklusive myndighetsutövning

Tabell: Typ av klagomål Individ- och familjeomsorg

Typ av klagomål	2023	2024	2025
Bemötande	14	7	16
Bristande information	5	1	3
Dokumentation	1		
Handläggning myndighet	34	17	22
Tillgänglighet	2	3	5
Trygghet		1	
Utförande av insats/utebliven insats	1	1	2
Inflytande/delaktighet/självbestämmande			
Sekretess		1	2
Övrigt	2		7
Totalsumma	59	31	57

Antalet registrerade klagomål har ökat från 31 stycken 2024 till 57 stycken 2025 vilket innebär att antalet nu är tillbaka på liknande nivå som 2023. Könsfördelningen i de klagomål som registrerats under året är 39 kvinnor och 18 män. 33 av 57 klagomål är avslutade vilket innebär att andelen avslutade är 58%. Flest klagomål har registrerats angående "Handläggning myndighet" och "Bemötande". SAS har granskat 15 klagomål i syfte att ta reda på vilka typer av händelser som rapporteras som klagomål och hur dessa sedan hanterats.

Granskning av 15 klagomål

Av femton granskade ärenden berör nio barn- eller ungdomsärenden. Klagomålen handlar i sex fall om missnöje över bemötande och kommunikation med socialsekreterare med önskemål om byte av socialsekreterare. I två av ärendena har ny socialsekreterare tillsatts. Andra klagomål i barn- och ungdomsärenden handlar bland annat om bristande tillgänglighet, avsaknad av uppgifter i utredning, brister i hantering av personuppgifter, att vårdnadshavares samtycke inte inhämtats, felaktig bedömning och klagomål på genomfört barnsamtal.

Övriga sex klagomål berör familjerådgivning, försörjningsstöd, vuxen och mottagningsenheten samt ett klagomål som lyfts vidare till regionen. Klagomålen handlar om bemötande, felaktig bedömning, felaktig hantering av inkommen ansökan, felaktig hantering i växeln samt brister i samverkan.

Tolv av de femton granskade klagomålen är åtgärdade och avslutade. I övriga tre pågår utredning.

Kommentarer från Individ- och familjeomsorgen samt myndighetsutövningen

Individ- och familjeomsorgen

Klagomålen hanteras generellt enligt rutin. En utmaning är att verksamheter som inte dokumenterar insatser i Treserva inte har något systemstöd för hantering av klagomål. Det finns behov av att öka kännedomen om klagomålsrutin och hur dokumentation ska ske vilket är planerat som en förbättringsåtgärd under 2026.

Myndighetsutövning

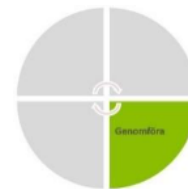
Klagomålen kan innehålla stora mängder information och för att säkerställa att alla delar hanteras behöver all information gås igenom noggsamt. Inte sällan görs verksamhetschef delaktig i hanteringen. Under året har verksamheten arbetat med förtydligande av information för att undvika missförstånd, personal i verksamheten har deltagit i utbildning i handläggning och dokumentation samt har ett övergripande tillgänglighetsarbete genomförts. Kommande förbättringsarbete på området är att ta fram lättläst information samt information på olika språk till webbsida. Verksamheten behöver också bli bättre på att kontinuerligt informera personer som de möter om möjligheten att lämna in klagomål samt även lämna kontaktuppgifter för att fortsätta arbetet med ökad tillgänglighet.

Sammantagen analys av Individ- och familjenämndens klagomålshantering

Antalet registrerade klagomål inom Funktionshinderomsorgen har ökat markant sedan 2023. Antalet klagomål är inte med automatik ett mått på kvaliteten i insatserna, en högre andel klagomål behöver inte betyda att kvaliteten skulle vara sämre utan det kan också bero på hur verksamheterna jobbar med klagomål och synpunkter som en del i sitt kvalitetsarbete. Inom verksamheten arbetar vissa enheter aktivt med information och dialog om klagomål vilket kan vara en del av förklaringen till ökningen av inregistrerade klagomål. Det framkommer behov av förbättringsåtgärder av klagomålshanteringen vad gäller tydligare rutiner och systematisk hantering och uppföljning.

Antalet registrerade klagomål inom Individ- och familjeomsorgen är tillbaka på liknande nivå som 2023. Detta tyder på att minskningen under 2024 var tillfällig och att orsaken till minskningen kan ha samband med tillfälligt arbete i annat verksamhetssystem under föregående år. Klagomålshanteringen i verksamheten fungerar i stort, men det finns behov av systemstöd för vissa verksamheter. Det finns också behov av strukturella förbättringar för att öka tillgänglighet och tydlighet i syfte att minska återkommande klagomål och stärka förtroendet för verksamheten.

Ett observandum är att ett antal av de inkomna klagomålen registreras i Public 360, alltså utanför verksamhetssystemets avvikelsemodul och är därför inte med i denna statistik. Exempel på detta är klagomål som inte hör till ett individärende.



Avvikelser

Hantering av avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål som finns i lagstiftning föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska nämnden som en del i sitt systematiska förbättringsarbete hantera avvikelser. Nedan redovisas de kategorier av avvikelser som bedöms vara avvikelser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Hälso- och sjukvårdsavvikelser gällande läkemedel, förflyttning, hjälpmedel, nutrition, trycksår och smittspridning tas inte med i Kvalitetsberättelsen utan endast i Patientsäkerhetsberättelsen för att undvika dubbelredovisning.

Funktionshinderomsorg inklusive myndighetsutövning

Tabell: Typ av avvikelse funktionshinderomsorg

Område	2023	2024	2025
Bemötande	35	42	71
Brist i lokaler	4	9	6
Dokumentation	23	24	37
Hot och våld	148	164	126
Brister i insats	683	450	615
Myndighetsutövning	4		4
Sekretess	7	7	9
Säkerhet/Trygghet	105	132	167
Vårdkedjebrist/brist i samverkan	29	43	32
Sammanlagt antal	1038	871	1067

Efter att antalet inrapporterade avvikelser minskade under 2024 har antalet ökat under 2025 till sammanlagt 1067 vilket innebär en närmare jämförbar nivå som 2023. Liksom tidigare år finns största antalet avvikelser inom området "Brister i insats" (58 %) därefter "Hot och våld" (12 %) och "säkerhet/trygghet" (16 %). Könsfördelning vad gäller rapporterade sociala avvikelser under 2025 är 43 % kvinnor, 54 % män och i 3 % av avvikelserna har kön ej angetts. 52 % av avvikelserna är vid årsskiftet avslutade vilket är viss ökning jämfört med

föregående år då 47 % var avslutade. Sammanlagt 20 avvikelser inom områdena ” Hot och våld” samt ”Säkerhet/ trygghet” har granskats av SAS med syfte att ge exempel på vilka avvikelser som rapporteras och hur dessa hanteras. Avvikelseerna är utvalda utifrån att de bedömts med höga riskpoäng av enhetschefen vid utredning/bedömning.

Granskning av 10 avvikelser inom området ”Hot och våld”

Sex av tio avvikelser handlar om brukare på särskilt boende som på något sätt varit verbalt aggressiv, hotfull, riktat slag mot annan brukare eller utagerat på annat sätt. Två av avvikelserna berör Korttidsboende och handlar om brukare som utdelat slag mot annan brukare. I en av avvikelserna framkommer att slag även riktats mot personal. En avvikelse i Daglig verksamhet handlar om personal som knuffat deltagare vid ett arbetsmoment. En annan avvikelse i Daglig verksamhet handlar om deltagare som skrikit på annan deltagare. Sex av tio avvikelser är utredda och åtgärdade, sju av tio avvikelser är avslutade.

Granskning av 10 avvikelser inom området ”Säkerhet/Trygghet”

Nio av tio avvikelser i särskilt boende. Två av avvikelserna handlar om att brukares larm varit avstängt eller varit försvunnet. Två av avvikelserna gäller olyckor med påslagen spis och det har förekommit rökutveckling. En avvikelse avser händelse då brukare blivit avsläppt på fel adress av färdtjänst efter transport till Daglig verksamhet. En avvikelse handlar om brukare som ramlat ur sängen och en avvikelse handlar om en händelse då brukares synhjälpmedel blivit påkört av cyklist. En avvikelse berör fritids för barn då barnet lämnats utan uppsikt under en promenad mellan avdelningar. Av tio avvikelser har sju utretts och åtgärdats. Sex av avvikelserna är avslutade.

Kommentarer från funktionshinderomsorgen inklusive myndighetsutövning

Särskilt boende LSS

Inom verksamheten fortsätter arbetet med att medvetandegöra vikten av att skriva avvikelser. Generellt sätt har verksamheten blivit bättre på att skriva avvikelser men arbetet med detta behöver hela tiden fortgå. Det pågår också ett förbättringsarbete för det systematiska arbetet med avvikelser genom att avvikelser löpande ska tas upp på arbetsplatsträffar och att åtgärdsplaner upprättas.

Avvikelseerna rör framför allt hot och våld, insats och förflyttning. Inom området hot och våld kan det både handla om att arbeta med bemötandet men i vissa fall med komplexa och kombinerade funktionshinder kan det vara utmanande att ta fram välfungerande åtgärder.

På övergripande nivå följer biträdande verksamhetschef upp avvikelserna med respektive enhetschef fyra gånger per år.

Ordinärt boende, daglig verksamhet, korttidsvistelse och korttidsstillsyn

I alla tre verksamhetsgrenar finns det ett fungerade systematiskt arbete med avvikelser samtidigt som det inom respektive verksamhetsgren finns delar som behöver förbättras. Alla verksamheter hanterar avvikelser gemensamt på arbetsplatsträffar för att skapa ett lärande. I slutet av året görs det inom varje verksamhetsgren en analys utifrån kön och andra trender.

Under 2025 har det utifrån tidigare års analys av avvikelser genomförts vissa förbättringsåtgärder genom förändrade arbetssätt, överrapportering och kommunikation. Vid uppstart av insats av boendestöd i enskilt hem har ett arbete med riskanalys införts.

De vanligaste områdena för avvikelser inom Daglig verksamhet är arbetsanhopning och personalbrist och därefter kommer hot och våld, säkerhet och trygghet. Inom barn- och unga verksamheten är en stor del av avvikelserna kopplade till säkerhet samt hot och våld. Inom boendestöd handlar avvikelserna nästan uteslutande om personalbrist och omplanering av insats.

Senaste året har boendestöd genomgått förändring utifrån att de gått från att vara hemtjänst till renodlat boendestöd. Under 2026 planeras för ett särskilt arbete med avvikelser och hur avvikelser definieras i den verksamheten. Inom Daglig verksamhet behöver det arbetas med att analysera trender och tex även samla ihop sig kring små avvikelser som är återkommande. Inom barn- och unga verksamheterna behöver arbete ske med att öka antalet avvikelser.

Personlig assistans

I verksamheterna är det enhetschef som informerar personalen om vikten av att dokumentera avvikelser. Inrapporterade avvikelser följs upp löpande på arbetsplatsträffar. Biträdande verksamhetschef följer området avvikelser på regelbunden ledningsgrupp.

Verksamheten har få inrapporterade avvikelser. De avvikelser som registrerats handlar oftast om läkemedel och förflyttning. Utifrån den låga rapporteringsnivån finns behov av förbättringar inom området. Utmaningar är personal med låg datavana, ovana i dokumentation och språkkunskapen och det finns behov av ökad kunskap både vad gäller definition av avvikelser och registrering i verksamhetssystemet.

Under året har verksamheten tagit stöd av stödpedagog som i fysiska möten träffar personal som har behov av stöd i de uppgifter som behöver registreras i verksamhetssystemet där ibland dokumentation av avvikelser. Arbetet kommer att fortsätta under 2026.

Myndighetsutövning

Få avvikelser generellt i verksamheten och det finns behov av att förbättra medvetenheten för att därmed öka antalet registrerade avvikelser. Verksamheten arbetar samtidigt med dialog och samverkan vilket kan resultera i att situationer löses i dialog utan att avvikelser

dokumenteras. Flertalet av de registrerade avvikelserna rör verkställighetsfrågor och skickas vidare för hantering av verkställande verksamheter. En annan del av registrerade avvikelser under 2025 har även berört andra verksamheter, vilka har handlat om händelser utifrån ny organisation hos mottagningsenheten. Utifrån dessa avvikelser har det vidtagits vissa åtgärder men utifrån organisationsförändringen kan det finnas ytterligare behov av åtgärder inom hela myndighetsutövningen. Ett ständigt aktuellt område för avvikelser är samverkan vilket inneburit löpande arbete med förbättringsarbete genom samverkansträffar med andra myndigheter.

Under året har brister i verksamhetssystemet gjort att det funnits risk för felaktiga avslagsbeslut för boendestöd. På grund av detta har enhetschef granskat samtliga avslagsbeslut. För att komma till rätta med verksamhetssystemets brister har vägledningen inför beslut om boendestöd nu reviderats och förtydligats.

Avvikelser inom Individ- och familjeomsorg inklusive myndighetsutövning

Tabell: Typ av avvikelse individ- och familjeomsorg

Område	2023	2024	2025
Bemötande	1	1	2
Dokumentation	11	17	28
Insats	6	11	4
Lokaler	12	1	5
Handläggning Myndighet	64	60	64
Hot och våld	1		1
Sekretess	22	24	38
Säkerhet/Trygghet	27	18	28
Vårdkedjebrist	3	9	16
Okänd anledning		7	
Totalsumma	148	148	186

Det sammanlagda antalet inregistrerade avvikelser 2025 är 186 vilket innebär en tydlig ökning jämfört med 2023 och 2024 då antalet låg på exakt samma nivå. Det kan finnas många olika orsaker till ökningen men en konkret sak som kan kopplas till ökningen är kompetenshöjande insatser inom myndighetsutövningen och arbete med ökad medvetenhet för att öka inrapporteringen. Största antalet finns inom "handläggning myndighet" (34 %), "sekretess" (20 %), "säkerhet /trygghet" (15 %). Könsfördelningen på registrerade avvikelser i verksamhetssystemet är 38% kvinnor, 43% män och 19% har ej angett kön. Andelen avslutade avvikelser i verksamhetssystemet är 70 % vilket innebär att den andelen är tillbaka på samma nivå som 2023 efter en tillfällig minskning under 2024(58 %). Detta bekräftar

antagandet om att orsaken till den tillfälliga minskningen var ett temporärt fel i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet under 2024.

SAS har granskat 20 avvikelser. Syftet med granskningen är att ta reda på vilka typer av händelser som rapporteras som avvikelser inom detta område och hur dessa sedan hanterats. Avvikelseerna är utvalda utifrån att de bedömts med höga riskpoäng av enhetschefen vid utredning/bedömning.

Granskning av 10 avvikelser inom området "Handläggning myndighet"

Tre tio granskade avvikelser inom området berör utredning angående barn som ej avslutats inom lagstadgad tid. Två av avvikelseerna berör handläggning av inkommande ärenden till myndighet och fördelning till handläggare. Felaktig hantering har inneburit fördröjd kontakt med handläggare och därmed även förkortad handläggningstid. En avvikelse handlar om övervägande av vård av barn som ej genomförts inom lagen föreskriven tid och en annan handlar om beslut om umgängesbegränsning som tagits felaktigt. En avvikelse handlar om att beslutsdokument avseende placering enligt 11§ LVU ej har upprättats i samband med att beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVU genomfördes. En avvikelse handlar om ett ärende som inlett felaktigt och en annan om att felaktiga kontaktuppgifter har registrerats vid en aktualisering till annan enhet. Åtta av tio avvikelser är avslutade i sex av dessa framgår att avvikelseerna är utredda och åtgärdade.

Granskning av 10 avvikelser inom området "Sekretess"

Två avvikelser handlar om att fysiska dokument innehållande sekretesskyddade uppgifter har påträffats på plats där obehöriga kan ta del av dem. En avvikelse handlar om att dokument skannats in i fel ärende i verksamhetssystemet och en annan avvikelse rör beslutsmeddelande som skickats till fel klient. Övriga avvikelser handlar om vitt skilda händelser. En avvikelse handlar om försörjningsstödshandläggare som har hämtat uppgifter från barnärendet i verksamhetssystemet utan att ha kontaktat barnhandläggare. En avvikelse avser brev till sekretesskyddad person som skickades som vanligt brev med personuppgifter synligt i fönsterkuvert och inte enligt rutin till Skatteverket för förmedling. En avvikelse angående handläggare som har sökt på namn i stället för personnummer i verksamhetssystemet vilket inneburit att ansökan hamnade hos fel handläggare. En avvikelse gäller att uppgifter om en ungdoms placering och boendeform har röjts till annan förälder. En avvikelse rör medarbetare som har lagt ut konversation med klient på Instagram. Inga direkta personuppgifter kopplat till persons identitet framgick men innebar en felaktig hantering av personuppgifter. En avvikelse gäller en händelse då socialsekreterare har tagit emot fel personer i besök och innan misstaget uppmärksammas

har förnamnen på de förväntade besökare röjts. Sju av tio avvikelser är utredda och åtgärdade. Sex av till tio avvikelser är avslutade.

Kommentarer från Individ- och familjeomsorgen samt myndighetsutövning

Individ- och familjeomsorg

Varje enskild verksamhet har ett kvalitetsarbete kopplat till avvikelser. Under 2025 har det inom ledningsgruppen införts ett arbetssätt för systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser ingår. Efter uppstartsfasen planeras nu för aktiv implementering under kommande år.

I fem av verksamheterna finns 13 inrapporterade avvikelser inom spridda områden såsom bemötande, handläggning myndighet, insats, sekretess och säkerhet och trygghet. Alla avvikelser hanteras av chef i berörd verksamhet. Det finns sannolikt en underrapportering av avvikelser. Utmaningar är bland annat att verksamheter som inte arbetar i verksamhetssystemet inte har något systemstöd för att dokumentera avvikelser vilket har inneburit att varje verksamhet tagit fram egen struktur. I avvaktan på systemstöd behöver verksamheten på helhet arbeta fram en gemensam struktur för dokumentation och sammanställning på ledningsgrupp-nivå för att därmed skapa ett tydligt systematiskt arbete. Under 2026 kommer varje enhetschef arbeta vidare med att utveckla arbetet med sammanställning av avvikelser.

Myndighetsutövning

Avvikelser hanteras enligt rutin av enhetschef tillsammans med ansvarig handläggare på berörd enhet. Om flera enheter är berörda kontaktas enhetschef för dessa enheter och vid behov även handläggare. Beslut av förbättringsåtgärder återkopplas till respektive enhet. Under året har det skett vissa förbättringsarbeten med tex revidering av rutiner och förändrade arbetssätt utifrån upprättade avvikelser. Verksamheten har arbetat med kompetenshöjande åtgärder för att öka rapporteringen. Sannolikt finns det fortfarande en underrapportering och förbättringsåtgärder i form av utbildning behöver fortgå för att säkerställa tillräcklig kunskapsnivå vad gäller registrering, hantering av avvikelser och för att säkerställa följsamhet till rutin.

Sammantagen analys av Individ- och familjenämndens avvikelshantering

Olika verksamheter har kommit olika långt i det övergripande systematiska kvalitetsarbetet och under året har de flesta verksamheterna på något sätt arbetat med förbättringar. Utmaningar i det systematiska arbetet är underrapportering av avvikelser, bristande systemstöd och behov av ökad kunskap samt enhetliga rutiner. I syfte att öka inrapportering av avvikelserna pågår ett ständigt arbete inom alla verksamheter med att informera och medvetandegöra vikten av registrering av avvikelser. Det bedöms fortfarande finnas behov

hos verksamheterna att utveckla arbetet med avvikelse- och klagomålshantering så att det blir en naturlig del i det löpande systematiska kvalitetsarbetet. Planerade förbättringsarbeten är aktiv implementering av gemensamma strukturer för det systematiska kvalitetsarbetet, utbildningsinsatser och fortsatt arbete med riskanalys och åtgärdsplaner.



Lex Sarah

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska:

- personalen genast rapportera missförhållanden till den som bedriver verksamheten
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål
- den som bedriver verksamheten om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.

Antal inkomna rapporter under året

Tabell: Typ av missförhållande i samtligt inkomna rapporter.

Typ av missförhållande	2023	2024	2025
Brister i insatser FO	8	10	11
Brister i insats IFO	2	3	
Brister i rättssäkerhet FO			
Brister i rättssäkerhet IFO	4	4	6
Brister i sekretess FO	1	1	
Brister i sekretess IFO	1		
Totalt antal	16	18	17

Utredning av lex Sarah-rapporter

Lex Sarah är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att komma till rätta med brister i verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Antalet inkomna rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah under 2025 är 17, vilket är en marginell minskning med en mindre rapport i jämförelse med 2024. Mest förekommande typ av missförhållande är ”Brister i insats”.

Under året har 18 lex Sarah utredningar avslutats. I nio av utredningarna har inrapporterad händelse bedömts som ej missförhållande. I fem av utredningarna bedömdes händelserna som missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande. Fyra utredningar har bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Lex Sarah-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg

Funktionshinderomsorg

- Daglig verksamhet (2025/00191)
I samband med att personal mötte upp en person inför deltagande i Daglig verksamhet uppstod en uppvarvad situation. När brukaren riktade ett slag mot personalen reagerade personalen med att slå tillbaka. Ett par dagar efter händelsen gav personen uttryck för att ha ont på slagstället men det uppstod inga synliga skador. I utredningen framkom att personalen brustit i genomförande av insats. Utifrån att en person utsattes för våld bedömdes händelsen som en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.
- Gruppbostad – två anmälningar. (2025/00196 och 00190)
Två lex Sarah rapporter inkom med uppgifter om missförhållanden på en gruppbostad. Uppgifterna handlade om begränsningsåtgärder, kränkande bemötande från personal, att personal försökt påverka annan personals dokumentation samt felaktig hantering sekretessuppgifter. Uppgifterna i utredningen visade på en negativ och olämplig kultur inom verksamheten samt allvarliga brister vad gäller hantering av sekretesskyddade uppgifter. Utredningen visade på inslag av begränsningar, bestraffningar och kränkande bemötande i verksamheten. Arbetsmiljöproblem, bristande kompetens och bristande rutiner identifierades som bakomliggande orsaker. Med anledning av allvarliga brister i hantering av sekretessuppgifter och utifrån den risk som uppstått för brukarnas rättssäkerhet bedömdes situationen i verksamheten som en påtaglig risk för allvarligt missförhållande.

Myndighetsutövning

- Socialjouren (2025/00147)
Socialsekreterare i jour tog tillsammans med IFN:s ordförande beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Ingen dokumentation skickades till Förvaltningsrätten och inget meddelande skickades till ansvarig handläggare i ordinarie verksamhet om att beslutet tagits. Detta medförde att ärendet inte handlas enligt rutin och beslutet om omedelbart omhändertagande förföll samtidigt som

begäran om handräckning fortsatt var aktivt hos polis. Personen riskerades att omhändertas utan laglig grund samt uppstod även risk för fördröjning av vård. Händelsen bedömdes ha inneburit brister i rättssäkerheten. I utredningen framkom att händelsen var en i raden av tre händelser som lex Sarah rapporterats inom en kortare tid inom Socialjouren. Av alla tre lex Sarah utredningar framkom brister i följsamhet i rutin. I utredningarna identifierades bristande samverkan och bristande kompetens som bakomliggande orsaker på systemnivå. Med anledning av upprepande mönster av brister på systemnivå bedömdes händelsen som påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Sammanfattande kommentarer från Funktionshinderomsorg och individ- och familjeomsorg

Varje verksamhet berörs generellt sätt av få lex Sarah-utredningar. Verksamheterna genomför förändringar och förbättringar utifrån framtagna åtgärder i lex Sarah-utredningarna. Exempel på åtgärder är revidering av rutin, uppdaterade arbetssätt och kunskapshöjande insatser om tex lagstiftning. I lärandesyfte går verksamheten igenom lex Sarah-utredning i den enskilda verksamheten. Det finns behov av att utveckla tydlig struktur för att omhänderta uppgifterna i utredningen för att skapa genomslag i lärande över hela verksamheten.

Sammantagen bedömning och analys av lex Sarah

Samtliga lex Sarah-rapporter och utredningar har lett fram till en rad åtgärder i form av förbättrade rutiner och kompetenshöjande insatser som kommer att bidra till att förbättra verksamheten. De förbättringsåtgärder som anges i lex Sarah-utredningarna följs löpande upp av Socialt ansvarig samordnare. Ifall missförhållandet eller åtgärderna berör delar av processarbetet kommer även processledarna medverka till att förbättringsåtgärderna sprids till berörda verksamheter.



Tillsyn

Tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Det har inkommit fem tillsynsbeslut från IVO under 2025.

- **Vid tillsyn av Stödboende** har IVO konstaterat brister i form av att verksamheten inte har kontrollerat polisregisterutdrag innan anställning i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att de åtgärder som vidtagits i verksamheten ger förutsättningar att kommer till rätta med den brist som påtalats.
- **Vid tillsyn av tre barnboenden enligt 9:8 LSS** har IVO inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat.
- **Vid tillsyn av rättssäkerheten i kommunens myndighetsutövning för barn och unga** har IVO konstaterat följande brister:
 - Kommunen brister i sin skyldighet att göra kontroller inför placeringar av barn och unga
 - Kommunen brister i sin skyldighet att hantera orosanmälningar
 - Kommunen brister i sin skyldighet att följa upp placeringar av barn och unga
 - Kommunen brister i sin egenkontroll avseende myndighetsutövning barn och unga

Eftersom beslutet inkommit kort innan årsskiftet pågår i skrivande stund ett arbete med att upprätta en sammantagen åtgärdsplan kopplat till bristerna i tillsynen. En del av bristerna som påtalas kommer att hanteras inom ramen för pågående övergripande arbete med egenkontroll och därutöver kommer vissa specifika åtgärder vidtas. Arbetet med genomförandet av föreslagna åtgärder kommer att påbörjas under första delen av 2026.

Tillsynsbeslut från Justitieombudsmannen (JO)

Det har inkommit två tillsynsbeslut från JO under 2025 som handlar om enskilda som anmält socialtjänsten i Umeå kommun. Efter att ha hämtat in handlingar har JO bedömt att det inte funnits anledning att fortsätta utredningen eller göra något uttalande.

Revision och granskningar

Under året har tre granskningar genomförts på uppdrag av kommunrevisionen; Uppföljande granskning hantering av skyddade personuppgifter, uppföljande granskning våld i nära relation samt granskning av Arbetsmarknadsinsatser.

Uppföljande granskning hantering av skyddade personuppgifter

Den uppföljande granskningen av hantering av skyddade personuppgifter är en uppföljning av 2023 års granskning på samma område. Den genomfördes under hösten och rapporten kom nämnden till handa i december 2025. Granskningen visade att nämnden delvis vidtagit och genomfört tillräckliga åtgärder utifrån den tidigare granskningen. Bland annat har

förvaltningen upprättat och reviderat de rutiner som man åtagit sig att göra, inkluderat skyddade personuppgifter i internkontrollplan, infört Sefos säkra meddelande mm. Utifrån att införandet av nytt verksamhetssystem inte genomförts har man inte vidtagit dom åtgärder som var kopplade till det systemet, dvs begränsa åtkomsten till skyddade personuppgifter med strikt behörighetstilldelning och genomföra loggkontroller gällande skyddade personuppgifter systematiskt som kontrollåtgärd. Andra åtgärder som inte bedöms omhändertagna är upprättandet av styrande dokument på området.

Nämnden fick tre rekommendationer utifrån det som framkommit i den uppföljande granskningen:

- Säkerställa att åtkomsten till skyddade personuppgifter är begränsade där skyddade personuppgifter förekommer,
- Säkerställa att kommunens tjänst för säker digital kommunikation används där det bedöms föreligga ett behov,
- Säkerställa att de åtgärder som vidtas med anledning av revisorernas granskningar återrapporteras till nämnden,

Nämnden kommer yttra sig om dessa rekommendationer i februari 2026, därav är inga åtgärder beslutade i skrivandets stund.

Uppföljande granskning våld i nära relation (ViNR)

Granskningen är en uppföljning av 2022 års granskning. Granskningen visade att nämnden i all väsentlighet omhändertagit revisionens rekommendationer från den tidigare granskningen. Två av rekommendationerna bedömdes endast delvis omhändertagna, dessa rörde säkerställa att fastställda rutiner och riktlinjer efterlevs vid handläggning av ärenden inom myndighetsutövningen för en enhetlig och korrekt hantering samt att verksamhetssystemet möjliggör flexibla kodningsmöjligheter för framtagande av statistik. Utifrån detta fick nämnden tre rekommendationer:

- *Säkerställa att riskbedömning sker i enlighet med gällande riktlinjer och rutiner i ärenden som gäller våld i nära relationer, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck.*
- *Säkerställa att verksamhetssystemet möjliggör flexibla kodningsmöjligheter för framtagande av statistik.*
- *Säkerställa att fastställda rutiner och riktlinjer efterlevs vid handläggning av ärenden inom myndighetsutövningen för en enhetlig och korrekt hantering.*

Planerade åtgärder utifrån rekommendationerna är att revidera rutinerna för våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck, samt i samband med det se över och uppdatera utredningsmallarna för dessa ärenden. Detta arbete är pågående och plan för färdigställande av rutinerna finns. Ytterligare åtgärd därefter innebär att information om

färdigställda rutiner och Dialogforum ViNR ska spridas i verksamheterna. Förvaltningen arbetar med att undersöka möjligheten att implementera ändamålsenliga bedömningsinstrument vid utredning av hedersrelaterat våld och förtryck samt utredningsinstrument som kan vara till hjälp för att stärka barnskyddsutredningar, dessa är båda pågående åtgärder som fortlöper under nästa år.

De åtgärder som redan genomförts är bland annat att våld i nära relation beslutades som fokusområde för kontrollärende för året samt att beslut fattades om att det alltid ska utses en barn- och en vuxenhandläggare i ViNR ärenden där det finns barn.

Granskning av Arbetsmarknadsinsatser

Under våren genomfördes en granskning av arbetsmarknadsinsatser i syfte att bedöma om individ- och familjenämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och samordning av arbetsmarknadsinsatser. I rapporten lämnas tre rekommendationer till Individ- och familjenämnden:

- *Säkerställ att det alltid finns målvärden för samtliga indikatorer i syfte att kvalitetssäkra nämndens arbete med tillgång till arbetsmarknadsinsatser.*
- *Utveckla metodstöd till handläggare avseende beslut om arbetsmarknadsinsatser, tex för människor med NPF-diagnoser.*
- *Pröva hur uppföljning av arbetsmarknadsinsatser på individnivå kan utvecklas.*

De åtgärder som planerats och genomförts är att ta fram målvärden eller riktning för samtliga mått i verksamhetsplanen, förändring avseende ingången till Torgen för att säkerställa att den är individanpassad samt stärkt samverkan med Regionen. Då det gäller uppföljning av arbetsmarknadsinsatser genomförs en veckomätning inom försörjningsstöd varje år, där samtliga ärenden följs upp bland annat utifrån behov och insatser. En åtgärd som planerades i samband med införandet av nytt verksamhetssystem, men som för tillfället är pausad, handlar om att se över möjligheten att registrera arbetsmarknadsinsatser som insatser i verksamhetssystemet.

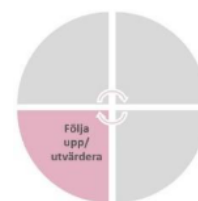
Granskning av handläggning av umgängesbegränsningar enligt LVU

Granskningen har genomförts av KPMG och syftade till att bedöma om Individ- och familjenämnden, i sin roll som socialnämnd, har en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggning av umgängesfrågor enligt LVU, med särskilt fokus på att barnets bästa beaktas. KPMG bedömde att nämnden inte har en tillfredsställande styrning och uppföljning av handläggning av umgängesfrågor enligt LVU. KPMG gav rekommendationer som nämnden har yttrat sig över. Rekommendationerna var:

- Tillse att organiseringen av handlägningsprocessens olika delar är tydligt dokumenterad.
- Säkerställa att utredningar om behov av umgängesbegränsning genomförs enligt gällande lagstiftning.
- Säkerställa att beslut om umgängesbegränsningar fattas, utformas och kommuniceras i enlighet med gällande lagstiftning.
- Säkerställa att överväganden av umgängesbegränsning sker inom av lagen angivna tidsintervall.
- Tillse att det finns ett systematiskt arbete med egenkontroller av arbetet med umgängesfrågor som dokumenteras och vid behov omsätts till förbättringsåtgärder.
- Tillse att handläggning av umgängesfrågor enligt LVU, ingår som särskilt område i såväl introduktionsmaterial som i arbetet med den löpande kompetensutvecklingen.

Utifrån rekommendationerna har förvaltningen arbetat med följande konkreta förbättringsåtgärder:

- Översyn och revidering av befintliga rutiner gällande handläggning av LVU på så sätt att handlägningsprocessens olika ansvarsdelar framgår tydligt
- En riktad insats för att uppmärksamma på revidering av rutiner i syfte att säkerställa följsamhet till rutiner.
- Revidering av rutin gällande besvärshänvisning.
- Revidera beslutsprotokoll gällande beslutsmotivering vid brådskande beslut.
- Planering av egenkontroll för handläggning av ärenden enligt LVU i syfte att skapa en systematisk uppföljning. Resultatet av egenkontrollen kommer att utgöra underlag för dialog och lärande samt för att identifiera behov av kompetensutveckling i berörda verksamheter.
- Området har förts in i nämndens internkontrollplan för 2026.



Följa upp och utvärdera

Avtalsuppföljning av ramavtal inom vård- och omsorgstjänster

Under 2025 har Upphandlingsbyrån, i samverkan med berörda projektgrupper, genomfört upphandlingar av nya ramavtal inom följande områden: omsorgs- och träningsboende, skyddat boende, HVB vuxna, drift av omsorgsboendet Sörgården samt konsulentstödda

familjehem. Bakgrunden till detta arbete är att flera befintliga avtal har löpt ut eller är på väg att löpa ut.

Arbetet med de nya upphandlingarna har krävt betydande resurser. Särskilt fokus har lagts på att utveckla och förfina upphandlingsunderlagen, bland annat genom att se över kravställningar och utvärderingskriterier. Dessa nya avtal kommer att vara viktiga vid framtida avtalsuppföljningar. Med hänsyn till att nya avtal är under införande har det inte varit möjligt eller relevant att genomföra uppföljningar inom dessa avtalsområden under 2025.

Den uppföljning som däremot genomförts avser avtalet för HVB barn och unga. Ett HVB valdes ut för uppföljning då verksamheten under året haft flera tillsyner från IVO, vilket gjorde det angeläget att följa upp. Uppföljningen bestod av två intervjuer – en med verksamhetsledningen och en med personalgruppen. Syftet är att följa upp styrning, rutiner, kvalitet och hur verksamheten arbetar i vardagen. Bedömningen av uppföljningen är att verksamheten i huvudsak fungerar väl. I intervjuerna upplevs en samständig bild av verksamheten från både personal och ledning. Intervjuerna har hållits digitalt via Teams och inkluderat representanter från Upphandlingsbyrån, HVB-samordnare samt SAS.

Uppföljningen har dokumenterats i sin helhet och resulterat i en skriftlig rapport som är framtagen av Upphandlingsbyrån.

Brukarundersökningar, nationella jämförelser och verksamhetsuppföljningar

Brukarundersökningar och andra nationella jämförelser är en typ av egenkontroll och därmed en del av det systematiska kvalitetsarbetet som syftar till att utveckla och förbättra verksamheterna. Resultaten av de nationella brukarundersökningarna och andra kvalitetsmått kan följas över tid och kommunen kan jämföra sina resultat mellan åren. Resultaten kan även jämföras med andra kommuner på samma sätt. Lokala brukarundersökningar används som ett komplement för att tillfråga grupper som inte ingår i SKR:s nationella brukarundersökningar.

Att genomföra brukarundersökningar, och att tolka och analysera resultatet är en viktig del av verksamhetens kvalitetsarbete. För att få en heltäckande bild av de faktiska förhållandena inom verksamheterna behöver dock resultatet av undersökningarna kompletteras med andra underlag.

Nationella brukarundersökningar

I likhet med tidigare år deltog Umeå kommun 2025 i fyra av SKR:s nationella brukarundersökningar; Utförarverksamheter inom funktionshinderområdet,

Myndighetskontakten inom funktionshinderområdet, Myndighetskontakten inom individ och familjeomsorgen samt Placerade barn och unga. Nytt för i år var att boendestödet deltog i aktuell delundersökning inom utförarverksamheter FO.

Från och med 2025 genomförs SKR:s nationella brukarundersökningar vartannat år (ojämna år). Ändringen görs för att möjliggöra för kommuner att frigöra resurser för fördjupade analyser och förbättringsarbete utifrån resultaten från brukarundersökningarna, och även för andra utvecklings- och omställningsarbeten.

Stödmaterial

Sedan tidigare finns framtaget stödmaterial för analys av brukarundersökningar samt en mall för analys och åtgärdsplan som verksamheterna rekommenderas att använda när dom jobbar med resultatet.

Inför 2025 års undersökningar tog enheten för systematiskt kvalitetsarbete fram ett förberedande material som skickades ut till verksamheterna, "Vad är vårt varför?". Syftet med materialet är att planera och underlätta genomförandet samt öka motivationen så väl i arbetsgruppen som för de brukare som ska delta. Materialet innehåller tips på arbetssätt för att öka deltagandet samt diskussionsfrågor till verksamheten inför genomförandet. Dessa frågor rör varför verksamheten ska delta, hur verksamheten genomför undersökningen, hur verksamheten ska använda resultatet samt hur och när verksamheten ska följa upp aktiviteter som genomförts.

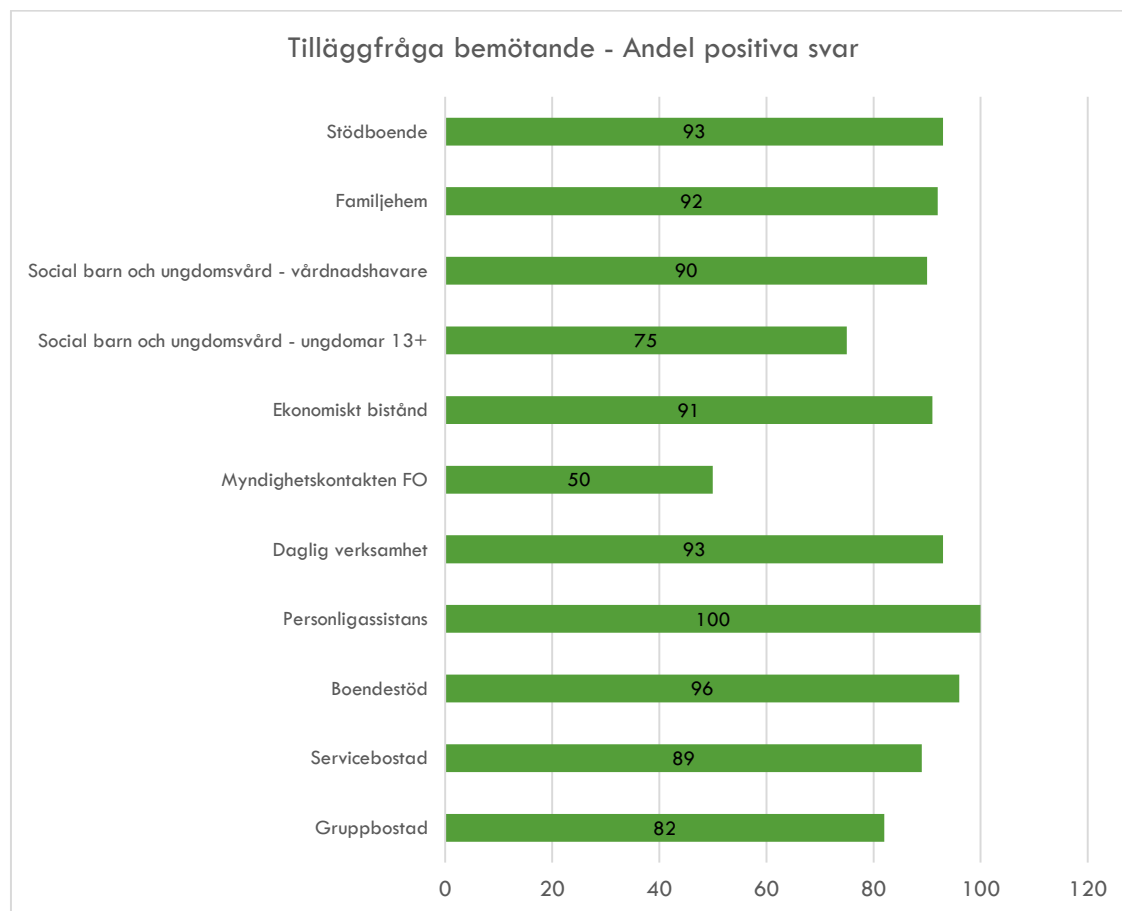
Resultat

Resultatet från 2025 som finns samlat i bilaga 1 innefattar endast totalresultat utan jämförelser. För jämförelser se resultatet i Kolada (www.kolada.se).

För att få ett resultat i undersökningen krävs det totalt fem svar på enkäten, om resultatet ska presenteras uppdelat på kön krävs minst fem svar per kategori (män/kvinnor). Av de totalt 13 delundersökningar som kommunen deltagit i 2025 har ett resultat kunnat presenteras för samtliga undersökningar förutom Placerade barn och unga – HVB samt Myndighetskontakten individ och familjeomsorgen – Missbruks- och beroendevård.

I samtliga undersökningar har en tilläggsfråga om upplevelsen av personalens/handläggarens bemötande lagts till. Generellt har resultatet på frågan varit positivt. Det resultat som sticker ut är myndighetskontakten inom funktionshinderområdet med 50% positiva svar. Där behöver man dock vara medveten om att antalet svar är mycket lågt (6st) och att svarsalternativen inom FO undersökningarna är annorlunda vilket påverkar resultatet. Undersökningarna inom IFO har två svar på positiv skala och två på negativ skala medan FO har ett positivt alternativ, ett neutralt och ett negativt alternativ.

Nedanstående diagram visar andelen positiva svar på frågan för varje delundersökning.



Kommentar om svarsfrekvens

De nationella brukarundersökningarna har under många år dragits med låga svarsfrekvenser. Brukarundersökningarna består av två olika typer av undersökningar, totalundersökningarna och besöksundersökningar. Generellt har totalundersökningarna en bättre svarsfrekvens, men endast funktionshinderområdet har en svarsfrekvens som tillräcklig för att passera som användbar. Besöksundersökningarna för myndighetskontakten och placerade barn har en svarsfrekvens som inte är möjligt att använda för någon djupare analys, detta gäller även totalundersökningen inom myndighetskontakten. Se tabell, nedan.

Förutom svarsfrekvensen finns ytterligare en dimension av besöksundersökningarna som är intressant, nämligen förhållandet mellan antal utdelade enkäter och pågående ärenden. Sambandet är inte kausalt och kan vara missvisande, men det säger ändå något. Antingen om antal besök som är inplanera under undersökningsperioden, arbetsbelastning och förutsättning, eller hur viljan och motivationen ser ut för de som ska svara. Oavsett så finns här en förbättringspotential.

Under 2025 har utredningsenheterna haft hjälp av receptionen att dela ut enkäter vid besöken vilket har underlättat arbetet mycket, en klar förbättring som har upplevts positivt av medarbetena. Förändringen har dock inte lett till så många fler utdelade enkäter men måste ses som ett steg i rätt riktning.

Undersökning		Delundersökning	Antal svar	Utdelade enkäter	Svars-frekvens
Besöksundersökning	Myndighetskontakten inom individ och familjeomsorgen	Ekonomiskt bistånd	11	68	16%
		Social barn- och ungdomsvård - vårdnadshavare	32	180	18%
		Social barn- och ungdomsvård - ungdomar 13–20 år	11	73	15%
		Skadligt bruk och beroende	2	67	3%
	Myndighetskontakten FO	Myndighetskontakten FO	6	29	21%
Totalundersökning	Placerade barn- och unga 13–20 år	Familjehem	15	36	43%
		HVB	4	12	33%
		Stödboende externt	0	3	0%
		Ungdomsboendet	17	28	61%
	Utförarverksamheter Funktionshinderområdet	Boendestöd	175	643	27%
		Daglig verksamhet	327	487	67%
		Servicebostad	78	147	53%
		Gruppbostad	168	295	57%
		Personlig assistans	11	20	55%

KKiK - Kommuners kvalitet i korthet

Kommunens kvalitet i korthet är en nationell mätning där cirka 260 kommuner deltar. Ansvarig för KKiK är Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som tillsammans med Rådet för Kommunala analyser (RKA) och medlemskommunerna tagit fram nyckeltal för kommunens olika verksamheter. Våren 2025 beslutade KKiKs projektledargrupp om en större förändring av vilka nyckeltal som ingår i KKiK. Orsaken till förändringen är kvalitetsbrister kopplat till bland annat målpopulation och att kommunernas olika verksamhetssystem levererar olika data utifrån samma avgränsningar. Det mått som nämnden tidigare följt *Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)* finns inte längre med.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen tar fram öppna jämförelser i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Öppna jämförelser genomförs under februari månad. Undersökningen innehåller tio olika delenkäter som berör olika områden inom Individ- och familjeomsorg, Funktionshinderomsorg, Äldreomsorg samt Socialtjänstens krisberedskap. Resultaten publiceras på Socialstyrelsens webbplats i juni.

Enhetsundersökningen LSS

Enhetsundersökningen LSS är en del av Öppna jämförelser och är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Undersökningen samlar in uppgifter på enhetsnivå för bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS. Resultaten för enhetsundersökningen finns att ta del av i kolada.se

Lokala brukarundersökningar

Ett stort antal lokala undersökningar pågår kontinuerlig inom verksamheterna. Under 2025 administrerade enheten för systematiskt kvalitetsarbete 45st lokala brukarundersökningar och ytterligare två är upprättade men har inte startat upp ännu. Under året har ett arbete med pilotundersökning för de som tar del av insatsen korttidstillsyn för skolgång över 12 år (LSS 9§ 7) påbörjats. Undersökningen planeras genomföras för första gången i början av 2026 och planen är att detta ska ske kontinuerligt efter det.

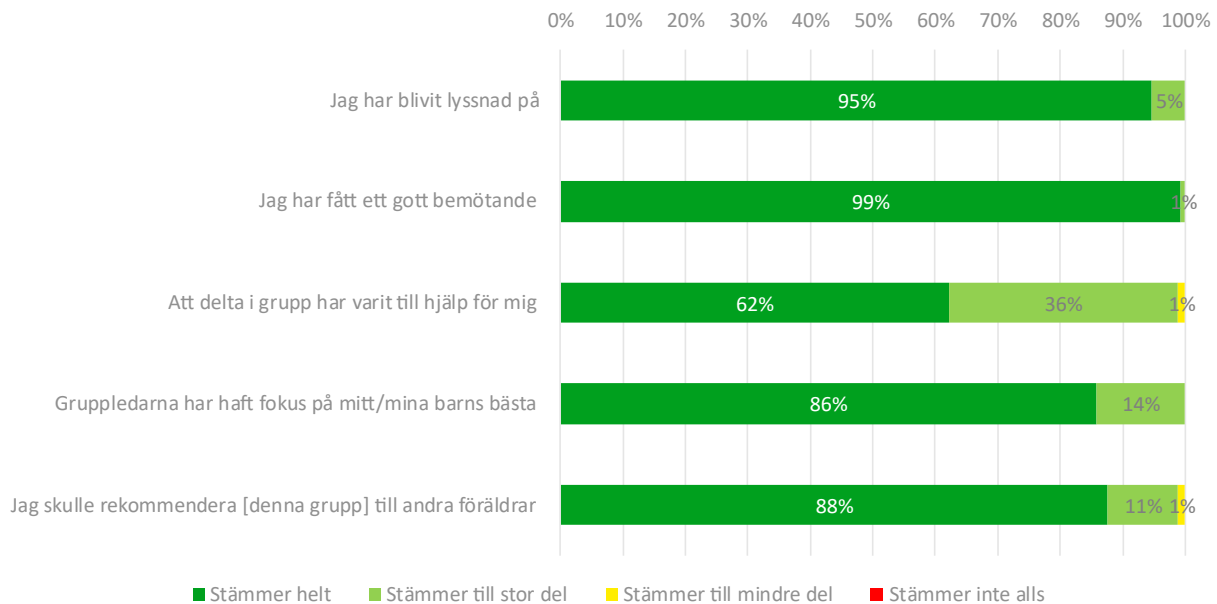
Nedanstående tabell visar antalet lokala brukarundersökningar fördelat på delprocesserna. Tabellen visar dom brukarundersökningar som administreras av enheten för systematiskt kvalitetsarbete, utöver dessa finns lokala undersökningar som hanteras av verksamhet.

Process	Antal pågående lokala brukarundersökningar
Ge stöd och service enligt LSS	2
Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVU) till barn, unga och familj	30
Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden	1
Tillgodose behov av stöd i boende under skolgång till vissa elever vid Rh-gymnasium	-
Erbjuda familjerådgivning	2
Erbjuda hälso- och sjukvård, habilitering och rehabilitering till personer med särskild service och under vistelsetid på daglig verksamhet	2
Ge stöd till självförsörjning och tillgodose behov av försörjningsstöd	-
Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVM) till vuxna	8

Uppföljning av gruppverksamheter

Utifrån den nya socialtjänstlagen ska socialtjänsten arbeta mer förebyggande och vara med lättillgänglig. Inom första linjen har man därför under de senaste två åren gjort satsningar på att starta upp nya ej behovsprövade insatser, bland annat ett stort antal gruppverksamheter. Enligt verksamhetens egen rapportering har man under 2025 haft 295 föräldrar som anmält sig till någon av verksamhetens grupper, varav 88 män och 206 kvinnor. Totalt 14 barn deltog i grupperna som riktar sig till barn, 7 pojkar och 7 flickor. Rapportering av antal görs oidentifierat så om någon person deltagit i två grupper så registreras de två gånger.

Målet är att samtliga första linjens grupper ska ha en brukarundersökning vilket arbetats med kontinuerligt under året. Verksamheten har 5 grundfrågor som eftersträvas att alla undersökningar har med, undantaget är om metoden/programmet som gruppen grundar sig i har en egen undersökning eller specifika behov hos målgruppen. Nedan är en sammanställning av resultatet för de gemensamma frågorna för 2025.



Kontrollärenden

I juni 2022 beslutades att IFO-utskottet skulle hantera kontrollärenden mer systematiskt, att det skulle ske i lärande syfte och vara en del av det ständiga förbättringsarbetet.

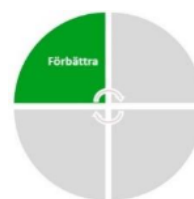
Fördjupningen i enskilda ärenden sker utifrån i förväg beslutade temaområden, som fastställs i samband med kvalitetsberättelsen och baseras på aktuella områden utifrån ett kvalitetsperspektiv. Under 2025 har temat för kontrollärenden varit våld i nära relation. Enligt tidigare beslut ska kontrollärenden redovisas i IFO-utskottet två gånger per år. På grund av ny tillsatt Socialt ansvarig samordnare i kombination med arbetsanhopning har det endast redovisats kontrollärenden vid ett tillfälle under 2025. Sammanlagt fem våld-i-nära-relation-ärenden från vuxenenheten, utredning barn och unga samt försörjningsstöd valdes ut slumpvis av koordinatör. Ärendena har sedan föredragits inför IFO-utskottet av ansvarig handläggare efter en förutbestämd mall, ca 10 minuter för varje ärende. IFO-utskottets ledamöter har haft möjlighet att ställa frågor och diskutera tillsammans med socialsekreterarna.

Temaområde 2026

Eftersom det under året endast genomförts en redovisning av kontrollärenden föreslås att temaområde Våld i nära relation fortsätter även under 2026. Redovisningen av ärendena fokuserar på hur myndighetsutövningen följer fastställda riktlinjer och rutiner samt lagstiftning inom området.

Analysarbete

En viktig del i förbättringsarbete är att analysera resultat av undersökningar och uppföljningar och besluta om lämpliga förbättringsåtgärder. SKA har tagit fram ett stödmaterial för analys samt en mall för åtgärdsplan som verksamheterna kan ta hjälp av. Vid behov kan även koordinatörerna på SKA vara med som ett stöd vid analysarbetet. Ett gott exempel på ett sådant arbete under 2025 är Familjebehandlingens arbete med halvårsresultatet från deras verksamhetsuppföljning. Som förberedelse inför analysarbetet gick Enhetscheferna igenom resultatet och identifierade intressanta områden/frågor för verksamheten att fördjupa sig i. Förslag på frågor skickades till koordinatörerna som tog fram fördjupade siffror till analysen kopplat till frågorna. Koordinatörerna bjöds in för att gå igenom resultatet tillsammans med hela arbetsgruppen. Utifrån de frågor som enhetscheferna tagit fram genomfördes analysarbetet i fördjupande smågruppsdiskussioner. Under efterföljande återsamling i helgrupp gjordes en genomgång av alla diskussionsfrågor och enhetschefer sammanställde förslag på åtgärder i en analys och åtgärdsplan. Efter detta tillfälle har verksamheten arbetat vidare med materialet och ringat in områden som de kommer fokusera på under 2026.



Förbättra

Förbättringar i processerna

Genom arbetet i processteamerna identifieras behov av utveckling eller förändring. Ibland är det händelser i verksamhet som föranleder behov av att se över rutiner/arbetssätt, men det kan också vara förändrad lagstiftning eller andra iakttagelser som lyfts till processteamet, där myndighet eller verkställighet ser behov av utveckling. Under året har processarbetet lett fram till flertalet förbättrande åtgärder som har effekt på kvaliteten. Nedan följer ett urval av dessa.

Processen Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVU) till barn, unga och familj

Under året har flera olika arbetsgrupper bildats för att arbeta med att ta fram nya arbetssätt och utveckla intern och extern samverkan i arbetet med olika målgrupper.

En arbetsgrupp har haft ett särskilt fokus på jourhemsplaceringar och ta fram arbetssätt i syfte att minska risken för sammanbrott vid jourplaceringar, minska antalet externa

jourhemsplaceringar och att minska tiden för jourhemsplaceringar. En annan arbetsgrupp arbetar med att stärka kvalitet med målbilden att minska antalet externa placeringar, korta placeringstiden, förbättra internt samarbete, utveckla arbetet med uppföljningarna av externa placeringar samt att förbättra planering av utsluss och hemflytt.

I syfte att utveckla det uppsökande arbetet ute på fält har Första Linjen tillsammans med Fältgruppen provat nytt arbetssätt och under hösten ett arbete tillsammans med polisen för att se över och utveckla insatsen SIG (sociala insatsgrupper) påbörjats. Detta förväntas även bidra till det brottsförebyggande arbetet.

En arbetsgrupp har påbörjat arbetet med att ta fram en ny insats till barnfamiljer som syftar till att minska behov av utökat stöd och att barnen i familjerna ska ha en trygg uppväxtmiljö med befintligt nätverk.

Processen Ge stöd och service enligt LSS

Under 2025 öppnades fem nya LSS-bostäder, vilket har lett till en genomlysning av arbetssättet kring lokalförsörjning. En arbetsgrupp har tagit fram en gemensam rutin och en checklista för att tydliggöra ansvar och säkerställa att nödvändig information finns tidigt i processen. En film riktad till brukare har också producerats för att underlätta ställningstagande inför inflytt i ny gruppbostad.

Myndighet och verkställighet har uppmärksammat behov av förbättrade arbetssätt kring personer med ALS. En arbetsgrupp har tagit fram förslag på förbättrade arbetsflöden, stärkt samarbete med hemsjukvård och specialistvård, samt förslag på en ny SoL-insats mer anpassad för målgruppen. Personliga assistenter har fått utbildning av regionens ALS-team, och förbättrade samordningsrutiner mellan personlig assistans och handläggare har föreslagits.

Under året har myndighet, utförare inom LSS och bemanningen tillsammans arbetat med flertalet aktiviteter i syfte att verkställa fler beslut om kontaktperson och ledsagning. Med syfte att ta ett helhetsgrepp på frågan har arbetet löpande följts upp i processteam och i processägarråd. Arbetssättet har lett till snabba beslutsvägar samt att det går att se en snabbare progress i frågan.

Ett kvalitetsnätverk i form av representanter från de olika fritidsverksamheterna har arbetat med att analysera resultatet av den årliga föräldraenkäten och identifierat utvecklingsområden samt påbörjat arbete med att ta fram en brukarundersökning för 2026. Detta i syfte att genomföra fler undersökningar för fler barn/unga verksamheter.

Processerna Ge råd och stöd i samt handlägga familjerättsliga ärenden och Erbjudna familjerådgivning

Inom ramen för samordnad myndighetsutövning har arbetet med att samordna familjerättsliga utredningar med barnskyddsutredningar påbörjats. Olika samarbeten och samverkansformer har påbörjats eller fortsatt utvecklas under året. Exempel på detta är samverkan mellan delprocesserna Familjerätten och Familjerådgivningen. Dessa processer samverkar även med centrum mot våld med syftet att lära av varandra, skapa helhetssyn och ökad kvalitet.

Processen Ge stöd till självförsörjning och tillgodose behov av ekonomiskt bistånd

Den 1 oktober startade Kraftverket, en ny öppen insats utan behovsprövning för vuxna. Verksamheten skapades för att möta ett långvarigt identifierat behov av en lågtröskel där personer kan bryta isolering, träna sociala färdigheter och påbörja vägen mot arbetslivsriktad rehabilitering. Förslaget utvecklades inom processteam vuxen SoL/LVM och utformades tillsammans med boendestöd, försörjningsstöd, Arbetsmarknadstorgen med flera. Boendestödet fick uppdraget att starta verksamheten i befintlig organisation. Sedan öppningen har Kraftverket haft i snitt 15 besökare per dag. En arbetsmarknadskonsulent finns på plats varje torsdag. Under våren 2026 utökas öppettiderna och personalstyrkan, vilket gör det möjligt att anpassa verksamheten för olika målgrupper och stärka både intern och extern samverkan.

Kvalitetsseminarium

Ett kvalitetsseminarium har genomförts under hösten där samtliga enhetschefer och biträdande verksamhetschefer inom IFN har inbjudits. Representanter från enheten för systematiskt kvalitetsarbete; Kvalitetskoordinator, Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare har varit arrangör och årets ämne var egenkontroll med fokus på vilken kunskap om verksamheten som finns behov av i syfte att bedöma verksamhetens kvalitet. Syftet med seminariet var att skapa en medvetenhet hos enhetschefer om deras ansvar för egenkontroll kopplat till socialtjänstlagens krav, både vad gäller kunskapsbaserad socialtjänst och krav på god kvalitet. I syfte att inspirera och ge idéer till deltagarna på seminariet berättade enhetschefer från två av verksamheterna om hur de arbetat med uppföljning av verksamheten som en form av egenkontroll. Målsättningen har varit att utveckla synsättet kring egenkontroll, i syfte att tillämpa egenkontroll som en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Reflektioner från deltagarna var att det är intressant och lärorikt att ta del av exempel från andra verksamheter. Utmaningar som framkom under seminariet var avsaknad av ett verksamhetssystem för det systematiska kvalitetsarbetet

vilket lyftes som ett viktigt redskap för en övergripande bild av vilka krav och behov av egenkontroll som finns inom respektive verksamhet. Även för nya enhetschefer skapar detta en utmaning då det innebär avsaknad av enhetlig dokumenterad historik om verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Under 2026 kommer andra former av egenkontroll att behandlas på Kvalitetsseminarium.

Prioriterade åtgärder 2026 - fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet

I den förvaltningsövergripande analysen av resultatet från årliga uppföljningen av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete framkommer att vissa områden fungerar bättre än andra. De delar av förbättringshjulet som visar på bättre resultat är genomföra och förbättra. Delar som har flest områden i behov av utveckling är planera samt följa upp och utvärdera. Utifrån resultatet har arbete med att upprätta en gemensam förvaltningsövergripande åtgärdsplan påbörjats. Ett område som särskilt uppmärksammas under året både utifrån genomförda granskningar och tillsyner är behovet av att utarbeta en struktur för systematiskt arbete med egenkontroll och dokumentationsgranskning. Det under året inledda arbete med översyn av verksamhetens arbete med egenkontroll som inleddes under 2025 kommer att fortsätta under 2026 och ingår som en del av den övergripande åtgärdsplanen.

Externa utförare, hemtjänstutförare enligt LOV¹, LSS-boende och daglig verksamhet

I Umeå kommun finns det 5 valbara hemtjänstutförare enligt LOV. Stöd- och omsorgsförvaltningen har i dagsläget två externa leverantörer av Bostad med särskild service och Daglig verksamhet enligt LSS där kommunen tecknat avtal om köp av platser efter en LOU-upphandling.

Avvikelser och klagomål från de externa utförarna har begärts in vid årets slut enligt samma kategorier som kommunens verksamheter för att statistiken ska gå att jämföra. Klagomålen från de olika företagen redovisas uppdelat i en tabell för LOV-utförare och en tabell för upphandlade boenden och dagliga verksamheter enligt LSS.

Klagomål hos privata hemtjänstutförare enligt LOV

Tabell: Områden som klagomålen avser samt antal, avser externa hemtjänstutförare

Typ av klagomål	2023	2024	2025
Bemannning	19	17	4
Bemötande	18	33	15
Bristande information	4	6	26
Fysisk miljö			5
Inflytande/delaktighet/självbestämmande	9	1	1
Kompetens hos personal	11	8	11
Lång väntetid	6	45	32
Måltider	8	30	12
Organisation/ledning styrning	5	3	4
Samverkan			10
Sekretess	1	1	
Tillgänglighet	7	2	10
Säkerhet/trygghet	1	4	
Insats	32	62	73
Vårdkedjebrist	1		3
Övrigt	45	42	21
Totalt antal	167	254	227

Totalt har 227 klagomål rapporterats från de externa hemtjänstutförarna, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en minskning jämfört med föregående år. De mest

¹ Enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

förekommande klagomålen har kategoriserats under område Insats följt av Lång väntetid och Bristande information.

Kommentarer/citat från ett urval av verksamheterna

"Under den aktuella perioden har verksamheten genomgått förändringar som inneburit utmaningar för både kunder och verksamhet. En stor andel av kunderna hade i samband med detta ofrivilligt bytt utförare, vilket medförde omfattande förändringar för dem. Bytet innebar nya medarbetarkontakter, nya arbetsplatser samt nya individer att möta, vilket påverkade särskilt kunder med behov av kontinuitet och trygghet. I vissa fall upplevdes vårt arbetssätt initialt skilja sig från vad kunden varit van vid. Samtidigt fanns ett behov hos medarbetare att lära känna kunderna bättre för att kunna skapa fungerande och individuellt anpassade rutiner. Sedan dess upplever vi att kundnöjdheten inom verksamheten har förbättrats avsevärt, och arbetet fortsätter kontinuerligt med fokus på att stärka trygghet, säkerhet och kvalitet i omsorgen, där kundnöjdhet är ett övergripande mål".

"Resultatet ligger i nivå med föregående år, om än något lägre. En möjlig förklaring till det kan vara att vissa händelser inte rapporterats enligt rutin. Inkomna klagomål har åtgärdats omgående men rapportering har uteblivit, detta har berott på hög arbetsbelastning i samband med ett högt inflöde av nya kunder under kort tid. Vanligaste klagomålen har rört missnöje över att personal upplevs stressade. Åtgärder som vidtagits är att verksamheten har uppmärksammat behov av att följa upp flera ärenden tillsammans med biståndshandläggare. I de fall där det varit möjligt har verksamheten utökat insatstiden för att ge personalen mer realistiska förutsättningar att utföra insatserna. All planering ses kontinuerligt över och optimerats för att minska restider och skapa mer effektiva och logiska körscheman".

Klagomål inom upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS

Tabell: Områden som klagomålen avser samt antal, avser externa LSS-boende

Områden	2023	2024	2025
Bemannning			1
Bemötande	1	1	1
Bristande information		2	3
Fysisk miljö	3		2
Måltider	3	3	
Inflytande/delaktighet/självbestämmande		1	
Organisation/ledning styrning	2		1
Sekretess	1		
Insats	3	1	1
Övrigt		4	
Totalt antal	13	12	9

Antalet klagomål som registrerats i de privata upphandlade LSS-företagen under 2025 är 9 vilket innebär att antalet har sjunkit i jämförelse med både år 2024 (12) och 2023 (13).

Kommentarer/citat från verksamheterna

"Klagomål har inte ökat, vi tror på en tydlig, bra och närvarande kommunikation med alla. Vi har ökat våra aktiviteter för att det framkom från en person att de önskade fler aktiviteter och det har visat sig fungera väl i flera boenden."

"Det begränsade antalet klagomål och deras spridning över olika områden innebär att de i första hand bör ses som enskilda händelser snarare än ett systematiskt mönster. De bakomliggande orsakerna till klagomålen har i huvudsak rört missförstånd, otydliga förväntningar och brister i kommunikationen mellan olika parter. I vissa fall har även förändringar i verksamheten eller i brukarens situation bidragit till osäkerhet eller upplevda brister. Samtliga klagomål har utretts, dokumenterats och återkopplats. Vidtagna åtgärder har främst bestått av förbättrad och tydligare kommunikation, förtydligande av rutiner, dialog med berörda parter samt i vissa fall justeringar i arbetssätt eller ansvarsfördelning. Klagomålen har även använts som underlag för lärande i arbetsgrupper i syfte att förebygga liknande situationer. Sammantaget visar årets klagomålshantering att verksamheten har fungerande strukturer för att ta emot, utreda och åtgärda synpunkter, och att inkomna klagomål används som ett verktyg i det fortsatta kvalitetsarbetet."

Avvikelser externa utförare hemtjänstutförare (LOV)

Tabell: Typ och antal avvikelser, avser externa hemtjänstutförare

Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Bemötande	13	3	7
Brist i lokaler	3		
Brist i teknisk utrustning	3	1	7
Dokumentation	15	5	2
Brister i insats	120	83	6
Sekretess	3		
Säkerhet/Trygghet	2		12
Hot och våld	21	82	6
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	37	218	4
Totalt antal	217	289	44

Totalt har 44 avvikelser rapporterats från samtliga externa hemtjänstutförare, inklusive Bäckbacka äldreboende, vilket är en kraftig minskning jämfört med 2024. Den mest förekommande avvikelsen är Säkerhet/Trygghet följt av Bemötande och Brist i teknisk utrustning. Avvikelserna som redovisas avser personer i samtliga åldrar.

Antalet rapporterade avvikelser har minskat rejält och kan till stor del förklaras genom att två hemtjänstutförare slutat under året och att deras uppgifter därför saknas i denna redovisning.

Kommentarer/citat från ett urval av verksamheterna

”Återkommande avvikelser har lyfts och diskuterats i hela arbetsgruppen vid teammöten och även individuellt med berörd medarbetare. Vi en ny roll i verksamheten-kvalitetsansvarig. Detta är en teamledare som jobbat länge i företaget och som utmärkt sig i sitt kvalitetstänk. Hen kommer att jobba med alla teamledare och planerare för att säkra en kvalitativ omsorg”

”Generellt kan avvikelserna härledas till att verksamheten under en kort period haft många nya medarbetare och nya kunder vilket skapat en situation med hög arbetsbelastning och begränsad tid för introduktion. Den snabba förändringstakten har påverkat kontinuiteten, ökat risken för missförstånd och gjort det svårare att säkerställa att alla rutiner följs korrekt. Uppföljning av all ny personal, rutiner för introduktion av nya medarbetare har setts över och revideras Ny avvikelse modul har införts i slutet av året vilket möjliggör för personalen att rapportera avvikelser direkt i verksamhetssystem och i arbetsmobilerna”.

Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg – externa utförare

En anmälan har gjorts till IVO under året;

- En hemtjänsttagare öppnade inte dörren vid planerat besök och hittades på golvet i samband med ett hemtjänstbesök samma eftermiddag. Den enskilde hade kunnat hittas tidigare om personalen som var där vid först besöket agerat utifrån rutinerna för när en brukare inte öppnar dörren. De åtgärder som vidtagits är bland annat tydliggörande av rutinen samt att vid inskolning säkerställa att nya medarbetare är väl insatta i rutinen.

Avvikelser inom upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS

Tabell: Typ av avvikelser upphandlade boenden och dagliga verksamheter LSS

Typ av avvikelse	2023	2024	2025
Bemötande	1		1
Brist i teknisk utrustning			1
Lokaler	1		
Dokumentation		2	
Insats	52	55	5
Sekretess	1	1	
Hot och våld	183	100	103
Vårdkedjebrist/Brist i samverkan	1		
Totalt antal	239	158	110

Totalt har 110 avvikelser rapporterats från de privata upphandlade LSS-verksamheterna. Det är en minskning i jämförelse med 2024 (158). Det innebär också en betydande minskning sedan 2023 (239). Företagets analys är att minskningen är resultatet av ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete, se kommentar nedan.

Kommentar från ett av företagen

”Det totala antalet avvikelser i verksamheten (inklusive HSL) har minskat från 285 år 2024 till 196 år 2025. Denna utveckling ska förstås mot bakgrund av ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete som bedrivits under flera år, där avvikelser i ett inledande skede ökade inom vissa områden till följd av att de i högre grad uppmärksammades, rapporterades och utreddes. Trots att både hot om våld och våldsincidenter totalt sett har minskat, utgör de fortfarande den vanligast förekommande typen av avvikelse i verksamheten. Vidtagna åtgärder inom området omfattar exempelvis utbildning i lågaffektivt bemötande

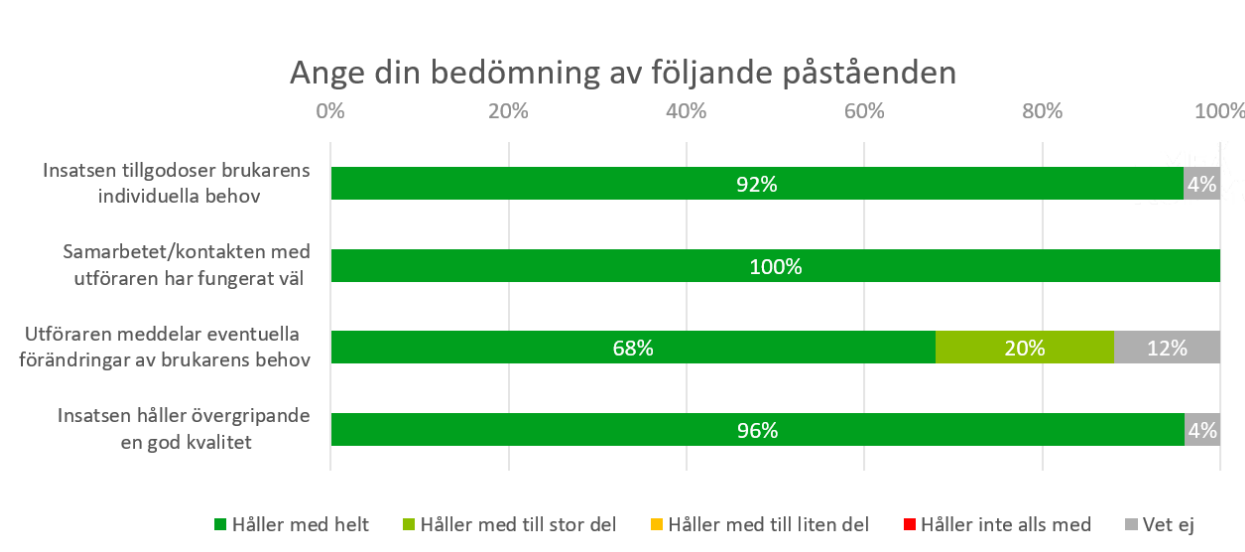
(SENSA/Studio 3), regelbunden uppföljning och revidering av riskbedömningar, rutiner och handlingsplaner, genomgång av avvikelser vid arbetsplatsträffar och gårdsmöten, kontinuerlig psykologhandledning i alla arbetsgrupper samt ett ökat fokus på att hitta rätt kravnivå och anpassa stödsatser efter individens behov. Sammanfattningsvis visar årets avvikelseanalys på en tydlig förbättring i verksamhetens kvalitet och säkerhet. Det minskade antalet avvikelser, i kombination med en ökad medvetenhet kring rapportering och uppföljning, tyder på att det systematiska arbetet med utbildning, rutiner och handledning ger resultat.”

Uppföljning upphandlade boenden och daglig verksamhet enligt LSS

Avstämningsmöte mellan Myndighetsutövning och kommunens kontaktperson för externa utförare LSS har under året skett enligt planering. Inga avtalsincidenser har uppmärksammats under året. Fokusuppföljning initieras av Upphandlingsbyrån och genomförs i samarbete denna. Ingen fokusuppföljning har varit planerad under året. Ingen årlig revision har skett tillsammans med Upphandlingsbyrån.

Kvalitetsutveckling

Enhetschef och kommunens kontaktperson har utarbetat en uppföljning av ärenden där insatserna utförs av de upphandlade externa utförarna. Syftet har varit att säkerställa att ärenden följs upp enligt rutin, samt undersöka handläggarnas uppfattning om insatsernas kvalitet sett till den individuella brukarens behov. Uppföljningen genomfördes första gången vid årsskiftet 2024/2025 och planeras genomföras vartannat år. Resultatet för 2024/2025 visar bland annat att det inte funnits några uppmärksammade brister eller oegentligheter. Resultatet visar även att handläggare generellt bedömer att insatserna tillgodoser brukarnas behov, håller god kvalitet samt att samarbete med och information från utförare fungerar bra.



Resultatmått LSS-boende och daglig verksamhet

Resultatmått	Furan	Mariagården	Genomsnitt
Andel kunder i % med aktuell genomförandeplan	96,7%	100,0%	98,3%

Personal

Resultatmått	Furan	Mariagården	Genomsnitt
Sjukfrånvaro i % totalt för alla anställda (Ink tim.vik)	7,0%	11,3%	9,2%
Andel heltidsanställda av alla månadsanställda i % (Ej tim.vik)	46,0%	70,5%	58,3%
Andel tillsvidareanställda i % (Av dem som har schemalagda pass under månaden)	81,0%	79,5%	80,3%
Genomsnittlig sysselsättningsgrad i % på alla månadsanställda. (Ej tim.vik)	89,3%	89,1%	89,2%

Verksamhetsberättelser

2025 inkom båda utförare med verksamhetsberättelser enligt gällande avtalsvillkor. Verksamhetsberättelserna skickas till och förvaras hos Upphandlingsbyrån. Dessa följer en framtagna mall och innehåller områden som tex en sammanfattning av året, egenkontroll och riskanalyser, personalomsättning och kompetens, samverkan och värdighetsgarantier. Dessutom bifogas företagets ekonomiska årsredovisning. Alla verksamhetsberättelser granskas och en skriftlig återkoppling till företaget lämnas.

Externa utförare hemtjänst

Tillståndsplikt

Hemtjänst är en tillståndspliktig verksamhet. Det innebär att det krävs att den som bedriver sådan verksamhet har tillstånd från Inspektionen av vård och omsorg (IVO).

Utveckling under året

Inga nya avtal har tillkommit under året. Antalet valbara hemtjänstutförare har minskat med två utförare under året, efter att två hemtjänstutförare sagt upp sina avtal, 2025-12-31 fanns det fem (5) externa hemtjänstutförare. Den interna utförarens andel av de beslutade hemtjänsttimmarerna har ökat under året.

Arbete för att övergå till LOU-upphandlad hemtjänst under 2026 har påbörjats efter beslut i kommunfullmäktige i september 2025.

Volymen i december 2025 exkl. anhörigvård (2024 inom parentes)

	Antal hemtjänsttagare under 65 år	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån under 65 år	Andel tim./mån i procent
Externt	203 (237)	68% (49%)	3613 (4412)	66% (53%)
Internt	95 (246)	32% (51%)	1859 (3879)	34% (47%)
Totalt	298 (483)		5472 (8291)	

	Antal hemtjänsttagare över 65 år	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån över 65 år	Andel tim./mån i procent
Externt	700 (900)	38% (47%)	27008 (33088)	45% (51%)
Internt	1147 (1020)	62% (53%)	33296 (31344)	55% (49%)
Totalt	1847 (1920)		60304 (64432)	

	Antal hemtjänsttagare totalt	Andel hemtjänsttagare i procent	Antal tim./mån totalt	Andel tim./mån i procent
Externt	903 (1137)	42% (47%)	30621 (37500)	47% (52%)
Internt	1242 (1266)	58% (53%)	35155 (35223)	53% (48%)
Totalt	2145 (2403)		65776 (72723)	

Uppföljningar

Individ- och familjenämnden har en plan för uppföljning av upphandlade vård och omsorgstjänster, och motsvarande verksamhet i intern regi för 2025. Syftet med planen är att säkerställa att avtal med externa utförare följs upp på ett systematiskt sätt utifrån angivna krav, samt att motsvarande intern verksamhet som nämnden har huvudansvar för följs upp på ett likvärdigt sätt. Uppföljningsplanen innehåller konkreta aktiviteter, en tydlig ansvarsfördelning samt hur redovisning ska ske till nämnden. En uppföljningsplan för 2026 kommer att presenteras för nämnden i mars.

Fördjupad avtalsuppföljning av hemtjänstföretag

Fördjupad avtalsuppföljning innebär att kontrollera att utföraren levererar enligt gällande avtals ställda krav. Upphandlingsbyrån ansvarar. Tillsammans med förvaltningarna beslutades om att genomföra fördjupad avtalsuppföljning på ett hemtjänstföretag.

Fördjupad avtalsuppföljning har genomförts under hösten. Rapporten av den fördjupade avtalsuppföljningen redovisas separat i nämnden.

Incidenter

Avtalsägare på upphandlingsbyrån träffar myndighetsutövningen i såväl äldreomsorgs- förvaltningen som stöd och omsorg månatligen för avstämning och uppföljning. Syftet är att fånga upp och hantera incidenter av icke akut karaktär som noterats i myndighetsuppföljningen. Upphandlingsbyrån har under 2025 med anledning av ovanstående uppföljning utfärdat två varningar. En varning avsåg en återbetalning. Återbetalningen genomfördes och uppföljning/handlingsplan behövdes således inte. En varning avsåg ett företag som inte längre är verksamt.

Årlig revision

Förvaltningen genomför tillsammans med Upphandlingsbyrån en årlig revision av den avtalsuppföljning som skett. Syftet är att sammanfatta årets gemensamma uppföljningar och planera för kommande år samt vanligen att fastställa vilka företag som blir aktuella för den fördjupade avtalsuppföljningen. Under 2026 kommer upphandlingsmodellen att förändras och den årliga revisionen kommer att ta fasta på att sammanfatta en avslutsrapport inom ramen för LOV.

Kvalitetsutveckling

Alla hemtjänstutförare har under året fått ta del av statliga stimulansmedel ur statsbidraget Säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer, "Äldreomsorgssatsningen".

Uppföljning av genomförda insatser pågår. Det finns en variation på aktiviteter och åtgärder som vidtagits för att höja kompetensen, förbättra arbetsmiljön, införande av ny teknik och digitalisering. Utförarna har även erbjudits möjligheten att ansöka om medel utifrån överenskommelse Psykisk hälsa och suicidprevention mellan staten och SKR.

Äldreomsorgslyftet som avser att möjliggöra för medarbetare att utbilda sig till undersköterska under arbetstid har också erbjudits alla utförarna.

Informationssida för externa utförare

Hemtjänstutförarna har löpande fått ta del av information och nyheter på hemtjänstområdet och rekommendationer, rutiner, informationsblad och andra relevanta

underlag. Syftet med informationssidan är att utförarna på ett samlat och överskådligt sätt ska kunna ta del av bland aktuellt material.

Resultatmått

Uppföljning av kvalitet hos den interna och externa verksamheten sker genom:

- Inhämtande av uppgifter avseende avvikelser och klagomål (utifrån SoL och HSL).
- Redovisning av nationella brukarundersökningar
- Redovisning av Hemtjänstindex

Äldreomsorgsförvaltningen ansvarar för inhämtande och redovisning av kvalitetsparametrar. Avvikelser och klagomål redovisas i särskilt avsnitt i Kvalitetsberättelsen.

Förstärkt uppföljning för att förebygga välfärds kriminalitet

Under januari 2024 ställde sig individ- och familjenämnden och äldrenämnden bakom regeringsuppdraget CURA och förvaltningarnas deltagande i projektet. CURA är ett samarbete mellan flertalet myndigheter i syfte att hitta metoder för att förhindra välfärdsbrottslighet. Projektet har handlat om framtagandet av metodstöd för uppföljning av hemtjänst.

Metodstödet har främst använts av myndighetsutövningen kopplat till kontroll och uppföljning. Samarbete har skett med säkerhetsavdelningen kring hur metodstödet användning kan utvecklas ytterligare. Bedömd effekt på denna relativt korta period som stödet använts, är att fler fördjupade uppföljningar har genomförts till följd, och att socialsekreterare reagerar tidigare på signaler. Metodstödet implementering fortsätter under 2026.

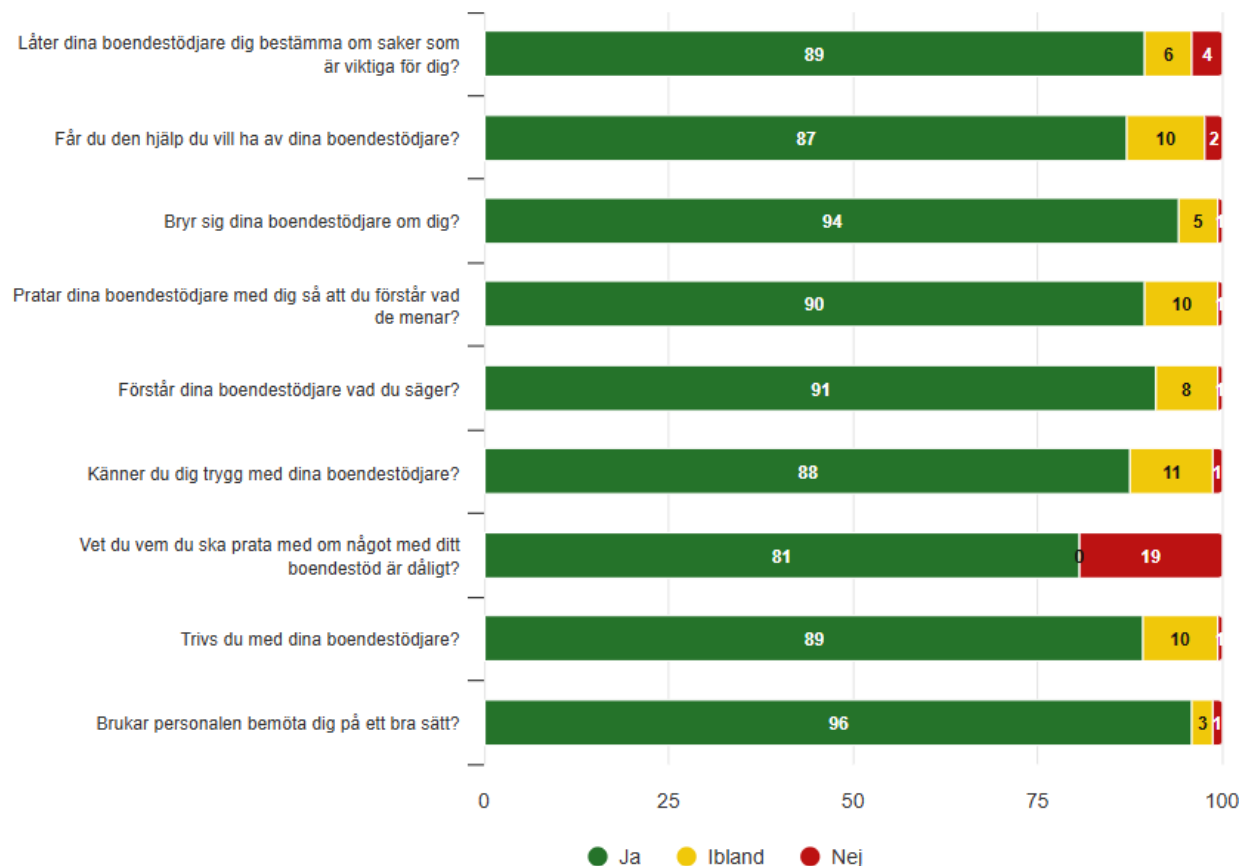
Verksamhetsberättelser

Samtliga externa hemtjänstföretag ska senast 31/1 inkomma med sina verksamhetsberättelser enligt gällande avtalsvillkor.

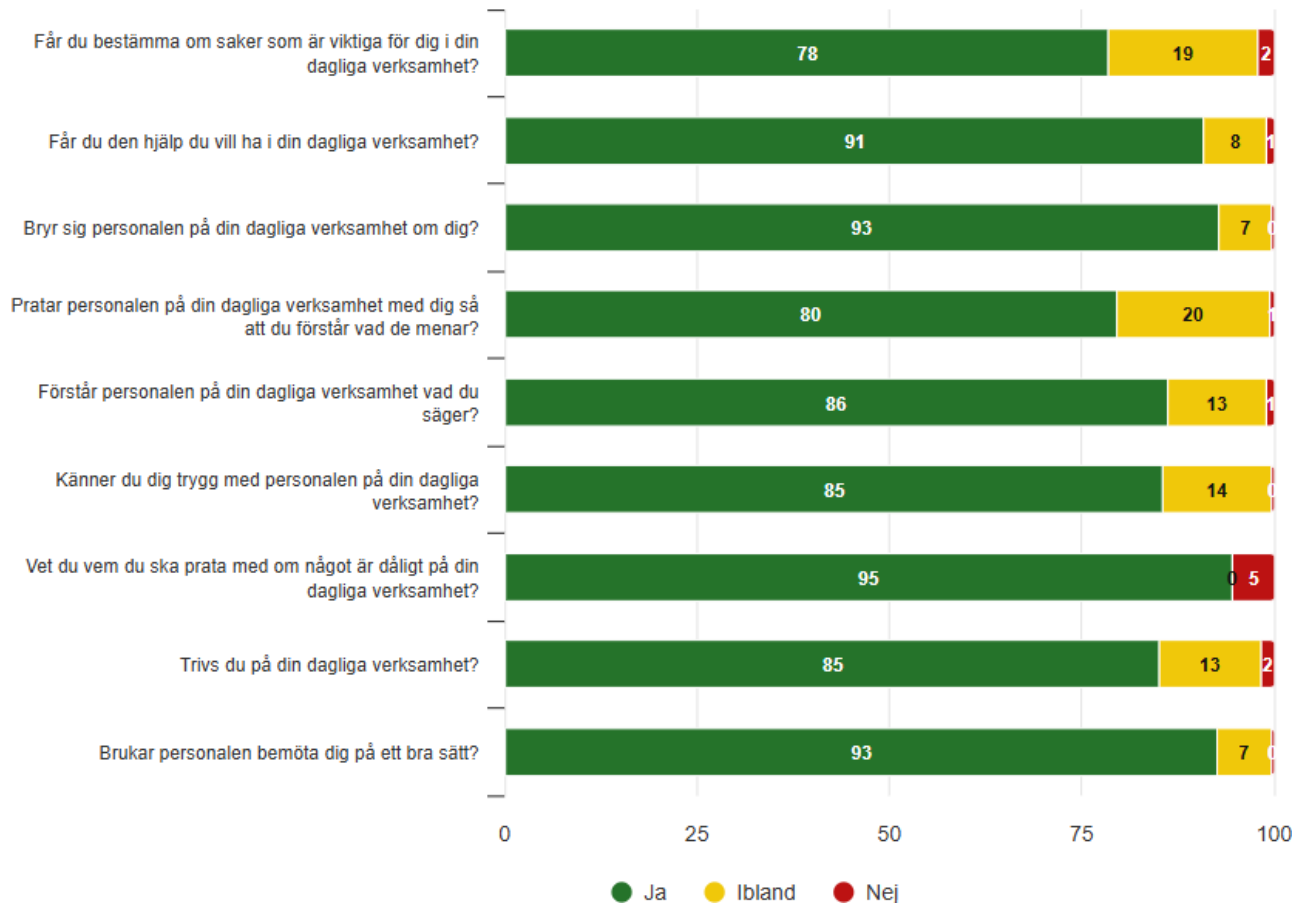
Bilaga 1. Resultat från de nationella brukarundersökningarna 2025 för Umeå kommun

Utförarverksamheter inom funktionshinderområdet

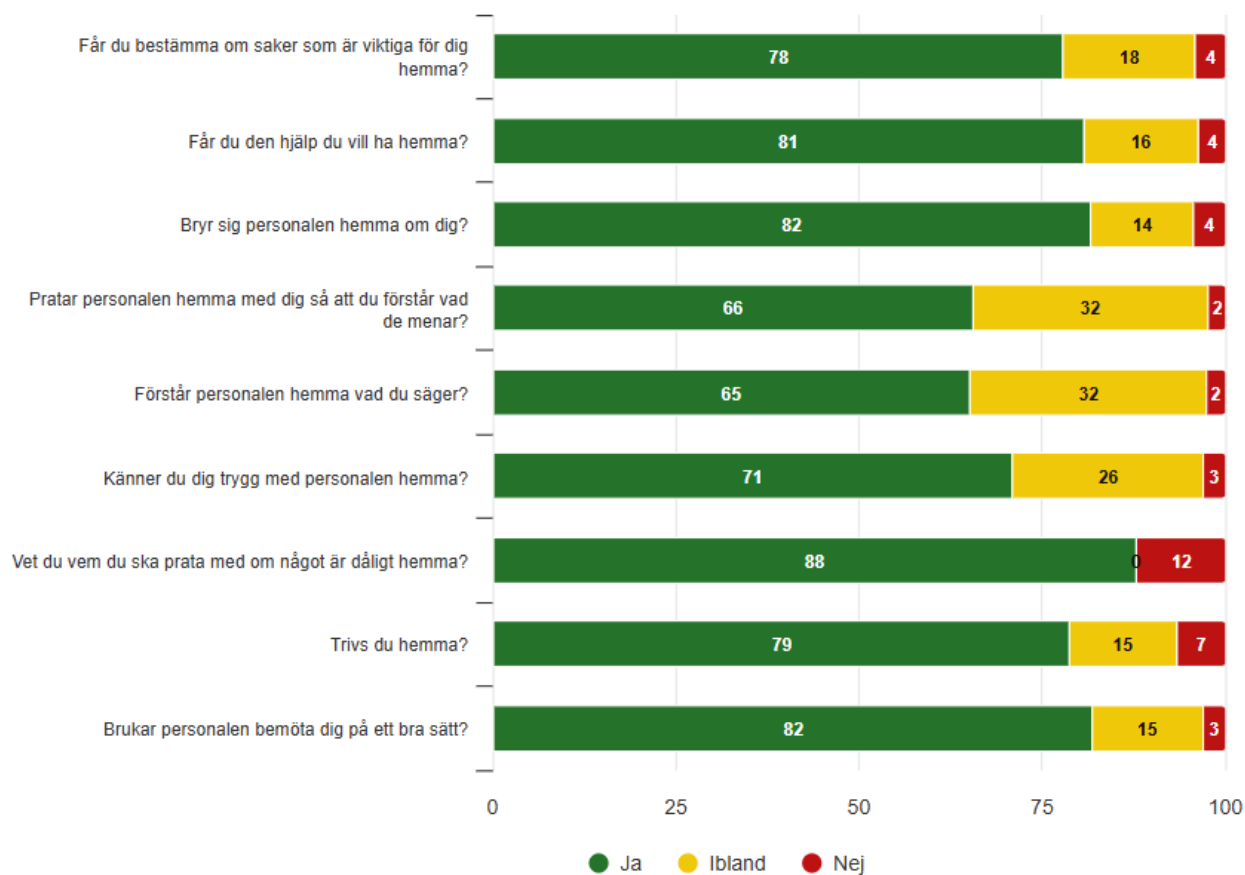
Boendestöd SoL, Umeå kommun, 2025, Alla (175 svar, 27%)



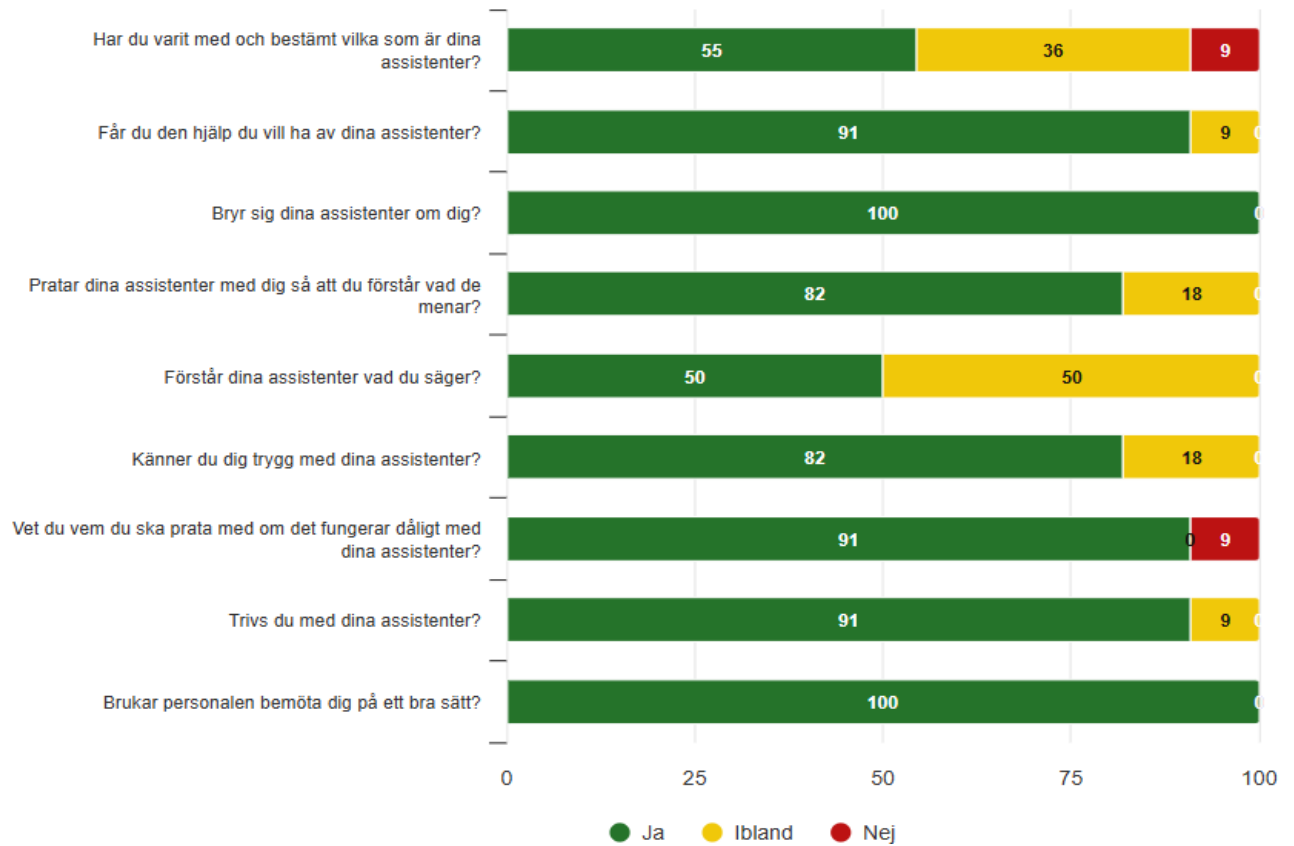
Daglig verksamhet LSS, Umeå kommun, 2025, Alla (327 svar, 67%)



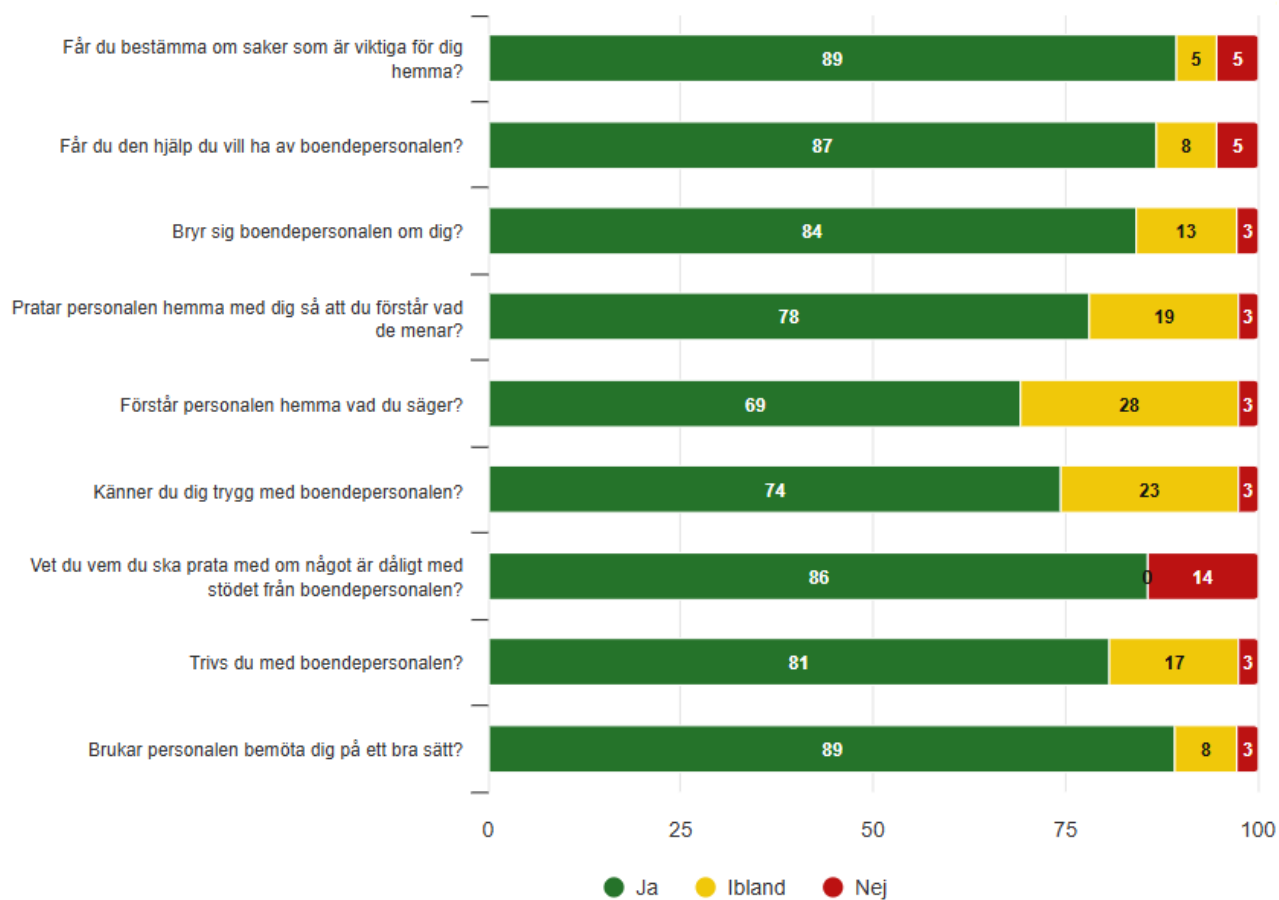
Gruppbostad LSS, Umeå kommun, 2025, Alla (168 svar, 57%)



Personlig assistans, Umeå kommun, 2025, Alla (11 svar, 55%)



Servicebostad LSS, Umeå kommun, 2025, Alla (78 svar, 53%)

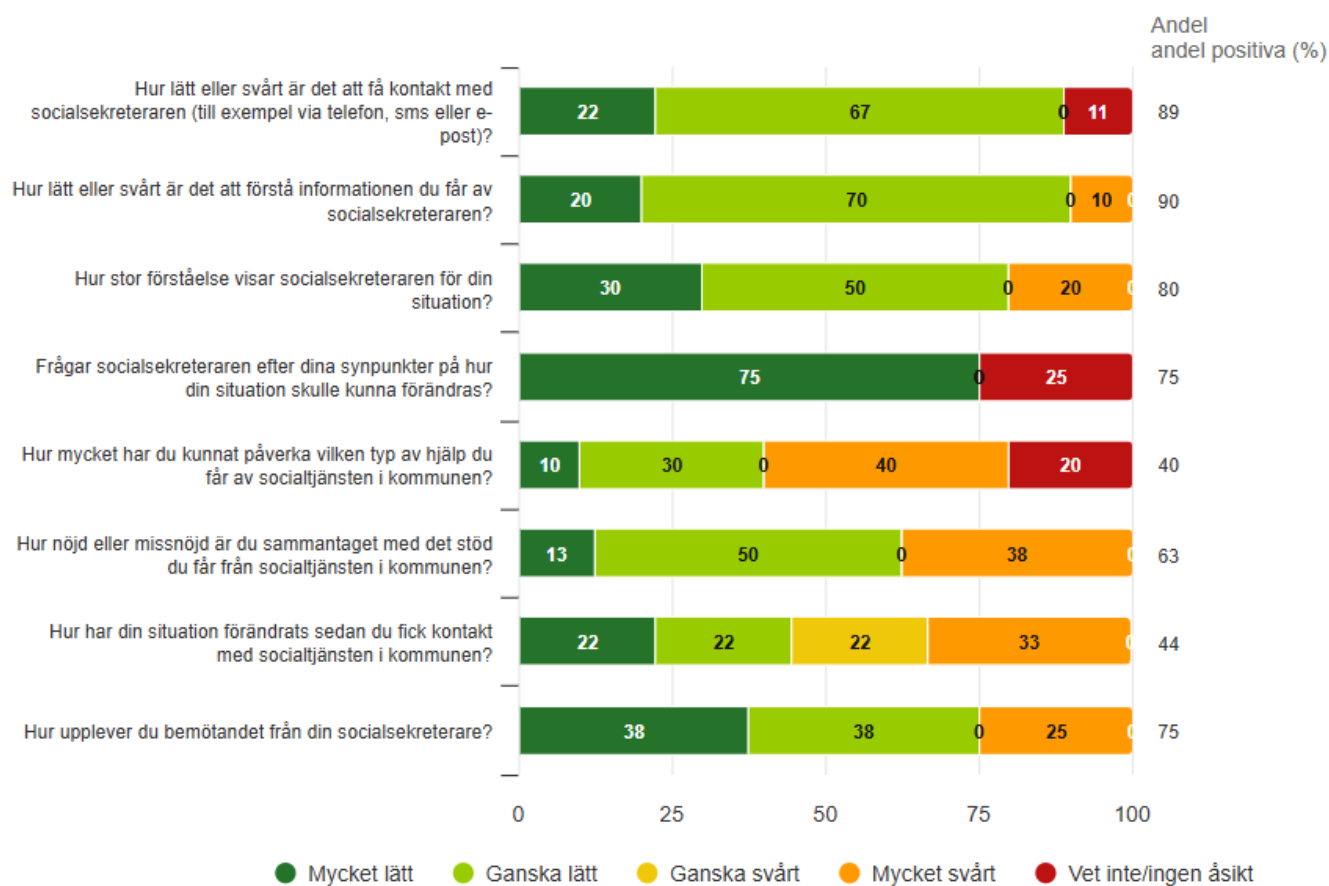


Myndighetskontakten inom individ och familjeomsorg

Ekonomiskt bistånd, Umeå kommun, 2025, Alla (11 svar, 16%)



Social barn och ungdomsvård - ungdomar 13+, Umeå kommun, 2025, Alla (11 svar, 15%)

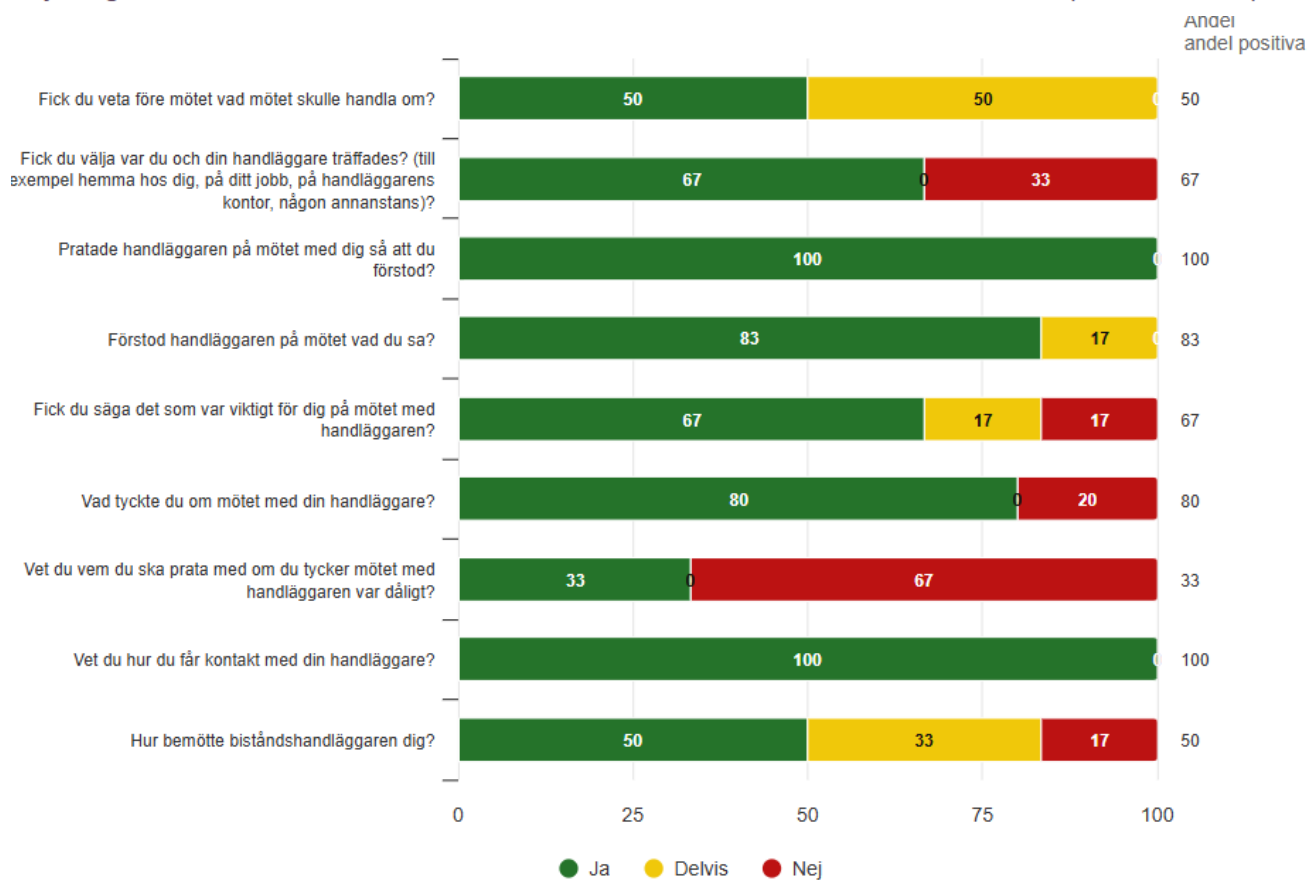


Social barn och ungdomsvård - vårdnadshavare, Umeå kommun, 2025, Alla (32 svar, 18%)



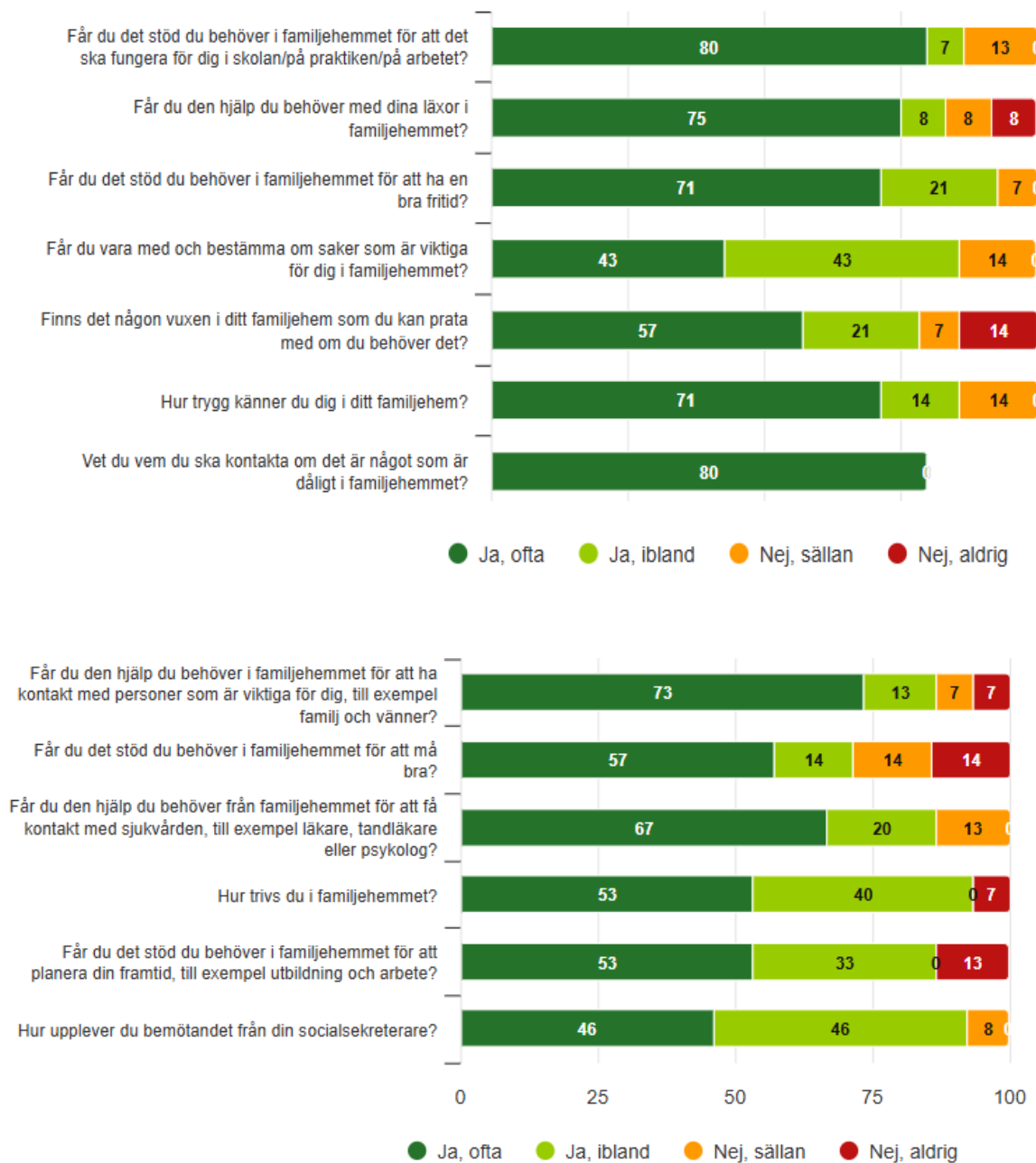
Myndighetskontakten inom funktionshinderområdet

Myndighetskontakt funktionshinderområdet, Umeå kommun, 2025, Alla (6 svar, 21%)

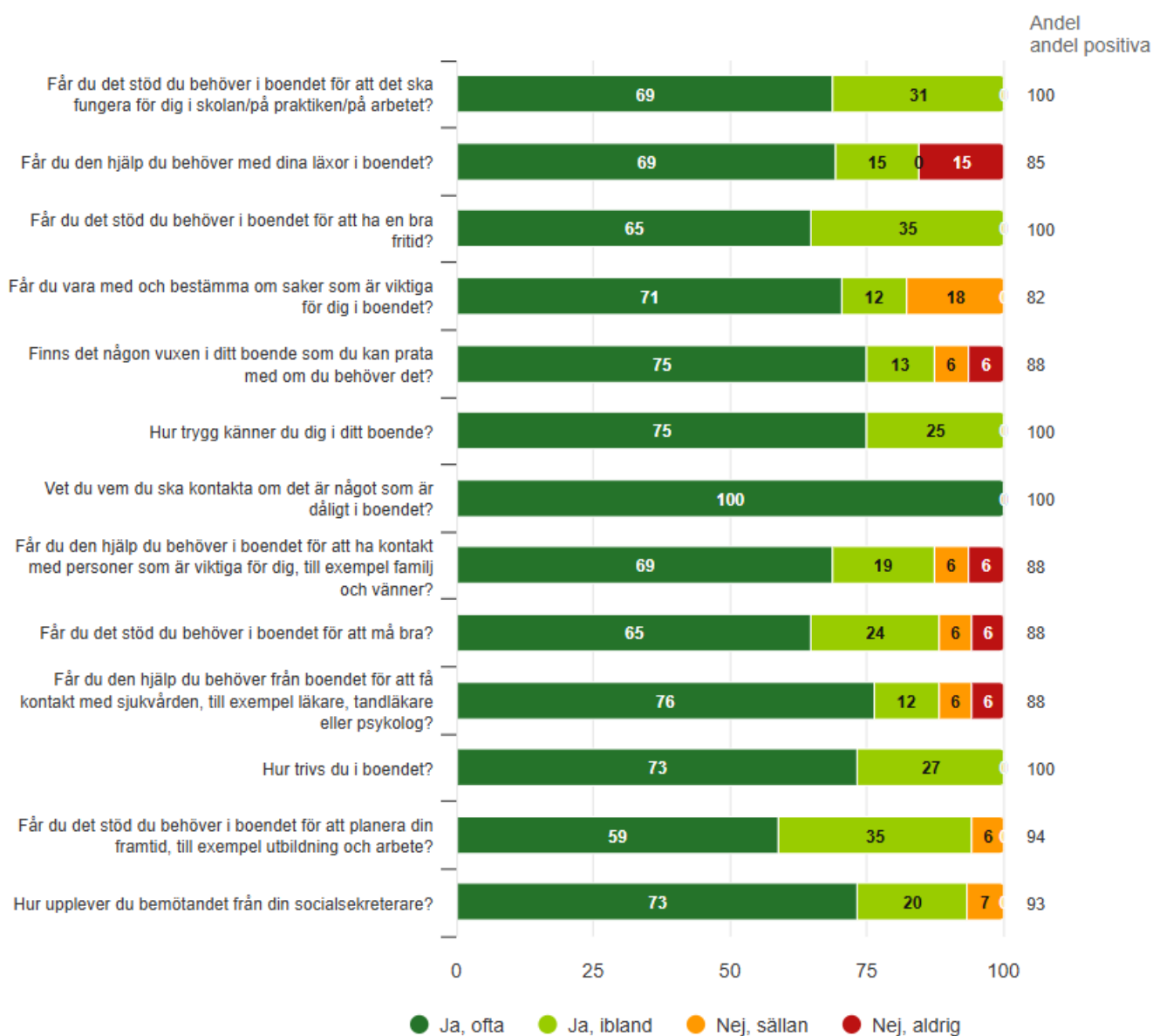


Placerade barn och unga

Familjehem, Umeå kommun, 2025, Alla (15 svar, 42%)



Stödboende, Umeå kommun, 2025, Alla (17 svar, 55%)



Umeå kommun

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Protokollsutdrag2026-02-04

§ 18

Diariennr: IFN-2025/00023

**Kvalitetsberättelse individ- och familjenämnden
2025****Förslag till beslut**

Individ- och familjenämnden godkänner kvalitetsberättelsen för 2025 och fastställer prioriterade förbättringsområden för 2026.

Ärendebeskrivning

Kvalitetsberättelsen omfattar delar av det kvalitetsarbete som genomförts på övergripande nivå inom Individ- och familjenämndens verksamhetsområde 1 januari – 31 december 2025.

Enheten för systematiskt kvalitetsarbete kommer att arbeta med följande prioriterade områden som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet under 2026:

Ett fortsatt arbete för att det ska finnas förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete med fokus på åtgärder inom områdena planera, följa upp och utvärdera. Det uppstartade arbetet med översyn av egenkontroll kommer att fortsätta under 2026. Kvalitetsseminarier kommer att erbjudas med just egenkontroll som ämne.

Arbetsutskottets beslutsordning

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar i enlighet med tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse för Individ- och familjenämnden 2025.

Beredningsansvariga

Charlotta Landström, Socialt ansvarig samordnare

Peter Basun, Koordinator

Anna-Karin Sjögren Näs, Koordinator

Umeå kommun

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Protokollsutdrag

2026-02-04

Jenny Matarrelli, Koordinator

Anna Bergström, Kvalitetschef ÄO

Beslutet ska skickas till

Charlotta Landström, Socialt ansvarig samordnare

Ulrika Gustafsson, kvalitetschef



Tjänsteskrivelse

2026-01-27

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diariennr: IFN-2024/00213

Tilläggsuppdrag 2023:1 - Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden beslutar att godkänna informationen som berör Tilläggsuppdrag – genomlysning av nämndens verksamheter för att säkra den mot välfärds kriminalitet.

Individ- och familjenämnden beslutar att utifrån framtaget förslag från förvaltningen, fatta beslut om att upprätta en kontrollfunktion inom nämndens område.

Ärendebeskrivning

2024-12-18 redovisades en rapport till individ- och familjenämnden. Rapporten utgick från individ- och familjenämndens tilläggsuppdrag 2023:1 om att genomlysna nämndens verksamheter för att säkra dessa mot välfärdsbrott, bedrägerier och påverkan. Rapporten beskrev samhällsutveckling på området, hur nämndens verksamheter arbetar samt gav förslag på åtgärder utifrån den riskanalys som är gjord.

Individ- och familjenämnden beslutade att:

- Att förvaltningen ges i uppdrag att arbeta vidare med redovisade förbättringsområden i rapporten över tilläggsuppdrag 2023:1.
- Att förvaltningen ges i uppdrag att genomföra en fördjupad utredning om behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.
- Att förvaltningen uppdras se över hur nämndens uppföljning av folkbokföringen kan förbättras för att undvika läckage av skattemedel.
- Att utreda inrättande av FUT-utredare inom Individ- och familjenämndens verksamhetsområde för att följa upp och kontrollera utbetalningar.

Förvaltningen har på uppdrag av nämnden arbetat fram ett förslag på en kontrollfunktion för att motverka välfärdsbedrägerier. Arbetet har genomförts i samråd med säkerhet och referensgrupper har varit upphandling, säkerhet och äldreomsorg. Ett antal roller och medarbetare i organisationen har varit delaktiga i framtagandet av modellen.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00213

Utredningen har genomförts genom omvärldsbevakning, analys av verksamhetens risker, workshop med medarbetare och utifrån möjliga lösningar för att uppnå syftet med uppdraget.

Övriga förbättringsområden såsom förbättring av uppföljning av folkbokföring är genomförda och redovisades juni 2025.

Utredning behov av FUT handläggare har utretts och testats som en pilot i verksamheten. Det kommer att föreslås en fortsättning med det arbetet.

Då också som en del av gemensam kontrollfunktion.

Ett förslag på en kontrollfunktion har tagits fram som är anpassad utifrån dagens förutsättningar och möjligheter med en snabb uppstart. Utredningens förslag innebär en samordning av befintliga resurser och kompetenser. Den resurs som behöver tillskapas är någon form av samordnande funktion. Det anses viktigt att upprätthålla en bred kompetens i hela organisationen samtidigt som samordning behövs och spetskompetens behöver kopplas in, såsom ekonomi, säkerhet, upphandling och jurist.

Beslutsunderlag

Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet. En fördjupad utredning av behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.

Beredningsansvariga

Viviann Dannelöv Nilsson, verksamhetschef

Simon Blomberg, ekonomichef

Beslutet ska skickas till

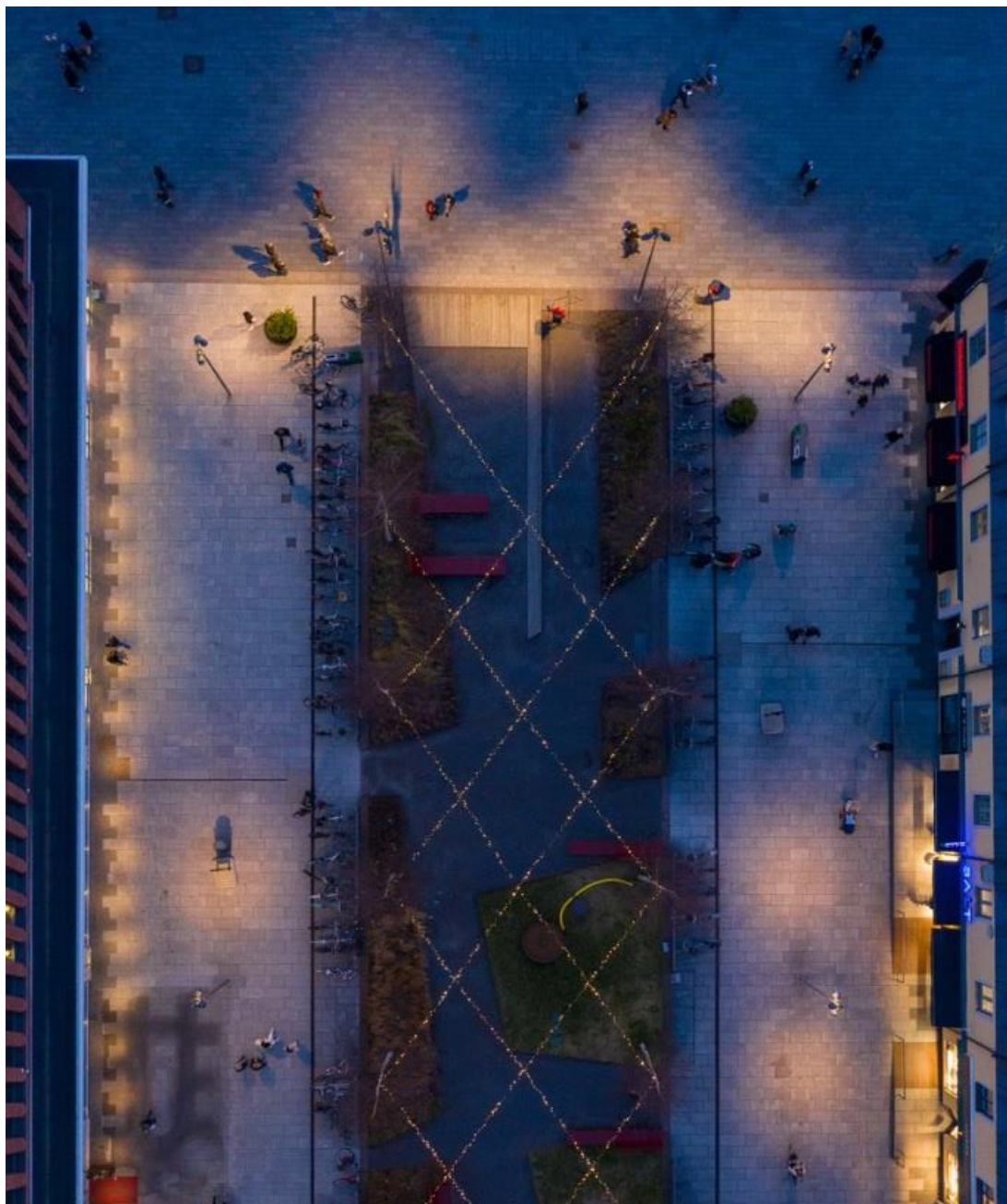
Ulrika Gustafsson, kvalitetschef

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Viviann Nilsson
Verksamhetschef

Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet.

En fördjupad utredning av behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.



Innehåll

Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet.	1
Tilläggsuppdrag 2023:1 – Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet.	4
Kort om samhällsutvecklingen, beskriven av säkerhetsenheten.	4
Säkerhetsenheten belyser 4 viktiga områden att förhålla sig till i arbetet med att motverka Välfärdsbedrägerier.	4
Umeå kommuns säkerhetsenhets bedömning och rekommendation utifrån sårbarheter i stöd och omsorgsförvaltningen.	6
Rekommendationer från säkerhetsenheten	6
Summering säkerhetsbedömning.	7
Det pågår inom stöd och omsorg idag.	7
Uppföljning redovisade förbättringsområden vid genomlysning	8
Vad som behöver utvecklas	9
Vi behöver en stärkt kunskap och medvetenhet.....	10
Viktigt att bedöma risker.....	10
Tydlig hantering av fakturor och utbetalningar.....	10
Möjligheter och risker med ny teknik	11
Hur agera när man hittar fel?	11
Hur agera när den egna kontrollen brister	11
En fördjupad utredning av behov och omfattning av en kontrollfunktion som motverkar välfärdsbedrägerier i stöd och omsorg.....	11
Omvärld	12
Vilka arbetssätt behöver vi för att motverka välfärdsbrott enligt medarbetare.	12
Särskilda områden som lyfts fram i diskussionerna	13
Sekretess	13
Otillåten påverkan	13
Systematik.....	13
IT - System och tekniska lösningar	14
En kommungemensam kontrollenhet för att motverka välfärdsbedrägerier.....	14
En samordnad kontrollenhet som tillhör stöd och omsorg, för att motverka välfärdsbedrägerier.	15
Andra fördelar med en enhet inom förvaltningen är att man:	15

Samordnarens roll viktig.	16
Bättre informationshantering och sekretessrutiner	16
Möjliggör tidig upptäckt – före felaktiga utbetalningar.....	16
Stärker kultur och medvetenhet i hela socialtjänsten	17
Lätt att skala upp vid behov	17
Hur samordnaren samarbetar med chefer inom socialtjänsten	17
Samordnaren ger stöd vid konkreta ärenden.....	18
Medarbetare med välfärdsbrott som ansvarsområde.....	18
Sammanfattning.....	19
En verksamhetsnära samordnad kontrollenhet är förvaltningens rekommendation och förslag till beslut.	20

Tilläggsuppdrag 2023:1 – Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet.

2024-12-18 redovisades en rapport till individ- och familjenämnden. Utifrån tilläggsuppdrag 2023:1 om att genomlysna nämndens verksamheter för att säkra dessa mot välfärdsbrott, bedrägerier och påverkan. Rapporten beskrev samhällsutveckling på området, hur nämndens verksamheter arbetar samt gav förslag på åtgärder utifrån den riskanalys som är gjord.

Individ- och familjenämnden beslutade att:

- Att förvaltningen ges i uppdrag att arbeta vidare med redovisade förbättringsområden i rapporten över tilläggsuppdrag 2023:1.
- Att förvaltningen ges i uppdrag att genomföra en fördjupad utredning om behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.
- Att förvaltningen uppdras se över hur nämndens uppföljning av folkbokföringen kan förbättras för att undvika läckage av skattemedel.
- Att utreda inrättande av FUT-utredare inom Individ- och familjenämndens verksamhetsområde för att följa upp och kontrollera utbetalningar.

Kort om samhällsutvecklingen, beskriven av säkerhetsenheten.

BRÅ har signalerat ökade problem med otillåten påverkan och förekomst av möjliggörare inom stat och kommun. Ekonomisk brottslighet däribland bedrägerier inom välfärdssektorn blivit allt vanligare. Polisens nationella avdelning (NOA) beräknar att välfärdsbrotten i Sverige idag utgör tre gånger så stort värde i den kriminella ekonomin jämfört med narkotikahandeln. Vi kommer inte att klara av att lagföra oss ur problematiken, alla aktörer behöver samla kraften genom att förebygga brott.

Samhällsutvecklingen ger även avtryck när det gäller Umeå. Staden har av strukturella orsaker inte drabbats lika hårt av utvecklingen som andra större kommuner. Men fenomen som migration, avreglering, teknikutveckling och individualisering av livsmönstren, kommer att leda till att även vi påverkas i högre grad. Stöd- och omsorg kommer på sikt att påverkas starkt av samhällsförändringarna.

Säkerhetsenheten belyser 4 viktiga områden att förhålla sig till i arbetet med att motverka Välfärdsbedrägerier.

Den kulturella aspekten

Säkerhetsenhetens bild är att många som är verksamma inom socialt arbete, har svårt att växla över till att bedriva kontroll. Man har ofta en yrkesmässig identitet som handlar om att hjälpa människor, baserat på tillit. Mot bakgrund av detta blir det inte naturligt att arbeta med kontroller eller att

ifrågasätta sådant som individer uppger. Det saknas ofta en förståelse för hur den kriminella miljön fungerar och frågor som exempelvis rör juridisk tillämpning med koppling till mot välfärds kriminalitet hamnar längre ned på agendan.

Maktförhållanden och påverkan

BRÅ:s möjliggörarrapport beskriver påverkan från släkt nätverk, som står nära den kriminella miljön. Medialt välkända förhållanden i bl.a. Södertälje och Göteborg visar på samma sak. Även i Umeå BRÅ:s lägesbild 2024 diskuteras dessa problem.

Nyrekrytering/Anställda

Vidare finns brister kring kontroll av identitetshandlingar och arbetstillstånd, gällande personer som anställs och befintligt anställda. Detta innebär att vi inte helt säkert vet vem som är anställd inom kommunen och att det faktiskt är den som vi anställt som genomför det avlönade arbetet. Begår vi fel med arbetstillstånd, så innebär det inte bara lagbrott, utan medför också att Umeå kommun själva blir en del av den ökande gråzonsekonomin.

Myndighetsutövning

Inom denna del av Stöd- och omsorg finns stora risker i och med de summor som betalas ut, de handlingar och intyg som upprättas, bedöms och som ligger till grund för övriga insatser inom välfärdsstaten. Blandningen av egna myndighetsbeslut och egen utförarverksamhet till köp av tjänster från privata företag gör kontrollbehovet i Stöd och omsorgsförvaltningen varierande från relativt enkelt till ytterst komplext.

När det gäller försörjningsstöd har saknats utpekade specialister (FUT-utredare) med mandat att systematiskt utreda ärenden med misstänkta eller konstaterade bidragsbrott.

Upplevda sekretesshinder och otydliga anpassade sekretessrutiner skapar rädsla/osäkerhet för verksamheter internt och externt kan tala med varandra. Verksamheten har historiskt litat på att uppgifter är korrekta och de enskilda handläggarna har själva fått hantera oegentligheter som upptäcks, utan att få tillräckliga resurser i arbetstid och ibland kompetens för detta. Uppdelningen mellan Stöd och omsorg och Äldreomsorgsförvaltningen beaktat sekretessen, är en svaghet.

Det finns behov av att tydliggöra samverkan mellan förvaltningar för att motverka välfärdsbrott. Även mellan enheterna inom Stöd och omsorg. De kriminella begränsas inte av sådana hänsyn, utan är ofta aktiva med att söka medel från olika delar av kommunen. Erfarenheter pekar på att oegentligheterna ofta hänger samman.

Umeå kommuns säkerhetsenhets bedömning och rekommendation utifrån sårbarheter i stöd och omsorgsförvaltningen.

Rekommendationer från säkerhetsenheten

Säkerhetsenheten bedömer att stöd och omsorg behöver en egen kontrollenhet med personal anställd från egen förvaltning som tillåts specialisera sig på kontrollarbetet. Förvaltningen anses ha förutsättningar att skapa någonting bra genom att titta på andra hur andra framstående kommuner i Sverige har gjort och utformat sin kontrollverksamhet. Det finns de som kommit längre. Ex. Försörjningsstöd Malmö stad, Kontrollenheten i Uppsala kommun. Omvärldsbevakning på specifika områden utifrån expertis på området från er egen förvaltning ses även som en framgångsfaktor. En kontrollenhet möjliggör även enhetsöverskridande brottslighet och bedöms nödvändigt i komplicerade bedrägerier/brottsupplägg.

Om sekretessen ej kan lösas vid en föreslagen kontrollenhet förespråkas samlokalisering och översyn av andra vägar att utveckla kontrollarbetet internt.

Att anställa minst två utredare inom försörjningsstöd med befattningen FUT utredare. Dessa ska ha ett särskilt uppdrag att utreda och utveckla det systematiska kontrollarbetet inom försörjningsstöd. Få in välfärdsbrott och organiserad brottslighet i ordinarie styrning på området. Mätbarhet av antal polisanmälningar, underrättelser om felaktiga folkbokföringar, besparingsbelopp till följd av bidragsbrott/bedrägerier bör införas i ordinarie internkontroll. Mätbarhet viktig för att följa utvecklingen framåt, välfärdsbrott är upptäcksbrott. Mörkertalet är i nuläget stort och samlad bild saknas. Det finns metoder man kan använda sig för att minimera risker och förebygga välfärdsbrott, såsom SKR:s riskbedömningar/checklistor. Det finns även möjlighet att ta in externt konsultstöd och göra riskbedömning med enheterna i syfte att förebygga välfärdsbrott, något som Eskilstuna kommun bland annat har gjort.

Utbildningsinsats beträffande den juridik som berör arbetet mot välfärdsbrott. Arbetet bör vara förankrat utifrån behov som verksamheten själva lyfter.

Rutiner beträffande välfärdsbrott och sekretessbrytande bestämmelser, vilka skäl finns för att dela information mellan enheterna och vilken lagstiftning som är aktuell. Ta fram indikatorer på välfärdsbrott, svar om hur/om/när man ska kontakta säkerhetsenheten. Hur andra kommuner har upprättat arbetet kan vara värt att inventera. En generell översyn av rutiner för verifiering av kontrollåtgärder inom ramen för förvaltningens uppdrag. Allt ifrån kontroll identitetshandlingar, intyg, hembesök, risker kring enbart digital hantering av ärenden, beslut på muntliga uppgifter, medicinhantering, avvikelserapportering, kontroll av upphandlade företag inom kända områden såsom HVB-hem.

Verksamheter som Säkerhetsenheten bedömer i dagsläget har förhöjd risk för välfärdsbrott och därigenom ökad exponering för finansiering av organiserad brottslighet, otillåten- och otillbörlig påverkan och korruption bedöms vara följande: Insatser enligt SoL, under 65 (hemtjänst, boendestöd, anhörigvård, avlösarservice, ledsagning, kontaktperson), Försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd), LSS Personlig assistens (sjuklöner, avlösarservice, ledsagarservice, kontaktperson, stödfamilj) Placerings gruppen (HVB hem, familjehem konsultstödda) Vuxengruppen (HVB hem externa, stödboende externa) Familjerätten, faderskapsbedömningar.

Summering säkerhetsbedömning.

Redan i dagsläget har vi fler problem, än vad som är uppenbart vid en första anblick. Man bedömer att det saknas en helhetsbild och plan för hur Stöd och omsorg arbetar förebyggande, utredande och samverkar mot välfärdsbrott i sin egen förvaltning, mot andras förvaltningar men även mot myndigheter utanför kommunen.

Samhällets och stadens utveckling kommer att innebära en ökning av dessa problem. Man bedömer att det finns individer med hög kompetens inom kommunen, men att organisationsstrukturen och upplevd sekretess bromsar och i vissa fall hindrar arbetet framåt.

Umeå kommun har relativt begränsade sociala problem och brottslighet, omfattningen av välfärdsbrott är svår att bedöma i nuläget. Med en kunskap om vad som finns framför oss, så har vi en gyllene möjlighet att påverka utvecklingen framåt.

De delar av Stöd- och omsorg som vi bedömer kommer att påverkas mest framöver finns inom Funktionshinderomsorgen och Myndighetsutövningen.

Det pågår inom stöd och omsorg idag.

Det pågår insatser och utbildningar för att öka kunskaper generellt hos medarbetare. Det har även gjorts förtydligande kring ansvar, roller, uppdrag och rutiner i verksamheterna.

Det utförs idag en del kontroller i förvaltningens verksamheter. Vilka kontroller som utförs varierar beroende på vad man arbetar med. Handläggare utför kontroller såsom exempelvis ID-kontroller, kontroll av folkbokföringsadress och intyg. Många av kontrollerna är i förebyggande syfte under utredning, men kontroller görs även i samband med individuppföljningar.

När oegentligheter upptäcks görs vid behov anmälningar till IVO, polis och/eller Skatteverket. I vissa fall blir det även aktuellt att besluta om återkrav.

När det gäller externa utförare finns idag en samverkan med Upphandlingsbyrån kring upphandling, inkluderat kontroller i samband med denna, samt uppföljning av ramavtal. Inom en del områden görs granskning av fakturor. Då det gäller vårdfakturor lyfts ett problem med att det uppstår fördröjning i granskningen, vilket innebär att fakturor hinner förfalla och det därmed uppstår stora kostnader. Ett annat problemområde som lyfts är hemtjänstfakturor och problemet att veta vilken tid som faktiskt utförts. Inom vissa verksamheter görs fördjupade uppföljningar som innefattar exempelvis bolagsfakta, tidrapporteringsgranskning, personalfokus, släktskap samt om personer är anställda på fler arbetsplatser eller har andra uppdrag. När oegentligheter upptäcks hos externa utförare görs anmälningar till IVO, Polisen och Skattemyndigheten.

Verksamheter i förvaltningen deltar i olika samverkans forum såsom Cura-projektet, MUR-samverkan, SKR:s nätverk. Extern samverkan sker med IVO, Polis, Skatteverket, försäkringskassa som exempel. Internt inom Umeå kommun sker samverkan mellan enheter inom Stöd och omsorg samt med äldreomsorgen, upphandlingsbyrån, säkerhetsenheten, HR och löneadministrationen.

Uppföljning redovisade förbättringsområden vid genomlysning

Förbättringsområden	Status	Notis
Översyn rutiner inkl. följsamhet.	Genomfört	Behöver planeras för rutinrevisioner årligen.
Mätning av välfärdsbrott	Ej varit prioriterat	2026 tas fram metod
Samverkan identifieras	Genomfört genom workshop	Behöver uppdateras i ny funktion
Introduktionsmaterial och utbildning	Hot och våld samt otillåten påverkan SKR arbetar för att ta fram riktade utbildningar och metodstöd (Kompassen)	Utbildningar upphandlat tom våren 2026, ska förlängas Behöver läggas in i introduktion samt att alla medarbetare tar del av detta.
Hot och Våld samt otillåten påverkan. Ingå i introduktionen	Påbörjat	

Undersöka status på nuläge och omfattning.	Genomfört	
Rutiner för kontroll av folkbokföring	Pågår – finns i delar av verksamhet.	I denna rutin framgår nämndens skyldighet att underrätta Skatteverket. misstanke om felaktig folkbokföring
Rekryteringsprocesser	Stadsledningskontoret HR samt säkerhet har tagit fram: Kontroller inför anställning – Intranätet Umeå Kommun.	Bemanningscentrum tagit fram rutiner inom stöd och omsorg

Vad som behöver utvecklas

Det finns behov av att utveckla kontrollerna, det vill säga vad och när vi ska kontrollera. Kontrollerna kan behöva se olika ut och bör därför anpassas utifrån de risker för välfärdsbrott som upptäcks inom respektive enhet. Det lyfts också behov av att tydliggöra vad som ingår i ordinarie handläggning och vad som ligger utanför, exempelvis vid fördjupade uppföljningar – var går gränsen för när det inte längre kan anses vara ett handläggaransvar. Från flera håll framkom behov/önskemål om automatisering av kontroller för att effektivisera arbetet, samt att det även behövs en tydligare struktur för varningsflaggor. Även e-ansökan och därigenom andra sätt för informationshämtning föreslogs. Generellt lyfts behovet av ökad kunskap hos alla medarbetare om ämnet välfärdsbrottslighet och hur vi kan se varningssignaler tidigare.

Ett område som lyfts fram är placeringar, där mer tid att arbeta aktivt i dessa kan minska risker. Även uppföljning av avtal, både inom och utanför ramavtal, föreslogs kunna förbättras. Till exempel att vi får bättre kunskap om, vad som behöver efterfrågas vid uppföljning, samt utvecklade strukturer för avvikelser och incidentrapportering kopplat till avtalen. Andra exempel som framförts är regelbunden kontroll av skatter och sociala avgifter hos externa utförare samt fakturakontroller genom hela processen från inkommen faktura till attest. Ett problem som nämndes var exempelvis hemtjänstfakturer, där det är svårt att kontrollera om den fakturerade tiden stämmer överens med den faktiskt utförda tiden.

Då det gäller samverkan behöver den utvecklas generellt, såväl externt som internt. Exempel är vår samverkan med Polis eller andra för att minska risken att socialtjänstens lägenheter möjliggör kriminalitet, enklare vägar in till andra myndigheter samt tydliggörande av sekretess, så att alla är medvetna om, när vi kan och bör dela information med varandra.

Exempel på utvecklingsområden internt inom Umeå kommun är förbättrad intern samverkan mellan till exempel HVB-samordnare, familjehemsverksamhet, försörjningsstöd, äldreomsorgen samt skolan och samordning av kontroller mellan enheter och kontroll av företag som levererar tjänster till flera målgrupper. Det behövs en samsyn kring hur hantera, exempelvis kränkningar, polisanmälningar och återkrav.

SKR:s rekommendationer är vägledande framåt:

Vi behöver en stärkt kunskap och medvetenhet

Vi behöver ha kontrollmöjligheter i förfrågningsunderlag och avtal. Ett tydligt och lättillgängligt informationsmaterial så att medarbetare vet vad som gäller beträffande regler, rutiner och tillämpningsanvisningar. Genomföra återkommande utbildningar till både nyanställd och befintlig personal. Behov av löpande diskussioner om risker och om etiska dilemman och vi behöver genomföra tester av rutiner och system. Vi behöver ha en tydlig intern rollfördelning.

Viktigt att bedöma risker

Enligt SKR:s rekommendationer behöver vi ställa oss ett antal frågor för att förstå var våra risker finns. Ett exempel på det är följande: Finns det risk för att ersättningssystemen ger ”incitament” till att till exempel ta betalt för fler prestationer än vad som har utförts?

Finns det risk för att företag som vi har avtal med inte är ”seriösa” i relation till samhället? Finns det otydligheter i våra avtal som riskerar att leda till medvetna och omedvetna felaktigheter eller brister i faktureringen? Är rutiner tydliga, säkra och tillämpade?

Medger våra kontrollrutiner att ofullständiga fakturaunderlag eller bluffakturor kan passera? Är våra olika system synkroniserade?

Tydlig hantering av fakturor och utbetalningar

Vid kontroll av själva fakturan: Är det samma företag som fakturerar som är avtalspart och fyller fakturan lagstiftningens krav på innehåll? Vid kontroll mot avtal: Överensstämmer priser, betalningsvillkor i fakturan med mera med avtalet? Vid kontroll av prestation:

Överensstämmer fakturerad tjänst med levererad tjänst och överensstämmer fakturan med avtal/beställning eller annat underlag? Vid kontroll av behörigheter: Har attester skett av behöriga i hela kedjan och föreligger jäv?

Möjligheter och risker med ny teknik

Nyttjar vi de möjligheter till automatiska kontroller som de elektroniska systemen ger? Genomförs motkontroller mellan olika system? Går data att spåra i systemen?

Finns tydliga rutiner för inskanning av fakturor? Finns manuella rutiner för avvikelshantering? Är exempel på frågor som måste ställas.

Hur agera när man hittar fel?

Vem eller vilka ska kontaktas och på vilket sätt när felaktigheter upptäcks? Hur ska avvikelser dokumenteras? Hur agera om det finns en misstanke om oegentlighet?

Vilka kontroller och informationer ska förmedlas vidare och till vem eller vilka? Vilka sanktionsmöjligheter ger avtalet och hur och när ska de utlösas?

Hur agera när den egna kontrollen brister

Vem eller vilka ska kontaktas och hur när den egna kontrollen brustit? Vad gör man om en överordnad eller annan person man står i beroendeförhållande till är inblandad? Hur ska upptäckta fel dokumenteras? Vad gäller om brottslig gärning misstänks?

En fördjupad utredning av behov och omfattning av en kontrollfunktion som motverkar välfärdsbedrägerier i stöd och omsorg

För att utreda behoven och omfattning av kontrollfunktion med arbetssätt som motverkar välfärdsbedrägerier i stöd och omsorg, så har nedan varit metod:

- En styr/arbetsgrupp
- Referensgrupper – säkerhetsenhet, upphandling och äldreomsorg.
- Omvärldsbevakning och fördjupning i nationella rekommendationer och i hur andra kommuner arbetar.

- Tidigare genomlysning och tidigare framtagna aktiviteter, har legat till grund.
- Säkerhetsenhetens analys, identifierade riskområden samt rekommendation har legat till grund.
- SKR:s frågeställningar och rekommendationer har varit vägledande.
- En workshop har genomförts med representation från enheter som påbörjat arbetet och medarbetare som har aktuella roller för det framtida arbetet. Ex HVB samordnare, administration, biståndshandläggare och socialsekreterare. Det som kom fram vid workshopen gav oss svar på vad som behöver utvecklas och vad som finns på plats sedan tidigare.

Omvärld

Många kommuner i Sverige har upprättat kontrollenheter. Det vanligaste är kommunövergripande enheter, men det finns exempel på olika former av enheter.

Det finns även exempel på lokalt samverkansnätverk, "Kunskapscentrum", tillsammans med Polisen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Skatteverket, Ekobrottsmyndigheten m.fl. Ett flertal kommuner har en handlingsplan mot välfärdsbrott som sträcker sig över ett antal år.

Trots etablerade enheter för att motverka välfärdsbedrägerier kvarstår flera strukturella och operationella utmaningar i kommuners beskrivningar. Det kan vara bristfällig riskanalys och styrning, begränsade resurser och brist på specialistkompetens. Svårigheter att identifiera och följa upp organiserad brottslighet och otillräcklig samverkan. Att det uppstår dokumentationsbrister är ett vanligt problem. Ett annat problem är när det blir övervikt på upptäckt än på förebyggande. Andra kommuners erfarenheter är en viktig del i uppbyggnaden av en enhet inom stöd och omsorg. Det är också angeläget att delta i nätverk, vilket vi i Umeå sedan tidigare har påbörjat. För att öka effektiviteten krävs en helhetssyn med tydligare processer, förstärkt samverkan och ett strategiskt förebyggande perspektiv.

Vilka arbetssätt behöver vi för att motverka välfärdsbrott enligt medarbetare.

Medarbetare har framfört vikten av att alla har ansvar för viss kontroll/utredning, men att det behöver finnas tydliga varningsflaggor och kunskap om enhetsspecifika riskområden. Vi behöver ha kunskap om hur och vad vi ska kontrollera samt systematik i kontrollerna. Detta kan vi få genom exempelvis utbildning på varje enhet och genom att öva mer på välfärdsbrott, där liknelse gjordes

vid hur vi övar på brandskydd. Konkreta exempel som nämndes var fysiska träffar, ID-kontroller, automatisk informationsinhämtning, uppföljningar samt kontroll av folkbokföringsadress vid ansökan och uppföljning, inklusive att anmäla till Skatteverket vid felaktig folkbokföring. Andra förslag var stöd av jurist samt stöd för fördjupade kontroller och internkontroll vid misstanke om oegentligheter.

Det behöver finnas tydliga rutiner som är inarbetade, exempelvis då det gäller uppföljning av avtal, bolag och ekonomi. Även behovet av slumpmässiga kontroller för att överraska individer och aktörer lyftes. Behovet av att få en helhetsbild framfördes, och att detta skulle kunna uppnås genom att sitta tillsammans eller tillhöra en grupp med representanter från olika enheter.

Vi behöver omvärldsbevaka och höja kunskapen hos **alla** medarbetare, och vi behöver få verktyg i grunduppdraget för att utföra kontroller, larma och ge avslag. Tid, resurser och förutsättningar lyftes som viktiga faktorer. Utöver att identifiera vilka kontroller som behövs, så beskrivs behovet av att ha en beredskap, tid och resurser för att kunna utföra kontrollerna, och att det kanske inte alltid är handläggare som behöver göra detta.

Särskilda områden som lyfts fram i diskussionerna

Sekretess

En frågeställning som återkommer är frågan om sekretess och behovet av att tydliggöra gränser och möjligheter för informationsutbyte.

Det framförs att om en särskild kontrollenhet skapas bör denna jobba enhetsnära med att öka kunskap, stödja, och möjliggöra för ökad kontroll. Det är viktigt att ett stort ansvar ligger kvar på enheterna.

Otillåten påverkan

Ett område som återkommande diskuterats är otillåten påverkan. Det finns behov av att öka kunskapen om otillåten påverkan och hur det kan se ut. Det finns också behov av att tydliggöra hur vi agerar och hanterar när sådana situationer uppstår, samt hur vi kan dokumentera detta. Även kopplingen mellan otillåten påverkan och hot och våld behöver lyftas fram i det fortsatta arbetet.

Systematik

Behov av en tydlig systematik som hjälper oss i kontrollen och tydliga rutiner för hur vi ska agera när vi upptäcker något misstänksamt påtalas. Systematiken behöver finnas i alla delar där det kan pågå

oegentligheter – på alla enheter och som omfattar alla handläggare och medarbetare. Det behöver även finnas en tydlig struktur för vilket stöd man kan få i olika situationer.

Vi behöver göra riskanalyser, såväl på enhetsnivå som övergripande, men då även ha beredskap att kunna göra de kontroller som behövs utifrån vad riskanalysen visar. Eftersom vår omvärld är föränderlig behöver vi följa med i utvecklingen på området. En sak som tydligt beskrivs är att det behöver göras olika kontroller beroende på vad man arbetar med, och att vissa kontroller därför kan behöva vara enhetsspecifika.

IT - System och tekniska lösningar

Behovet av system och andra tekniska lösningar som stöd i arbetet med att förebygga välfärdsbrottslighet är aktuell. Automatisering av informationsinhämtning och kontroller beskrivs som ett behov och det framförs önskemål om att kunna nyttja AI vid kontroll/analys av material. Önskemål om gemensam databas där ärenden kan flaggas, eller möjligheter att kunna korsköra olika system för att upptäcka oegentligheter förs fram. Även att man vid nästa upphandling av verksamhetssystem får ett system som har kontrollfunktioner och därigenom kan stödja arbetet.

En kommungemensam kontrollenhet för att motverka välfärdsbedrägerier.

En specialiserad enhet bygger kompetens inom området, arbetar med enhetliga metoder, minskar risken för felaktiga beslut, får bättre precision i utredningar och avlastar verksamheterna, minskar dubbelarbete, säkerställer att förebyggande och utredande arbete sker.

En central funktion kan: sätta standarder för kontroll, utveckla kommunövergripande riskanalyser, säkerställa likvärdig hantering mellan förvaltningar, utbilda personal i bedrägeriförebyggande arbete. Det stärker kommunens interna kontroll totalt sett.

Kommungemensamma enheter blir ofta **kostnadseffektiva**: mindre behov av parallella system i varje förvaltning, färre felaktiga utbetalningar, minskad risk att bedrägerier upptäcks för sent, bättre möjligheter till återkrav. Kommuner med samlade enheter rapporterar generellt högre återvunna belopp än de med decentraliserade arbetssätt.

Om en enskild verksamhet ansvarar själv blir arbetet ofta personberoende och sårbart, har strukturer som överlever personalomsättning, kan skalas upp vid behov, har tydligare ägarskap och ansvar.

I Umeå Kommun finns i dagsläget inga planer på en sådan enhet. Det finns avtalsuppföljning inom ramen för upphandling men ej någon organisering för uppföljning på verksamhetsnivå. Det är verksamheten själv som följer upp på individnivå och utreder misstankar om oegentligheter utifrån de förutsättningar som finns och inom ramen för de resurser som är möjliga att avvara. Den organisationsförändring som pågår på upphandling pekar mot att mera av uppföljning ska ske i varje förvaltning. Vilket innebär att förvaltningen kommer att behöva bygga upp en förmåga och kompetens.

En samordnad kontrollenhet som tillhör stöd och omsorg, för att motverka välfärdsbedrägerier.

En enhet inom socialtjänsten som arbetar mot välfärdsbedrägerier, där man använder ordinarie funktioner (ex. handläggare, administratörer, controllers) men samordnar arbetet genom en särskild samordnare.

Detta är en modell som många kommuner använder när man vill stärka kontrollen – utan att skapa en helt fristående stabsenhet.

Fördelarna med en samordnad enhet är att arbetet blir nära verksamheten. Det kan ge en bättre relevans och kvalitet. Genom att använda ordinarie funktioner behåller arbetet sin praktiska förankring i vardagen. Personalen har direkt kunskap om målgruppen och känner processer, ärenden och risker bäst. De kan innebära att man fångar avvikelser och mönster vilket då ger snabbare upptäckt av felaktigheter och färre missförstånd, jämfört med en fristående central funktion. En enhet med ordinarie funktioner ger en kompetens och medvetenhet i hela organisationen. Genom att ha en samordnande funktion som håller ihop det gemensamma arbetet, så skapas förutsättningar för att hålla ihop arbetet.

En samordnare kan upprätta och skapa följsamhet till rutiner genom uppföljning. Riskindikatorer, kontrollmoment, dokumentationskrav, utbildning och stöd. Det leder till att *alla* enheter arbetar på samma sätt, vilket stärker **rättssäkerhet, kvalitet och likvärdighet** i besluten.

Andra fördelar med en enhet inom förvaltningen är att man:

- nyttjar kompetens som redan finns.
- kan börja smått och växa efter behov.
- bygger kunskap i hela organisationen.
- undviker långa omorganisationsprocesser och kan starta snabbare.

- Enkelt kan ställa om till en kommungemensam enhet, om det skulle bli aktuellt längre fram. Då kan den upprättade kompetensen användas med fördel.
- Det ger snabbare implementering och mindre organisatoriskt motstånd.

Det kommer att innebära en höjd kontrollnivå, utan att belasta verksamheten för mycket.

Samordnarens roll viktig.

En samordnare ska:

- samla signaler från olika delar av socialtjänsten
- koordinera utredningar vid misstanke
- vara kontaktpunkt mot säkerhet, polis, Skatteverket, Försäkringskassan mfl.
- driva utveckling och rutinförbättring
- säkerställa att arbetet inte faller mellan stolarna och upprätta rutiner.

Utan samordning riskerar ansvaret att bli otydligt mellan enheterna. När en samordnare håller ihop arbetet behöver inte varje enhet uppfinna egna rutiner, själv bygga kompetens eller ta ansvar för komplexa utredningar.

Bättre informationshantering och sekretessrutiner

- struktur i informationsdelning
- god sekretesshantering
- tydliga rutiner för när och hur uppgifter får delas

En samordnare kan skapa och upprätthålla dessa strukturer, vilket minskar risken för:

- felaktiga beslut
- bristande dokumentation
- brott mot sekretessbestämmelser

Möjliggör tidig upptäckt – före felaktiga utbetalningar

När ordinarie funktioner aktivt deltar i arbetet upptäcks misstänkta mönster vid nybesök, i samtal, i dokumentationsgranskning, vid hembesök och genom avvikande uppgifter i ansökningar.

Samordningen ska göra att signaler fångas upp och hanteras i tid.

Stärker kultur och medvetenhet i hela socialtjänsten

När arbetet integreras i ordinarie verksamhet, i stället för att “ägas av någon annan”, stärks professionens trygghet i hur man ska agera, har modet att rapportera misstankar och förståelsen för risker och bedrägerimönster.

Det skapar en **kontrollmedveten kultur** i hela organisationen. Vilket var en av rekommendationerna från säkerhetsenheten.

Lätt att skala upp vid behov

Modellen gör det enkelt att, lägga till fler roller, förstärka analyskompetens, utveckla digitala stöd och bygga mer avancerade kontrollrutiner. Allt utan att behöva bygga en helt ny enhet från grunden.

När en samordnare håller ihop arbetet behöver inte varje enhet uppfinna egna rutiner, själva bygga upp kompetens kring bedrägerier eller ta ansvar för komplexa utredningar.

Det avlastar chefer och handläggare samtidigt som kontrollen stärks.

Samordnarens samarbete med chefer är helt avgörande för att arbetet mot välfärdsbedrägerier ska fungera i praktiken. Nedan är en strukturerad beskrivning av hur samarbetet sker i vardagen, organiseringen och ansvarsfördelningen.

Chefer är ansvariga – samordnaren stöttar

Hur samordnaren samarbetar med chefer inom socialtjänsten

Chefen har **det formella ansvaret** för ärenden, beslut och verksamhetens riskhantering.

Samordnaren är **stödjande, rådgivande och samordnande**.

Det innebär att samordnaren hjälper chefen med, bedömningar av signaler och risker, struktur för hur ett misstänkt ärende ska hanteras, juridiska och metodmässiga frågor, kvalitetssäkring av dokumentation och rutiner.

Chefen fattar besluten – samordnaren gör dem tryggare och mer välgrundade.

Regelbundna dialoger och avstämningar

Samordnaren har kontinuerliga avstämningar med enhetschefer genom, månatliga möten om avvikelser och riskindikatorer, genomgång av trender och statistik, gemensam analys av återkommande mönster eller nya risker och uppföljning av rutiner och kontrollmoment.

Detta gör att cheferna hålls informerade och kan fatta strategiska beslut.

Samordnaren ger stöd vid konkreta ärenden

När en handläggare eller chef upptäcker potentiella felaktigheter deltar samordnaren genom att, göra en första bedömning tillsammans med chefen, hjälpa till att strukturera informationsinhämtning, föreslå kontrollfrågor eller kompletteringar, vägleda kring sekretess och juridik och samordna kontakten med andra myndigheter vid behov.

Det avlastar chef och medarbetare i svåra och komplexa ärenden.

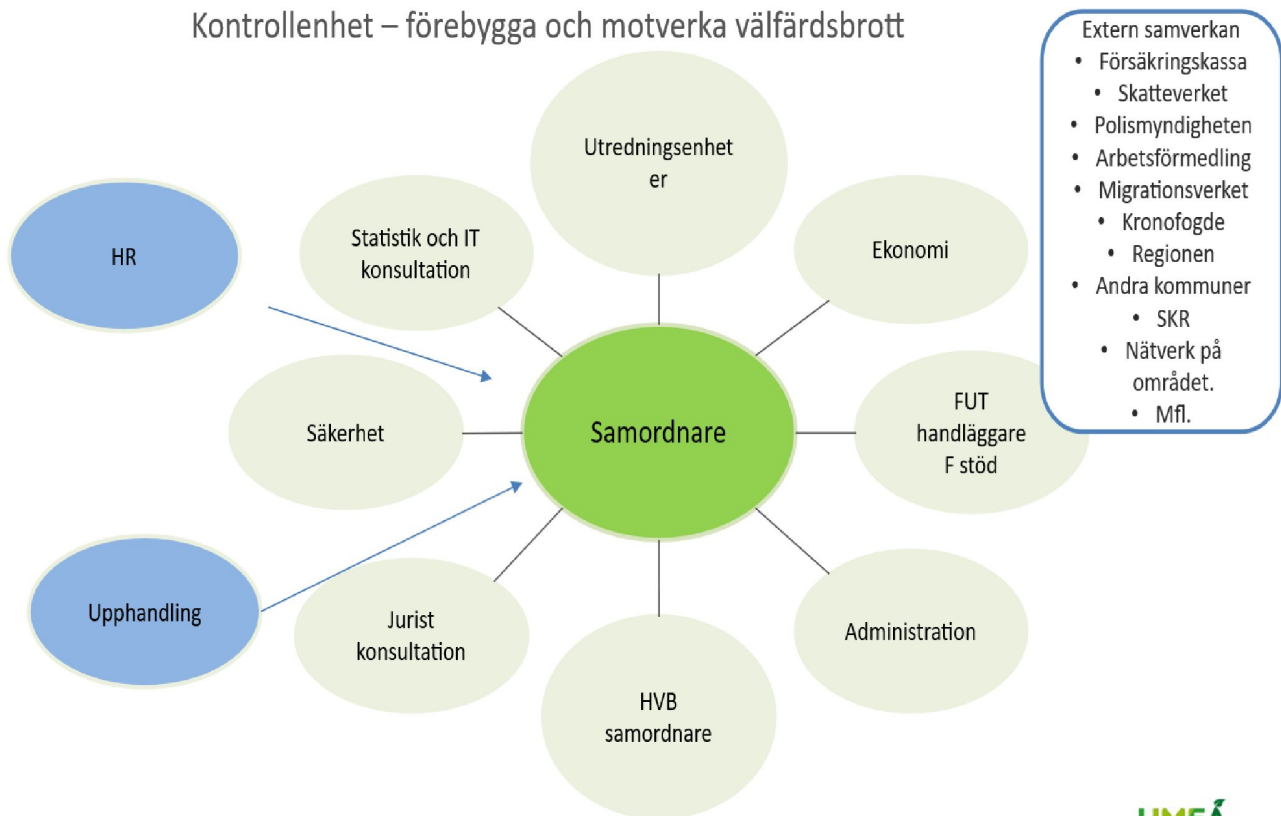
Medarbetare med välfärdsbrott som ansvarsområde.

Medarbetaren har i sin roll som socialsekreterare ett särskilt uppdrag att utgöra en del av den samordnade enheten för välfärdsbrott. Detta innebär att hen, utöver ordinarie arbetsuppgifter, aktivt ska bidra till att stärka rättssäkerheten och förebygga felaktiga utbetalningar genom att sprida kunskap, identifiera risker och fungera som en kompetensresurs i den egna verksamheten. Man kan beskriva det som ett dubbelriktat uppdrag.

HVB samordnarens roll

HVB-samordnare (Hem för vård eller boende) har en central funktion i arbetet med att säkerställa att placeringsbeslut, avtal och utförande följer lagstiftning, kvalitetskrav och ekonomiska ramar. Det kan finnas fördelar med att vara en del av enheten, utifrån en konsultativ och samverkans roll.

Kontrollenhet – förebygga och motverka välfärdsbrott



En möjlig modell för en intern och samordnad enhet, för att motverka välfärdsbrott.

Sammanfattning

Genomtänkta rutiner för kontroll, riskbedömningar, god kunskap och medvetenhet kan i stor utsträckning bidra till att oegentligheter förebyggs eller upptäcks tidigt. Personalens medvetenhet och kunskap är av största betydelse för att förebygga och upptäcka och förebygga. Det handlar om att vara professionellt förberedd på att avvikelser inträffar och att rutinmässigt kunna hantera dessa eventuella avvikelser. Det finns oegentligheter, men de kan förebyggas och grunden är att bedöma eventuella risker.

En riskbedömning innebär att identifiera tänkbara brister, hinder och hot och sedan bedöma sannolikheten för att de kan förekomma och vilka konsekvenser de skulle kunna orsaka. Resultatet av bedömningen används för att förbättra rutiner, information och arbetssätt. I det förebyggande arbetet ingår också att underlätta och förenkla, så att möjligheterna att göra fel minimeras. Alla felaktiga utbetalningar sker långt ifrån uppsåtligt från mottagaren och här finns stora förbättringsmöjligheter.

Inom stöd och omsorg finns delar på plats och en hel del kompetens på området. Det som saknas är samordning, gemensamt arbetssätt och helhetssyn på problemet. Det finns potential inom stöd och

omsorgs egen förvaltning att motverka välfärdsbedrägerier. Men det krävs stöd, förutsättningar såsom struktur och ett mera omfattande samarbete.

Den risk som kan finnas är att verksamheten belastas i för stor utsträckning. Att det blir resursbrist eller att arbetsmiljön påverkas negativt. En löpande utvärdering och möjlighet till justeringar under uppbyggnad är nödvändigt.

En verksamhetsnära samordnad kontrollenhet är förvaltningens rekommendation och förslag till beslut.

Det utifrån ovan beskrivna fördelar och möjligheten att växla upp vid behov.

FUT handläggare

Under den period som arbetet med fördjupningen genomförts, har anställts FUT (som står för felaktiga utbetalningar inom försörjningsstöd) handläggare som har uppdraget att upptäcka, utreda och förebygga. Det var ett uppdrag från individ och familjenämnden att utreda. Men då försörjningsstöd själva skapade förutsättningar fick de en möjlighet att testa arbetssätt och roll. I dagsläget finns två personer som arbetar deltid som FUT handläggare. Det har så här långt varit framgångsrikt och avlastat andra. Den rollen blir en naturlig del i en samordnad enhet inom stöd och omsorg.

Förvaltningen fick även i uppdrag att fortsätta arbetet med de identifierade förbättringsområden som beskrivits tidigare. Det har pågått och en återkoppling gavs vid nämnd under 2025. Det arbetet fortsätter med de aktiviteter som krävs för att ställa om i arbetet och utifrån den uppföljning som behöver upprättas och följas. Förslagsvis kan man upprätta en plan som sträcker sig över mer än ett år. Så att arbetet blir hållbart och uppföljningsbart. Att genomföra regelbundna utvärderingar blir angeläget under uppbyggnad.

[Stöm och omsorg]

Besöksadress: [Gatan X]

Postadress: [XXX XX Umeå]

[090-XX XX XX]

umea.kommun@umea.se

www.umea.se

Umeå kommun

Protokollsutdrag

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

§ 19

Diariennr: IFN-2024/00213

Tilläggsuppdrag 2023:1 - Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet

Beslut

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar att låta ärendet gå utan eget yttrande.

Ärendebeskrivning

2024-12-18 redovisades en rapport till individ- och familjenämnden. Rapporten utgick från individ- och familjenämndens tilläggsuppdrag 2023:1 om

att genomlysna nämndens verksamheter för att säkra dessa mot välfärdsbrott, bedrägerier och påverkan. Rapporten beskrev samhällsutveckling på

området, hur nämndens verksamheter arbetar samt gav förslag på åtgärder utifrån den riskanalys som är gjord.

Individ- och familjenämnden beslutade att:

-Att förvaltningen ges i uppdrag att arbeta vidare med redovisade förbättringsområden i rapporten över tilläggsuppdrag 2023:1.

-Att förvaltningen ges i uppdrag att genomföra en fördjupad utredning om

behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.

-Att förvaltningen uppdras se över hur nämndens uppföljning av folkbokföringen kan förbättras för att undvika läckage av skattemedel.

-Att utreda inrättande av FUT-utredare inom Individ- och familjenämndens

verksamhetsområde för att följa upp och kontrollera utbetalningar.

Förvaltningen har på uppdrag av nämnden arbetat fram ett förslag på en kontrollfunktion för att motverka välfärdsbedrägerier. Arbetet har genomförts i samråd med säkerhet och referensgrupper har varit

Umeå kommun**Protokollsutdrag**Individ- och familjenämndens arbetsutskott 2026-02-04

upphandling, säkerhet och äldreomsorg. Ett antal roller och medarbetare i organisationen har varit delaktiga i framtagandet av modellen.

Utredningen har genomförts genom omvärldsbevakning, analys av verksamhetens risker, workshop med medarbetare och utifrån möjliga lösningar för att uppnå syftet med uppdraget.

Övriga förbättringsområden såsom förbättring av uppföljning av folkbokföring är genomförda och redovisades juni 2025.

Utredning behov av FUT handläggare har utretts och testats som en pilot i verksamheten. Det kommer att föreslås en fortsättning med det arbetet. Då också som en del av gemensam kontrollfunktion.

Ett förslag på en kontrollfunktion har tagits fram som är anpassad utifrån dagens förutsättningar och möjligheter med en snabb uppstart.

Utredningens förslag innebär en samordning av befintliga resurser och kompetenser.

Den resurs som behöver tillskapas är någon form av samordnande funktion. Det anses viktigt att upprätthålla en bred kompetens i hela organisationen samtidigt som samordning behövs och spetskompetens behöver kopplas in, såsom ekonomi, säkerhet, upphandling och jurist.

Arbetsutskottets beslutsordning**Yrkande**

Andreas Lundgren (S) yrkar att ärendet går utan eget yttrande.

Arbetsutskottets beslutsgång

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar att låta ärendet gå utan eget yttrande.

Beslutsunderlag

Genomlysning av nämndens verksamhet för att säkra den mot välfärds kriminalitet. En fördjupad utredning av behov och omfattning av en specialiserad kontrollfunktion.

Beredningsansvariga

Viviann Dannelöv Nilsson, verksamhetschef

Simon Blomberg, ekonomichef

Umeå kommun

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Protokollsutdrag

2026-02-04

Beslutet ska skickas till

Ulrika Gustafsson, kvalitetschef



Tjänsteskrivelse

2026-01-21

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diariennr: IFN-2025/00246

Uppföljande granskning - Hantering av skyddade personuppgifter i Umeå kommun

Förslag till beslut

Individ och familjenämnden yttrar sig till kommunrevisionen enligt yttrande 2026-01-21.

Ärendebeskrivning

De förtroendevalda revisorerna i Umeå kommun har beslutat att genomföra en uppföljande granskning gällande 2023 års granskning Hantering av skyddade personuppgifter. Granskningen har genomförts av Ernst and Young och syftade till att bedöma om Kommunstyrelsen och berörda nämnder har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från revisionens tidigare granskning och rekommendationer. Granskningen har omfattat kommunstyrelsen, gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, för- och grundskolenämnden, individ- och familjenämnden, fritidsnämnden samt kulturnämnden. Resultatet av den uppföljande granskningen redovisades 2025-12-04 i en rapport.

Ernst and Young sammanfattande bedömning är att Individ och familjenämnden delvis har vidtagit ändamålsenliga åtgärder.

Rapporten innehåller tre rekommendationer till nämnden. Dessa berör begränsad åtkomst till skyddade personuppgifter, användande av säkra digitala kommunikationslösningar samt att åtgärder vidtagna med anledning av granskningar återrapporteras till nämnd.

Beslutsunderlag

Yttrande till kommunrevisionen 2026-01-21

Beredningsansvarig

Jenny Matarrelli, koordinator

Beslutet ska skickas till

Kommunrevisionen

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Jenny Matarrelli
Koordinator

Uppföljande granskning - Hantering av skyddade personuppgifter i Umeå kommun

De förtroendevalda revisorerna i Umeå kommun har beslutat att genomföra en uppföljande granskning gällande 2023 års granskning Hantering av skyddade personuppgifter. Granskningen har genomförts av Ernst and Young och syftade till att bedöma om Kommunstyrelsen och berörda nämnder har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från revisionens tidigare granskning och rekommendationer. Granskningen har omfattat kommunstyrelsen, gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, för- och grundskolenämnden, individ- och familjenämnden, fritidsnämnden samt kulturnämnden. Resultatet av den uppföljande granskningen redovisades 2025-12-04 i en rapport.

Nämnden lämnar därför följande yttrande.

Rapportens resultat

Ernst and Young sammanfattande bedömning är att Individ och familjenämnden delvis har vidtagit ändamålsenliga åtgärder.

Bedömningen uppdelat på de två revisionsfrågorna

- *Har åtgärder vidtagits utifrån revisionens tidigare granskning?*

Ernst & Young bedömer att nämnden i all väsentlighet har vidtagit åtgärder utifrån revisionens tidigare granskning

- *Har åtgärderna medfört att rekommendationerna har omhändertagits i tillräcklig utsträckning?*

Ernst & Young bedömer att nämnden delvis har vidtagit åtgärder som medfört att rekommendationerna har omhändertagits i tillräcklig utsträckning

Rekommendationer och nämndens synpunkter

Utifrån granskningsresultatet har nämnden fått tre rekommendationer:

Säkerställa att åtkomsten till skyddade personuppgifter är begränsade där skyddade personuppgifter förekommer

Begränsningen av åtkomst till skyddade personuppgifter skiljer sig beroende på behörigheter och mellan olika verksamheter. Inom utförarverksamheterna är det generellt mycket begränsad åtkomst medan inom myndighetsutövningen samt legitimerad personal inom HSL har man åtkomst i högre utsträckning. I systemet finns flera skydd för dessa individer som gör att åtkomsten begränsas även om man har behörighet bland annat genom att man måste söka på fullständigt per-

sonnummer för att hitta personer med skyddade personuppgifter. Det kommer upp en inloggningsruta där man behöver bekräfta sin identitet när man hanterar ärenden med skydd vilket är ytterligare en åtgärd i systemet som gör att man inte kan "råkas" gå in i ett ärende.

Den tillgång som finns till personer med skyddade personuppgifter idag anses nödvändig.

För att lägga upp nya personer som inte redan finns i verksamhetssystem används rikssök, i denna funktion är behörigheterna begränsade så att endast utvalda personer kan söka fram personer med skyddade personuppgifter.

Säkerställa att kommunens tjänst för säker digital kommunikation används där det bedöms föreligga ett behov

Gällande tjänsten för säkra digitala meddelanden (Sefos) så är det möjligt för alla verksamheter inom förvaltningen att använda systemet, därav kan införandet anses vara klart. Alla verksamheter har inte anslutit sig i dagsläget men om behov av användande skulle uppstå kan verksamheter beställa behörigheter. Information om systemet har gått ut till alla verksamhetsområden både via Stöd och omsorgs digitala ledningsinformation som vänder sig till alla enhetschefer samt att verksamhetsutvecklare varit ute och informerat i ledningsgrupper. Under året har alla e-tjänster som innehåller/kan innehålla känslig information flyttats över till Sefos för en säkrare hantering av personuppgifter.

Tjänsten säker digital kommunikation (SDK) kommer införas som en funktion i Sefos. Detta innebär att det kommer skapas funktionsbrevlådor i Sefos som kommer kunna kommunicera med andra myndigheters funktionsbrevlådor. Införandet av SDK är just nu i planeringsfas, de tekniska förutsättningarna finns men frågor kring den faktiska hanteringen av tjänsten behöver redan ut innan införandet kan börja. Införandet kommer börja där verksamhetsnyttan är som störst.

Säkerställa att de åtgärder som vidtas med anledning av revisorernas granskningar återspeglaras till nämnden

Information om genomförda granskningar finns med i den årliga kvalitetsberättelsen. Genom att lägga in en kortfattad information om granskningarnas resultat, planerade åtgärder och hur dessa fortlöper i den årliga kvalitetsberättelsen får nämnden på ett systematiskt sätt ta del av hur arbetet fortlöper.

Jenny Matarrelli
Koordinator

Umeå kommun

Protokollsutdrag

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

§ 20

Diariennr: IFN-2025/00246

Uppföljande granskning - Hantering av skyddade personuppgifter i Umeå kommun

Förslag till beslut

Individ och familjenämnden yttrar sig till kommunrevisionen enligt yttrande 2026-01-21.

Ärendebeskrivning

De förtroendevalda revisorerna i Umeå kommun har beslutat att genomföra en uppföljande granskning gällande 2023 års granskning Hantering av skyddade personuppgifter. Granskningen har genomförts av Ernst and Young och syftade till att bedöma om Kommunstyrelsen och berörda nämnder har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från revisionens tidigare granskning och rekommendationer. Granskningen har omfattat kommunstyrelsen, gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, för- och grundskolenämnden, individ- och familjenämnden, fritidsnämnden samt kulturnämnden. Resultatet av den uppföljande granskningen redovisades 2025-12-04 i en rapport.

Ernst and Young sammanfattande bedömning är att Individ och familjenämnden delvis har vidtagit ändamålsenliga åtgärder.

Rapporten innehåller tre rekommendationer till nämnden. Dessa berör begränsad åtkomst till skyddade personuppgifter, användande av säkra digitala kommunikationslösningar samt att åtgärder vidtagna med anledning av granskningar återrapporteras till nämnd.

Arbetsutskottets beslutsordning

Individ- och familjenämndens arbetsutskott beslutar i enlighet med tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Beslutsunderlag

Yttrande till kommunrevisionen 2026-01-21

Umeå kommun

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Protokollsutdrag

2026-02-04

Beredningsansvarig

Jenny Matarrelli, koordinator

Beslutet ska skickas till

Kommunrevisionen



Tjänsteskrivelse

2025-12-15

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2025/00356

Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner uppföljning 2025-12-15 och beslutar att förlänga samverkansöverenskommelsen med Hjälpföreningen från och med 2026-01-01 och två år framåt.

Ärendebeskrivning

Inledning

Hjälpföreningens verksamhet handlar framför allt om att bedriva och sprida Hjälpträningen, vilket är träning med och för personer med funktionsvariation. På Hjälpträningen är det personer med funktionsvariationer som är instruktörer och som står i fokus och det finns även många som arbetar ideellt. Genom Hjälpträningen skapas en mötesplats för denna målgrupp och förutsättningarna för ett ökat socialt kapital.

Nuvarande avtal mellan individ- och familjenämnden och föreningen gäller till och med 2026-01-01 och syftar till är att tydliggöra formerna för samarbete mellan individ och familjenämndens funktionshinderomsorg och Hjälpföreningen i Umeå. Inför avtalsförnyelsen ska överenskommelsen ha utvärderats av båda parter.

Beslutsunderlag

Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen 2026
– Uppföljning

Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen 2026
– Avtal

Beredningsansvariga

Malin Björkman, verksamhetschef funktionshinderomsorg
Lena Bolin, utredare

Beslutet ska skickas till

Hjälpföreningen

2 av 2

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2025/00356

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Lena Bolin
Utredare

2025-12-15

Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen 2026 - Uppföljning

Inledning

Hjälpföreningens verksamhet handlar framför allt om att bedriva och sprida Hjälpträningen, vilket är träning med och för personer med funktionsvariation. På Hjälpträningen är det personer med funktionsvariationer som är instruktörer och som står i fokus och det finns även många som arbetar ideellt. Genom Hjälpträningen skapas en mötesplats för denna målgrupp och förutsättningarna för ett ökat socialt kapital.

I ett led att arbeta mot att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv ingår att ta hand om sin hälsa och kunna delta i aktiviteter. Individ och familjenämnden och hjälpföreningens gemensamma mål med samverkan är att så långt det är möjligt erbjuda förutsättningar för den enskilde inom funktionshinderomsorgen att kunna delta i träning och umgänge via Hjälpföreningen.

Hjälpträningen äger rum två dagar i veckan och det finns ett stort intresse för träningen där många deltar och med på träningen är även personal, medföljare och volontärer. Föreningen arrangerar även årligen Hjeltehelgen med Hjelteppet och andra uppskattade arrangemang som Hjälpföreningen anordnar är Hjelteälgret och Hjeltevasan.

Hjälpföreningen har i dagsläget cirka 272 stycken medlemmar och verksamhetsstöd betalas årligen ut från fritidsförvaltningen, vilket Hjälpföreningen behöver ansöka om varje höst för kommande år. Hjälpföreningen har till även till stor del finansiering från näringslivet till sin verksamhet.

Nuvarande avtal mellan individ- och familjenämnden och föreningen gäller till och med 2026-01-01 och syftar till är att tydliggöra formerna för samarbete mellan individ och familjenämndens funktionshinderomsorg

och Hjälpföreningen i Umeå. Inför avtalsförnyelsen ska överenskommelsen ha utvärderats av båda parter.

Uppföljning mellan individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen inför avtalsförnyelse (2025-11-19)

Inför mötet skickade Funktionshinderomsorgen (FO) ett reviderat avtalsförslag till Hjälpföreningen (HF) för synpunkter. Förslaget innehöll omformuleringar och borttagna punkter för att bättre spegla nuvarande förhållanden och tydliggöra hur parterna definierar samverkan.

Friskvårdsteamet

Mötet inleddes med diskussion om Friskvårdsteamet. Parterna är överens om att verksamheten fyller en viktig funktion och fungerar väl som daglig verksamhet. Det är positivt att teamet aktivt söker upp personer i behov av friskvård.

Tidigare har Friskvårdsteamet benämnts som ett projekt, men detta har justerats i avtalet (§6). Verksamheten har snarare varit ett test och ska nu efter utvärdering permanentas som daglig verksamhet med egen budget, där friskvård och arbetsmiljö ingår som i andra verksamheter. FO lyfter behovet av utvärdering av friskvårdsteamet och vidareutveckling, exempelvis genom att involvera deltagare, arbetskonsulenter och brukare.

Avtalsändringar (§6 – Omfattning av åtaganden)

- Punkt 1 under "Socialtjänsten åtar sig att bidra med" och punkt 3 under "Hjälpföreningen åtar sig att bidra med" har tagits bort. HF menar att dessa tidigare uttryckte den gemensamma kontaktytan och deltagarnas medskapande, men förändringen påverkar inte mål eller innehåll.
- Sista punkten under "Hjälpföreningen åtar sig att bidra med" har tagits bort eftersom föreningen arbetar brett mot många grupper och åldersspann, vilket gör en specifik målgruppsdefinition mindre relevant.
- FO nämner att verksamheten även riktar sig mot socialpsykiatri för att stödja ett mer hållbart liv. Att verksamheten är bred framgår även i andra delar av avtalet.

Avtalsändringar (§7 – Struktur för samverkan)

- Stycket om att enhetschef ska kalla till arbetsmöten vid behov har tagits bort. Parterna anser att möten sker naturligt vid behov och inte behöver formaliseras i avtalet.
- Antalet styrgruppsträffar ändras från fyra till minst två per år. Fyra möten har visat sig vara för många då styrgruppsmöten inte alltid blivit av, och andra träffar sker ändå under året.
- FO kallar till styrgruppsmöten 2026; ett i mitten av april och ett i oktober/november. Fler möten sker vanligtvis på våren i samband med Hjeltehelgen (sista helgen i maj).

Övriga frågor

Uttervägen och ansvarsfördelning

Parterna diskuterade vikten av att skilja boendefrågor från föreningsfrågor. Synpunkter från anhängarna har ibland hamnat hos FO, vilket kan skapa otydlighet. FO betonar att strukturella frågor ska hanteras av verksamheten, medan HF tar emot och vidarebefordrar synpunkter som rör boenden. Detta ska kommuniceras tydligt och kopplas till Hjelteföreningens styrelse för att undvika missförstånd.

Policy för hjälteträning

Vid tidigare möte önskades riktlinjer för hjälteträningen. HF anser att generella riktlinjer kan skapa irritation där det fungerar bra idag. Istället hanteras situationer individuellt. HF kan uppmuntra träning men inte tvinga personal. Nuvarande uppställning fungerar väl och personalen ser träningen som positiv friskvård.

Avtalsförnyelsen

Hjelteföreningen ställer sig bakom det reviderade avtalsförslaget och parterna godkänner tillsammans ändringen kring antalet styrgruppsträffar per år, vilket skrivs in i det nya avtalet.



Samverkansöverenskommelse mellan individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen i Umeå

§ 1. Parter

Individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen i Umeå

§ 2. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att tydliggöra formerna för samarbete mellan individ- och familjenämndens funktionshinderomsorg och Hjälpföreningen i Umeå

§ 3. Målgrupp

Personer med funktionsvariationer som har insats via funktionshinderomsorgen i Umeå Kommun.

§ 4. Grundläggande principer

Självständighet - Både förening och socialtjänst är självständiga och fristående parter.

Ömsesidighet - Ett jämbördigt förhållande ska råda mellan parterna.

Parternas egenvärde - Parternas särart och olika värden ska tas tillvara i all samverkan.

Kompletterande roller - Parterna kompletterar varandra i strävan att uppnå en gemensam målsättning.

§ 5. Styrdokument och policys

Hjälpföreningens verksamhet består framför allt i att bedriva och sprida Hjälpträning, vilket är träning med och för personer med funktionsvariation. På Hjälpträningen är det personer med funktionsvariation som är instruktörer och som står i fokus.

Genom Hjälpträningen skapas en mötesplats för denna målgrupp och förutsättningarna för ett ökat socialt kapital. Hjälpföreningens stadgar bifogas till överenskommelsen.

För Umeå kommun är det verksamhetsplanen som är vägledande för detta samarbete där möjlighet till självständighet och sysselsättning står i fokus. Verksamhetsplan för 2026 bifogas till överenskommelsen.

§ 6. Omfattning av åtaganden

Socialtjänsten åtar sig att bidra med:

I ett led att arbeta mot att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv ingår att ta hand om sin hälsa och kunna delta i aktiviteter.

Genom samverkan med Hjälpföreningen vill individ- och familjenämnden så långt det är möjligt erbjuda förutsättning för den enskilde inom funktionshinderomsorgen att kunna delta i träning och umgänge via Hjälpföreningen

- Den dagliga verksamheten friskvårdsteamet är en aktiv part i funktionshinderomsorgens arbete för att arbeta fokuserat med hälsofrämjande insatser. Verksamheten arbetar för att inspirera till träning samt nå individer som har svårt att delta i annan träning som samhället erbjuder.
- Sprida information om hjälpföreningen, hjältehelgen och övriga aktuella aktiviteter.
- I samband med Hjälteutbildningen samverka med instruktörer och ledare för att gemensamt verka för allas delaktighet efter förmåga. Vid eventuella förhinder uppmanas till kommunikation med ledare för att gemensamt hitta alternativ.

Ideella föreningen Hjälpföreningen åtar sig att bidra med:

- Välkomna brukare och personal på aktiviteter i Hjälpföreningens regi för att inspirera kring träning och friskvård.
- Leda, utbilda och coacha instruktörerna att hålla i Hjälteutbildningspassen samt ge instruktörerna möjlighet att utvecklas med stöd och resurser av Umeå Kommun i den mån det är möjligt.
- Arbeta för att verka för närhetsprincipen, vilket betyder fler träningsmöjligheter för den enskilde i närmiljö.

§ 7. Struktur för samverkan

Representanter från funktionshinderomsorg och Hjälpföreningen träffas minst 2 ggr/år i styrgruppsform. Syftet med träffarna är att ge en ömsesidig information från respektive verksamhet samt beskrivning kring ytterligare samarbets- och utvecklingsbehov på verksamhetsnivå. Representant från funktionshinderomsorg är sammankallande.

§ 8. Uppföljning av verksamhet

Utöver den gemensamma utvärderingen (§10) följs föreningens verksamhet upp genom redovisning av årsmöteshandlingar i slutet av perioden för överenskommelsen.

Redovisningen skickas till Föreningsbyrån.

§ 9. Ekonomi

Verksamhetsstöd betalas ut från fritidsförvaltningen. Hjälpföreningen behöver ansöka om detta stöd varje höst för kommande år.

§ 10. Giltighetstid

Överenskommelsen är giltig två år från och med 2026-01 -01

Överenskommelsen kan inte förlängas automatiskt. En förlängning ska ha föregåtts av att överenskommelsen utvärderats och genomarbetats på nytt av båda parter innan en ny period kan bli aktuell.

Umeå den / 2026

Umeå den / 2026

.....

Andreas Lundgren

Ordförande i Individ- och familjenämnden

.....

Kerstin Sjöström

Ordförande Hjälpföreningen

Umeå kommun

Protokollsutdrag

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

2026-02-04

§ 21

Diariennr: IFN-2025/00356

Samverkansöverenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälteföreningen 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner uppföljning 2025-12-15 och beslutar att förlänga samverkansöverenskommelsen med Hjälteföreningen från och med 2026-01-01 och två år framåt.

Ärendebeskrivning

Hjälteföreningens verksamhet handlar framför allt om att bedriva och sprida Hjälteträningen, vilket är träning med och för personer med funktionsvariation. På Hjälteträningen är det personer med funktionsvariationer som är instruktörer och som står i fokus och det finns även många som arbetar ideellt. Genom Hjälteträningen skapas en mötesplats för denna målgrupp och förutsättningarna för ett ökat socialt kapital.

Nuvarande avtal mellan individ- och familjenämnden och föreningen gäller till och med 2026-01-01 och syftar till är att tydliggöra formerna för samarbete mellan individ och familjenämndens funktionshinderomsorg och Hjälteföreningen i Umeå. Inför avtalsförnyelsen ska överenskommelsen ha utvärderats av båda parter.

Arbetsutskottets beslutsordning

Yrkande

Andreas Lundgren (S), Igor Hell (M) och Andreas Sellstedt (V) yrkar bifall till tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Arbetsutskottets beslutsgång

Individ- och familjenämnden beslutar i enlighet med tjänsteskrivelsens förslag till beslut.

Umeå kommun

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Protokollsutdrag

2026-02-04

Beslutsunderlag

Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen
2026 – Uppföljning
Överenskommelse individ- och familjenämnden och Hjälpföreningen
2026 – Avtal

Beredningsansvariga

Malin Björkman, verksamhetschef funktionshinderomsorg
Lena Bolin, utredare

Beslutet ska skickas till

Hjälpföreningen



Tjänsteskrivelse

2026-02-10

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00012

Kurser och konferenser individ- och familjenämndens ledamöter 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ledamöter och ersättare i individ- och familjenämnden återkopplar från kurser och konferenser som de deltagit i.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00050

Övriga frågor 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner informationen.

Ärendebeskrivning

Övriga frågor som anmäls vid godkännande av dagordningen tas upp och besvaras.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare



Tjänsteskrivelse

2026-02-10

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00077

Pris till verksamheter som utmärkt sig särskilt under året 2025

Utdelning av diplom till x antal verksamheter som utmärkt sig särskilt under året 2025.

Verksamhet

Motivering



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariennr: IFN-2026/00014

Socialdirektören informerar 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Karolina Lundqvist, socialdirektör, informerar om aktuella frågor inom stöd- och omsorg.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare



Tjänsteskrivelse

2026-02-09

Individ- och familjenämnden

Diariernr: IFN-2026/00013

Anmälan av delegerade beslut/anmälningssärenden individ- och familjenämnden 2026

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut och anmälningssärenden.

Ärendebeskrivning

Redovisning av ärenden beslutade med stöd av nämndens fastställda delegationsordning samt redovisning av anmälningssärenden. Delegerade beslut för perioden 2026-01-01 t o m 2026-01-31 inom lagområdena SoL, LSS, LVU, LVM och övrig lagstiftning anmäls i enlighet med nämndens beslut 2024-01-24.

Anmälningssärenden

- | | |
|----------------|--|
| IFN-2025/00189 | Begäran om yttrande med anledning av ej verkställt beslut LSS 3.3.1-13416/2024, Dom från Förvaltningsrätten i mål 1771-25 |
| IFN 2026/00070 | Jämställdhetsutskottets årliga genomgång av jämställdhetsmål i nämndernas verksamhetsplaner 2026, Protokollsutdrag JUSK 2026-01-22 uppföljning av jämställdhetsskrivingar i nämndernas verksamhetsplaner |
| IFN-2026/00064 | Anmälan personuppgiftsincident ID 1108975 till integritetsmyndigheten |
| IFN-2026/00076 | Meddelande om tillsyn av Vintergatan 15-Inspektionen för vård och omsorg 3.2.2-03683/2026-7, Beslut från Inspektionen för vård och omsorg 3.2.2-03683/2026-1 / 2026-01-27 |

Beredningsansvarig

Rose-Marie Lång Bäckström, nämndsekreterare

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare



**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I UMEÅ**

DOM
2026-01-21
Meddelad i Umeå

Mål nr
1771-25

SÖKANDE

Inspektionen för vård och omsorg

MOTPART

Umeå kommun

SAKEN

Ansökan om särskild avgift enligt 28 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS



FÖRVALTNINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

Förvaltningsrätten ålägger Umeå kommun att betala en särskild avgift om 26 800 kr till staten.

Avgörandet är elektroniskt undertecknat

Besöksadress
Nygatan 45 (Tingshuset)
Telefon
090-17 74 00

Öppettider
måndag–fredag
08:00–12:00
13:00–16:00

Postadress
Box 193
901 05 Umeå

E-post
forvaltningsratteniumea@dom.se
Webbplats
www.forvaltningsratteniumea.domstol.se

BAKGRUND OCH YRKANDEN M.M.

Individ- och familjenämnden i Umeå kommun beviljade den 16 november 2023 en enskild insatsen kontaktperson enligt 9 § 4 LSS med fyra tillfällen per månad under tidsperioden 16 november 2023 – 30 november 2025. Insatsen verkställdes den 23 maj 2025.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) yrkar i ansökan att förvaltningsrätten beslutar att Umeå kommun ska betala en särskild avgift enligt 28 a § första stycket LSS om 26 800 kr. IVO anför bl.a. följande till stöd för ansökan.

Det framkommer av inkomna handlingar att den enskilde har funktionsnedsättningar och besväras av psykisk ohälsa, vilket medför sociala svårigheter. Den enskilde saknar ett socialt nätverk och har endast kontakt med en familjemedlem. Den enskilde har levt ett isolerat liv sedan många år tillbaka och bara lämnat hemmet vid nödvändiga ärenden. Syftet med insatsen var att den enskilde skulle få personligt stöd för att bryta sin sociala isolering och underlätta ett mer självständigt liv. Den enskildes mål var att få möjlighet till umgänge med en kontaktperson och att komma ut i samhället.

Oskäligt dröjsmål har uppstått eftersom det dröjde över 18 månader innan kommunen kunde verkställa beslutet. Det är rimligt att acceptera viss tid för verkställighet. Dröjsmålet är dock alltför långt och de uppgifter som kommunen angett inte är tillräckliga för att helt frångå ansvar. Det saknas journalanteckningar om hur kommunen har arbetat med ärendet, vilket medför att det är svårt att utläsa vilka ansträngningar kommunen vidtagit för att tillgodose den enskildes behov. Sammantaget bedöms oskäligt dröjsmål ha uppstått tre månader efter beslutsdatum. Det framgår inte några omständigheter kopplade till den enskilde som har försvårat verkställighet. Vidare har behovet av insatsen varit stort, då den enskilde har stora sociala svårigheter sedan

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I UMEÅ****DOM**

1771-25

många år tillbaka. Utan den beviljade insatsen riskerar den enskilde att fortsatt vara socialt isolerad i sitt hem.

Umeå kommun anser att ansökan ska avslås och anför bl.a. följande.

Nämnden har under hela väntetiden arbetat aktivt med rekrytering och också uppsökande för att få människor att engagera sig som kontaktperson men att det också är en svårighet för nämnden att ytterligare påverka då insatsen i grunden bygger på frivillighet från civilsamhället.

Med anledning av de stora utmaningar som råder vad gäller att rekrytera uppdragstagare som kontaktperson försöker nämnden också finna nya sätt att tillgodose behoven under väntetiden, exempelvis genom att erbjuda aktiviteter i grupp och lämna information om lämpliga träffpunkter där det finns möjlighet att träffa andra människor och vara del ett socialt sammanhang. Förhoppningen är att ytterligare utveckla alternativa sätt att tillgodose behoven under väntetiden och att också vid behov kunna erbjuda möjlighet att till en början få följa för att underlätta för den enskilde att ta sig ut.

Med anledning av beskrivna omständigheter och det arbete som gjorts för att kunna verkställa beslutet och tillgodose behovet vidhålls att dröjsmålet inte ska anses vara oskäligt i den mening att det beror på nämndens agerande och därmed inte är av sådan allvarlig art att särskild avgift ska utdömas.

SKÄLEN FÖR AVGÖRANDET**Utgångspunkter för prövningen**

Ett beslut om insats enligt LSS gäller omedelbart, vilket innebär att insatsen i princip ska tillhandahållas utan dröjsmål. Ett visst dröjsmål måste dock kunna accepteras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Särskild avgift ska bara åläggas om dröjsmålet har varit oskäligt.

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I UMEÅ****DOM**

1771-25

Frågan i målet är om det finns grund för att ålägga Umeå kommun att betala en särskild avgift om 26 800 kr. Detta förutsätter dels att kommunen inte inom skälig tid har tillhandahållit den beviljade insatsen, dels att det finns grund för att bestämma avgiften i enlighet med vad IVO anført i ansökan samt att det varken finns synnerliga skäl för eftergift eller är fråga om ringa fall.

Oskäligt dröjsmål

En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller en insats enligt 9 § LSS som någon är berättigad till enligt ett beslut av en kommunal nämnd, ska enligt 28 a § första stycket LSS åläggas att betala en särskild avgift.

I förarbetena till bestämmelsen (prop. 2007/08:43 s. 18 f.) anges att det inte kan anses rimligt att kommunen alltid ska kunna tillhandahålla en viss insats omedelbart. Det anges också att den tid som en nämnd skäligen bör få på sig alltid måste avgöras utifrån en individuell bedömning. Vid bedömningen av ett dröjsmål med att verkställa ett beslut om insats enligt LSS ska hänsyn tas till bl.a. kommunens planeringsskyldighet och hur den enskildes situation varit under väntetiden (jfr RÅ 2007 ref. 36 och 37 samt HFD 2011 not. 91).

I målet är ostridigt att den enskilde beviljats insatsen under tidsperioden 16 november 2023 – 30 november 2025 och att insatsen verkställdes den 23 maj 2025. Av kommunens journalanteckningar framgår bl.a. att en kontaktperson anvisades av bemanningen den 8 januari 2024, men då denna person inte gått att nå får bemanningen i uppdrag att leta efter en annan kontaktperson. Ytterligare anteckningar avseende den beviljade insatsen framkommer inte förrän i februari och mars 2025 avseende att handläggare vid flera tillfällen försökt kontakta den enskilde för att följa upp det icke verkställda beslutet samt fråga om eventuellt intresse för gruppaktivitet. I anteckning den 14 maj 2025 anges att en kontaktperson tillfrågats och tackat ja till uppdraget.

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I UMEÅ****DOM**

1771-25

Enligt förvaltningsrätten ger dokumentationen i ärendet inte stöd för att kommunen i detta individuella fall har arbetat på ett tillräckligt aktivt sätt med att verkställa beslutet. Förvaltningsrätten anser inte heller att kommunen framfört några godtagbara skäl till dröjsmålet med att verkställa beslutet. Mot denna bakgrund anser förvaltningsrätten att det saknas skäl att frångå IVO:s bedömning att det är fråga om oskäligt dröjsmål och att detta uppstått från och med den 17 februari 2024, dvs. efter tre månader. Det finns därmed grund för att ålägga kommunen att betala en särskild avgift.

Avgiftens storlek och eftergift

Enligt 28 b § LSS ska den särskilda avgiften fastställas till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor. När avgiftens storlek fastställs ska det särskilt beaktas hur lång tid dröjsmålet har pågått och hur allvarligt det i övrigt kan anses vara. Avgiften får efterges om det finns synnerliga skäl för det. I ringa fall ska inte någon avgift tas ut.

Det är kommunens ansvar att se till att det finns tillgång till kontaktpersoner. Det är vidare av stor betydelse att personer med funktionsnedsättning som beviljas insatser enligt LSS också får dessa verkställda så fort som möjligt.

Särskild avgift tas normalt ut med ett belopp motsvarande den besparing som kommunen gjort under det oskäligen dröjsmålet med tillägg för en repressiv del om 25 procent (se t.ex. Kammarrätten i Sundsvalls dom den 3 april 2020 i mål nr 3045-18).

Kommunen har uppgett att kostnaden för den beviljade insatsen uppgår till 1 431 kr per månad för 2024 och 1 472 kr per månad för 2025 samt att ersättningen utbetalas 11 gånger per år. Det oskäligen dröjsmålet med att verkställa insatsen uppgår till 319 dagar för 2024 och 142 dagar för 2025. IVO har beräknat den genomsnittliga månadskostnaden, inklusive tillägg för

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I UMEÅ****DOM**

1771-25

avgiftens repressiva del motsvarande 25 procent av kostnaden, till 18 409 kr för 2024 ($1\,431 / 31 \times 319 \text{ dagar} \times 1,25$) och till 8 428 kr för 2025 ($1\,472 / 31 \times 142 \text{ dagar} \times 1,25$). Den särskilda avgiften uppgår således enligt IVO:s beräkning till avrundat 26 800 kr.

Det har inte framkommit några skäl att frångå IVO:s beräkning och det har heller inte framkommit några synnerliga skäl för att efterge avgiften. IVO:s ansökan ska därmed bifallas och Umeå kommun ska åläggas att betala en särskild avgift om 26 800 kr till staten.

HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga 1 (FR-03)

Patrik Södergren
Rådman

Målet har föredragits av föredragande juristen Kristin Persson.



Hur man överklagar

FR-03

Vill du att beslutet ska ändras i någon del kan du överklaga. Här får du veta hur det går till.

Överklaga skriftligt inom 3 veckor

Tiden räknas oftast från den dag som du fick del av det skriftliga beslutet. I vissa fall räknas tiden i stället från beslutets datum. Det gäller om beslutet avkunnades vid en muntlig förhandling, eller om rätten vid förhandlingen gav besked om datum för beslutet.

För en part som företräder det allmänna (till exempel myndigheter) räknas tiden alltid från den dag domstolen meddelade beslutet.

Observera att överklagandet måste ha kommit in till domstolen när tiden går ut.

Vilken dag går tiden ut?

Sista dagen för överklagande är samma veckodag som tiden börjar räknas. Om du exempelvis fick del av beslutet måndagen den 2 mars går tiden ut måndagen den 23 mars.

Om sista dagen infaller på en lördag, söndag eller helgdag, midsommarafton, julafton eller nyårs-afton, räcker det att överklagandet kommer in nästa vardag.

Så här gör du

1. Skriv förvaltningsrättens namn och målnummer.
2. Förklara varför du tycker att beslutet ska ändras. Tala om vilken ändring du vill ha och varför du tycker att kammarrätten ska

ta upp ditt överklagande (läs mer om prövningstillstånd längre ner).

3. Tala om vilka bevis du vill hänvisa till. Förklara vad du vill visa med varje bevis. Skicka med skriftliga bevis som inte redan finns i målet.

4. Lämna namn och personnummer eller organisationsnummer.

Lämna aktuella och fullständiga uppgifter om var domstolen kan nå dig: postadresser, e-postadresser och telefonnummer.

Om du har ett ombud, lämna också ombudets kontaktuppgifter.

5. Skicka eller lämna in överklagandet till förvaltningsrätten. Du hittar adressen i beslutet.

Vad händer sedan?

Förvaltningsrätten kontrollerar att överklagandet kommit in i rätt tid. Har det kommit in för sent avvisar domstolen överklagandet. Det innebär att beslutet gäller.

Om överklagandet kommit in i tid, skickar förvaltningsrätten överklagandet och alla handlingar i målet vidare till kammarrätten.

Har du tidigare fått brev genom förenklad delgivning kan även kammarrätten skicka brev på detta sätt.

Prövningstillstånd i kammarrätten

När överklagandet kommer in till kammarrätten tar domstolen först ställning till om målet ska tas upp till prövning.

Kammarrätten ger prövningstillstånd i fyra olika fall.

- Domstolen bedömer att det finns anledning att tvivla på att förvaltningsrätten dömt rätt.
- Domstolen anser att det inte går att bedöma om förvaltningsrätten dömt rätt utan att ta upp målet.
- Domstolen behöver ta upp målet för att ge andra domstolar vägledning i rätts-tillämpningen.
- Domstolen bedömer att det finns synnerliga skäl att ta upp målet av någon annan anledning.

Om du *inte* får prövningstillstånd gäller det överklagade beslutet. Därför är det viktigt att i överklagandet ta med allt du vill föra fram.

Vill du veta mer?

Ta kontakt med förvaltningsrätten om du har frågor. Adress och telefonnummer hittar du på första sidan i beslutet.

Mer information finns på www.domstol.se.



Jämställdhetsmål i nämndernas verksamhetsplaner 2026

Detta dokument är en genomgång av samtliga nämnders verksamhetsplaner för 2026 med fokus på formuleringar kring jämställdhet och jämställdhetsmål i beskrivningen av grunduppdrag, nämndspecifika mål och strategier, nämndens aktiviteter i relation till program och inriktningsmål, jämställdhetsrelaterade tilläggsuppdrag, samt utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt. För de nämnder som är tilldelade inriktningsmålet för jämställdhet anges även hur nämnden planerar för det tillskott av medel för utvecklingsarbete som beslutades i planeringsdirektivet för 2026.

Genomgången är gjord av de verksamhetsplaner som respektive nämnd publicerar. Många nämnder har dessutom interna aktivitets- och handlingsplaner eller andra former av bilagor som inte är publicerade tillsammans med verksamhetsplanen. Dessa ingår inte i denna genomgång.

Jämställdhetsmålet (inriktningsmål 3) är ett av två styrande inriktningsmål för programmet för social hållbarhet. Samtidigt är jämställdhet också en övergripande strategisk fråga för kommunen och jämställdhet ska genomsyra samtliga program, då jämställdhetsstrategin slår fast att alla verksamheter inom kommunen ska bedriva ett aktivt jämställdhetsarbete och att det är varje nämnds ansvar att bryta ner det övergripande målet kring jämställdhet till egna mål egna nämnden och genomföra samt följa upp detta.

För varje nämnd redovisas de skrivningar som finns i nämndens verksamhetsplan som relaterar till jämställdhet. När det gäller programmet för social hållbarhet redovisas de specifika insatser inom jämställdhet från nämndernas verksamheter som nämns. De skrivningar om jämställdhet som är direkt citerade från programmet finns inte med i sammanställningen.

- All text som redovisas i punktform är direkta citat från nämndernas verksamhetsplaner.

Kommunstyrelsen

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av kommunstyrelsens grunduppdrag

Inriktningsmål och program

Inga specifika insatser från kommunstyrelsens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av programmen, inklusive programmet för social hållbarhet.

Personalpolitiska mål

Mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.

- Under 2026–2028 ska verksamheterna fortsätta det systematiska arbetsmiljöarbetet och utgå från behov och förutsättningar för respektive arbetsplats, med avstamp från friskfaktorerna. Eventuella olikheter mellan kvinnors och mäns arbetsförhållanden ska synliggöras och hanteras utifrån dess förutsättningar.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Under rubriken för det prioriterade området ”positionering” nämns jämställdhet:

- Umeå är norra Sveriges största stad och kommunen är en förebild för jämställdhet, hållbarhet och innovation. Staden är den akademiska och intellektuella motorn i Norrland vilket är positioner kommunen ska jobba för att behålla.

Övrigt

Jämställdhet nämns i beskrivningen av avdelningen Strategisk utvecklings uppdrag.

Brand- och räddningsnämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av brand- och räddningsnämndens grunduppdrag.

Inriktningsmål och program

- Vidare kan nämnas att brand- och räddningsnämnden aktivt arbetar med åtgärder som strävar mot jämlikhet, jämställdhet och mångfald där åtgärderna bland annat omfattar marknadsföring, rekrytering, personalutveckling och arbetsmiljö.

Personalpolitiska mål

Plan för att nå personalpolitiska mål

- Vidare har verksamheten tagit fram en personalutvecklingsplan för perioden 2024–2027 i syfte att skapa en hållbar organisation genom att främja en kultur som bygger på positivt ledarskap, starkt medarbetarskap, självledarskap, lika behandling, jämställdhet, mångfald och arbetet med en stark värdegrund.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Byggnadsnämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av byggnadsnämndens grunduppdrag.

Inriktningsmål och program

Inga specifika insatser från för- och grundskolenämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av programmen, inklusive programmet för social hållbarhet.

Personalpolitiska mål

Inga specifika insatser från byggnadsnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av de personalpolitiska målen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

- Kommunfullmäktige har fördelat 300 000 kr till nämnden för arbete med inriktningsmålen. Nämnden har fördelat dessa resurser för att samordna och utveckla arbetet inom det brottsförebyggande arbetet. Nämndens hela grunduppdrag kopplar till inriktningsmålen så en resursfördelningsmatris är utifrån detta och avgiftsfinansieringen överflödig.

Övrigt

Byggnadsnämnden förtydligar i inledningen:

- Kommunstyrelsen beslutade 2025-06-03 §108 om anvisningar för nämndernas planering. Nämndens insatser 2026 finns beskrivna i tillsyns-, aktivitets- och handlingsplaner för specifika sakfrågor. För en helhetsbild av hur nämnden arbetar med en viss en fråga behöver samtliga planer läsas.

Byggnadsnämnden har i sin verksamhet ett eget avsnitt (nr 15) om jämställdhet på två sidor där nämnden hänvisar till strategi för jämställdhetsarbete samt CEMR-deklarationen.

Nr.	Åtgärd	Klart senast	Ansvar

1.	Kompetensutveckling vartannat år Samtliga medarbetare genomgick hösten 2025 en kompetensutvecklingsinsats.	2027	Förvaltning
----	--	------	-------------

I styrkortet ingår resultatmått (nyckeltal) med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Fritidsnämnden

Grunduppdrag

- Fritidsnämnden ansvarar för att erbjuda Umeås invånare ett rikt, jämlikt, jämställt och hållbart fritidsutbud, där barn och ungas delaktighet och möjlighet till utveckling har en särställning.

Inriktningsmål och program

Inga specifika insatser från fritidsnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av programmen, inklusive programmet för social hållbarhet.

Personalpolitiska mål

Personalpolitiskt mål 5: Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället.

- Mångfald ses som en styrka. Fritidsnämnden bedriver därför ett aktivt och systematiskt arbete för lika rättigheter och möjligheter, i enlighet med kommunens övergripande mål. Kompetensförsörjningsplanen utgör ett centralt verktyg och används som grund vid all rekrytering.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Möjligheter:

- Ett rikt, jämlikt, jämställt föreningsliv med många ideellt engagerade medborgare.

Övrigt

I styrkortet ingår flera resultatmått med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

För- och grundskolenämnden

Grunduppdrag

- Nämnden ska säkerställa att den kommunala utbildningen utgår från grundläggande demokratiska värderingar och alla barn och elevers lika värde.

Nämndspecifika strategier och prioriteringar

Kvalitet

- Nämndens prioriteringar:
 - Utvecklat meritvärde för flickor årskurs 9.

Likvärdighet

- Nämndens prioriteringar:
 - Flickors upplevda hälsa ska stärkas.

Trygghet

- Alla barn och elever, oavsett social och ekonomisk bakgrund, kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet och funktionsnedsättning, ska ges Umeå kommun, För- och grundskolenämndens verksamhetsplan 2026 10 (26) förutsättningar för att nå målen med utbildningen.
- Nämndens prioriteringar:
 - Säkerställa systematiken i anmälan, utredning, åtgärda och följa upp kränkande behandling, trakasserier, sexuella trakasserier och diskriminering.
 - stärka kunskapen om de sju diskrimineringsgrunderna som en del i det främjande, förebyggande och åtgärdande arbetet i att motverka alla former av kränkningar och trakasserier.

Inriktningsmål och program

Program för social hållbarhet – Fokusområde Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv:

- För och grundskolenämnden ansvarar för att alla barn och elever i samtliga skolformer och i fritidshemmet ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål.
- Förskolan och skolan ska aktivt verka för jämställdhet mellan flickor och pojkar, kvinnor och män.

- Skolan ska gestalta och förmedla lika rättigheter, möjligheter och skyldigheter för flickor och pojkar, kvinnor och män. I enlighet med grundläggande värden ska skolan också främja interaktion mellan eleverna oberoende av könstillhörighet. Genom utbildningen ska eleverna utveckla en förståelse av hur olika föreställningar om vad som är kvinnligt och manligt kan påverka människors möjligheter. Skolan ska därigenom bidra till att eleverna utvecklar sin förmåga att kritiskt granska könsmonster och hur de kan begränsa människors livsval och livsvillkor.

Personalpolitiska mål

Personalpolitiskt mål 5: Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället.

- För- och grundskolenämndens verksamheter ska spegla samhällets struktur och präglas av jämställdhet och kulturell mångfald. Att bredda perspektivet på rekrytering och ta tillvara kompetenser är därför en viktig fråga för att attrahera och nå framtida medarbetare likväl som nya grupper av medarbetare på arbetsmarknaden.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

- För- och grundskolenämnden bidrar till inriktningsmålet 1.2 genom att vikta resurser motsvarande 3,9 mnkr, (KS-2024/00433), särskilt till:
 - Socialpedagoger i grundskolan som bidrar till det trygghetsfrämjande arbetet i skolan.
 - Skolsociala team som genom samverkan mellan skola och socialtjänst bidrar till trygghet, ökad närvaro och att elever med en ogynnsam utveckling får stöd i ett tidigt skede.
 - Mobila teamet ett förebyggande arbete som riktas till elever i årskurs 4–6 som riskerar att ha problematisk skolfrånvaro, låg måluppfyllelse och eventuellt normbrytande beteende.
 - Förskolan arbetar med en särskild satsning kring att förebygga våld mot barn samt utbildning inom hederskultur och hedersvåld

Övrigt

I styrkortet ingår flera resultatmått med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av gymnasie- och vuxenutbildningsnämndens grunduppdrag.

Nämndspecifika strategier och prioriteringar

Trygghet

- Alla elever, studerande och deltagare oavsett social och ekonomisk bakgrund, kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet och funktionsnedsättning, ska ges förutsättningar för att nå sina mål.
- Alla former av kränkande behandling, trakasserier, sexuella trakasserier och diskriminering ska motverkas för att säkerställa elever, studerande och deltagares trygghet.

Likvärdighet

- Elever, studerande och deltagare, inom nämndens verksamhetsområden, oavsett social och ekonomisk bakgrund, kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet och funktionsnedsättning, ska ges likvärdiga förutsättningar för utveckling, lärande och hälsa.

Inriktningsmål och program

Program för social hållbarhet

Fokusområde 2: Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv

2.1 Fortsätta arbetet med jämställd stadsplanering.

- Systematiskt integrera ett jämställdhetsperspektiv. *Nämndens ansvar:*
 - Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden har, tillsammans med tekniska nämnden, de senaste åren genomfört en rad byggnationer. I arbetet har ett jämställdhetsperspektiv beaktats, där särskild vikt lagts vid trygghetsperspektivet. Att prioritera tryggheten är en grundläggande förutsättning och ett resultat av det systematiska jämställdhetsarbetet.
 - *Uppföljning 2:1 Nämnden avser att följa upp:*
 - Upplevelsen av trygghet mäts årligen i elevenkäter, där resultaten jämförs med riket. Vartannat år genomförs dessutom en kommunövergripande mätning, UNGA-enkäten, för att se trender över tid. Alla mätningar görs även med konsupplade resultat.

- 2.2 Systematiskt utmana och ifrågasätta könade maktrelationer i arbetet med hållbar utveckling. *Nämndens ansvar:*
 - Det normkritiska tänkandet är starkt förankrat i skolans värdegrund och de centrala målen i Skollagen och läroplanen. Nämnden arbetar för att bryta könssegregeringen inom alla utbildningar.
 - Inom arbetsmarknads- och integrationsarbetet ligger fokus på att ge kvinnor förutsättningar till ekonomisk självständighet och att ifrågasätta traditionella maktstrukturer.
 - *Uppföljning 2:2 Nämnden avser att följa upp:*
 - Styrkortet redovisar antagningsstatistik av underrepresenterat kön till våra yrkesutbildningar. Elevenkäter.
 - Projekten inom Arbetsmarknads- och integrationsavdelningen följs löpande upp i enlighet med avdelningens rutiner för projektuppföljning och återrapportering.

Personalpolitiska mål

- Inga specifika insatser från gymnasie- och vuxenutbildningsnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av de personalpolitiska målen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

- För att möjliggöra satsningar/utveckling i enlighet med inriktningsmålen destinerande till nämnden har fullmäktige prioriterat 0,5 % av nämndens tilldelade ram, 3,26 mnkr för det arbetet. Nämndens arbete med inriktningsmålen finns beskrivet under avsnitt 9 Inriktningsmål och program från fullmäktige.

Övrigt

I styrkortet ingår flera resultatmått med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Individ- och familjenämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av individ- och familjenämndens grunduppdrag.

Nämndspecifika strategier och prioriteringar

- Omställning av socialtjänsten: Omställning krävs, både utifrån ny lagstiftning inom olika områden och ett samhälle i förändring. En tydlig riktning är förflyttningen till en mer förebyggande, tillgänglig, jämställd och kunskapsbaserad socialtjänst, som möter behoven tidigt och bidrar till att frigöra människors egna resurser.

Planering 2026:

- Utveckla arbetet med att främja jämställda och jämlika levnadsvillkor
 - Socialtjänsten ska främja jämställda och jämlika levnadsvillkor. Möjligheten att få hjälp och stöd från socialtjänsten får inte påverkas av förhållanden som kön, könsidentitet eller -uttryck, ålder, sexuell läggning, funktionsnedsättning, nationalitet eller kulturell bakgrund. Det behöver finnas medvetenhet och kunskap om detta och om den målgrupp som verksamheten möter, vilket alla verksamheter behöver säkerställa. Kunskapen kan visa om något särskilt område behöver stärkas.
 - Under 2025 påbörjades ett arbete med syfte att stärka kunskap och förhållningssätt inom HBTQI. Påbörjad genomlysning ska färdigställas och sedan visa riktning för fortsatt planering.
 - Arbetet med att identifiera och analysera omotiverade skillnader mellan kön, som pågår sedan tidigare, ska fortsätta. Ett särskilt fokus behöver läggas på just analys, för att eventuella åtgärder ska kunna vidtas. Detta ska göras gällande all statistik som kan redovisas uppdelat på kön. Utöver detta finns särskilt riktade aktiviteter i några av delprocesserna (se nämndens aktiviteter kopplade till kommunens jämställdhetsstrategi i Bilaga 5.)
- Uppmärksamma och ge stöd till våldsutsatta
 - Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för personer som utsätts för våld i nära relationer. Nämndens ansvar gäller alla målgrupper och inom alla verksamheter. En översyn har påbörjats i syfte att genomlysa och säkra arbetssätt, ta fram förslag på hur socialtjänstens arbete ska bedrivas, vilka insatser och metoder som ska användas samt ge förslag på eventuella förändringar som behövs för att uppfylla lagstiftningens krav på arbetet med våld i nära relation vad det gäller barn/unga och vuxna. Översynen planeras vara färdigställd under första halvan av 2026.

Planering för underliggande delprocesser:

- Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVM) till vuxna:

- Förvaltningen har fått i uppdrag att ta fram ett underlag för upphandling av skyddat boende av ideella kvinnojourer och andra ideella aktörer. Särskilt användande av reserverat kontrakt och hur man kan erbjuda plats för kvinnor utan medföljande barn som insats utan föregående individuell behovsprövning ska utredas som ett alternativ.
- Ge råd och stöd i, samt handlägga familjerättsliga ärenden
 - I linje med ny socialtjänstlag kommer familjerätten även fortsätta att utveckla verksamhetens arbete kring jämställdhet och jämlikhet.
- Erbjuda familjerådgivning:
 - I linje med ny socialtjänstlag kommer familjerådgivningen även att se över och utveckla verksamhetens arbete kring jämställdhet och jämlikhet.

Inriktningsmål och program

Fokusområde 1 Umeå ska växa hållbart utan några utsatta områden:

- Ytterligare en inriktning är att stärka arbetet med att främja jämlika levnadsvillkor. Under 2026 kommer förvaltningen se över möjligheten att inrätta strukturer för att involvera och inhämta egna erfarenheter från HBTQI-personer och ta utgångspunkt i dessa i formandet av aktiviteter. Under 2025 påbörjades en genomlysning utifrån behov av utbildning avseende HBTQI. Genomlysningen kan visa om det finns områden där personalen särskilt behöver stärkas utifrån ett HBTQI-perspektiv.

Fokusområde 2 Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv:

- I den nya socialtjänstlagen är det övergripande målet bland annat att främja jämlika och jämställda levnadsvillkor. En översyn av nämndens samtliga ansvarsområden gällande våld i nära relation ska genomföras under 2025/2026. Särskilt fokus kommer att läggas på arbetssätt för att säkra en kunskapsbaserad socialtjänst samt insatser till målgruppen.
- Nämndens egen planering utifrån fullmäktiges jämställdhetsstrategi fortlöper, där ett exempel på nästa steg är att göra en uppföljande studie av genomförandeplaner inom LSS-boenden.

Personalpolitiska mål

Personalpolitiskt mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.

- Öka kunskapen, fördjupa och vidareutveckla arbetet med jämställdhet och lika rättigheter och möjligheter.
 - Medarbetare tar del av kommunens utbildning "En arbetsplats för alla"
 - Identifiera metoder för att bättre analysera sjukstatistik utifrån kön och ålder

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

- I budget för år 2026 har nämnden fått ett tillskott för arbete med inriktningsmålen; 0,5 % av budget (motsvarande 8,87 mnkr).

Övrigt

Individ- och familjenämndens planering för jämställdhetsarbete 2025–2026:

Aktivitet	Omfattning
Ta stöd i SKR:s vägledning "Med öppna ögon. Guide till jämställd socialtjänst" för att klara omställningen till den nya socialtjänstlagens krav om en jämställd och jämlik socialtjänst	Övergripande
Genomföra analyser av verksamhetsstatistik utifrån ett jämställdhetsperspektiv	Övergripande
Göra en uppföljande studie av genomförandeplaner utifrån ett jämställdhetsperspektiv inom LSS-boende	Ge stöd och service enligt LSS
Analysera ej verkställda beslut inom LSS utifrån ett jämställdhetsperspektiv	Ge stöd och service enligt LSS
Säkra att de arbetslivsrehabiliterande insatser som finns tillgängliga leder till att kvinnor och män närmar sig arbetsmarknaden och ges lika förutsättningar för att uppnå självförsörjning	Ge stöd till självförsörjning och tillgodose behov av ekonomiskt bistånd
Uppföljning av jämställdhetsperspektivet från utredning till insats	Ge stöd, omsorg och skydd (enligt SoL och LVU) till barn, unga och familjer

I styrkortet ingår flera resultatmått med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Kulturnämnden

Grunduppdrag

- Kulturnämnden svarar för folkbibliotek, Skolbiblioteksservice, konstverksamhet, kulturskola, kvinnohistoriskt museum, kultur i skolan, kultur för seniorer, arrangemang i Väven och kommungemensamma arrangemang samt den kommungemensamma konstsamlingen.

Inom beskrivningen av kulturnämndens verksamheter nämns jämställdhet inom programavdelningens uppdrag.

Inriktningsmål och program

Fokusområde 2 Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv:

- [...] I arbetet med stadsutveckling och Gestaltad livsmiljö ska jämställdhetsperspektiv beaktas samt innovativa och utmanande processer och projekt prioriteras.
- Folkbibliotek ska tillhandahålla en representativ mediesamling och programverksamhet vars innehåll kan erbjuda identifieringsmöjligheter och samtidigt utmana normer, maktstrukturer och värderingar.
- Programavdelningen ska arbeta för jämställdhet, jämlikhet och möjlighet till likvärdigt deltagande i kulturlivet. Programavdelningen ska också arbeta aktivt för att nå nya målgrupper utifrån deras förutsättningar och behov.
- Programavdelningen ska vara en plattform för att utmana föreställningar om makt, kön och identitet och bidra till kunskap och lärande inom desamma. Programavdelningen ska erbjuda barn och unga i Umeå kvalitativa upplevelser av konst, kultur och utställningsverksamhet. Verksamheterna ska vara en katalysator för kreativitet och ny kunskap.

Personalpolitiska mål

Inga specifika insatser från kulturnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av de personalpolitiska målen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av miljö- och hälsoskyddsnämndens grunduppdrag.

Inriktningsmål och program

Inga specifika insatser inom jämställdhet från miljö- och hälsoskyddsnämndens verksamheter nämns i relation till något av programmen.

Personalpolitiska mål

Inga specifika insatser från miljö- och hälsoskyddsnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av de personalpolitiska målen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Övrigt

Miljö- och hälsoskyddsnämnden förtydligar i inledningen:

- Kommunstyrelsen beslutade 2025-06-03 §108 om anvisningar för nämndernas planering inför 2026. Nämndens insatser 2026 finns beskrivna i tillsyns-, kontroll-, aktivitets- och handlingsplaner för specifika sakfrågor. För en helhetsbild av hur nämnden arbetar med en viss en fråga behöver samtliga planer läsas.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden har i sin verksamhet ett eget avsnitt (nr 15) om jämställdhet på två sidor där nämnden hänvisar till strategi för jämställdhetsarbete samt CEMR-deklarationen.

Nr.	Åtgärd	Klart senast	Ansvar
1.	Kompetensutveckling vartannat år. Samtliga medarbetare genomgick hösten 2025 en kompetensutvecklingsinsats	2027	Förvaltning

I styrkorten ingår resultatmått (nyckeltal) med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Tekniska nämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av tekniska nämndens grunduppdrag.

Inriktningsmål och program

Inriktningsmål 3: Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina liv

- Så bidrar tekniska nämnden:
 - Tekniska nämnden har flera verksamhetsområden som bidrar till ökad jämställdhet och jämlika livsvillkor för både kvinnor och män. Särskilt betydelsefullt är arbetet med att skapa trygga offentliga miljöer samt att främja tillgången till kollektivtrafik och hållbara färdssätt – områden där kvinnor generellt är mer beroende av god tillgänglighet.
 - Under många år har nämnden arbetat för att jämställdhet ska vara synligt i det offentliga rummet. Varje år väljs ett speciellt projekt ut där detta synliggörs extra.
 - Nämnden utvecklar också beslutsunderlag som gör det enklare att analysera och synliggöra könsskillnader. Detta är ett viktigt steg för att säkerställa att våra insatser bidrar till ett mer jämställt Umeå – där alla, oavsett kön, har likvärdiga möjligheter att leva ett tryggt och aktivt liv.
- Nämndens prioriteringar för perioden:
 - Öka medborgardeltagandet
 - Utveckla tryggare mötesplatser
 - TN-uppdrag 2025:11 - Jämställd stadsplanering Genomföra ett projekt med särskilt jämställdhetsfokus

Personalpolitiska mål

Personalpolitiskt mål 7: Umeå kommuns sjukfrånvaro ska minska genom fokus på friskfaktorer och jämställda arbetsförhållanden.

- Systematiskt arbeta med Aktiva åtgärder för lika rättigheter och möjligheter.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

- Fullmäktiges beslut innehåller även riktade beslut, 7,7 mnkr för att jobba med inriktningsmål

Äldrenämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av äldrenämndens grunduppdrag.

Nämndspecifika strategier och prioriteringar

- Omställning till en ny socialtjänstlag
 - Socialtjänsten ska främja jämlika och jämställda levnadsvillkor. Möjligheten att få stöd och insatser av äldreomsorgen får inte påverkas av förhållanden som kön, könsidentitet, ålder, sexuell läggning, funktionsnedsättning, nationalitet eller kulturell bakgrund. Det behöver finnas medvetenhet och kunskap om detta i alla verksamheter. Inom ramen för arbetet har en kartläggning av utbildningar inom området jämställdhet genomförts under 2025. Arbetet fortsätter och fördjupas under året. Utredning och prevention har under en längre tid jobbat aktivt med jämställdhetsarbete. Läs mer under Inriktningsmål.

Inriktningsmål och program

- Äldrenämndens planerade aktiviteter utifrån inriktningsmålet under 2026
- I nya socialtjänstlagen utökas portalparagrafen om jämställdhet. Socialtjänsten ska, utöver att främja jämlika levnadsvillkor, även främja jämställda levnadsvillkor. En majoritet av landets kommuner uppger att de i dagsläget har utmaningar med att uppnå målen kopplade till jämställdhet i den nya socialtjänstlagen. Inom äldreomsorgen har det under 2025 genomförts en kartläggning av vilka utbildningar som idag erbjuds och är tillgängliga för medarbetare samt om det finns en systematisk uppföljning av effekter av utbildningar samt vilka luckor och utvecklingsbehov som kunnat identifieras. Kartläggningen tog avstamp i forskning och utveckling av jämställdhet och jämlikhet och landade i att dessa perspektiv hänger tätt samman med värdegrundsarbete.
- Under 2026 kommer arbetet fortsätta med att jobba in och vid behov utveckla och implementera chefsstöd och utbildningsmoment till verksamheter avseende värdegrund, jämlikhet och jämställdhet.
- Inom utredning äldre, som under flera år arbetat med jämställdhetsperspektiv i handläggning och beslut, har under 2025 en analys genomförts av väntetider till särskilt boende som visar att kvinnor har längre väntetid i snitt än män. Även dagverksamhet och avlösning har setts över. En åtgärdsplan tas fram för fortsatt arbete.

Personalpolitiska mål

Mål 5 - Umeå kommun ska klara kompetensförsörjningen genom att vara en attraktiv arbetsgivare och spegla mångfalden i samhället

- Kompetensen hos chefer och medarbetare när det gäller våld i nära relationer, hedersproblematik samt kunskapen kring äldre och psykisk hälsa ska öka. Detta för att rustas bättre inför komplexiteten i uppdraget.
- Den nyinrättade utbildningsenheten inom HR har i sitt uppdrag att samordna, styra och kvalitetssäkra utbildningsprocesser i nära samverkan med verksamheter och strategiska funktionen. Utbildningsenheten ska främja ett hållbart, inkluderande och jämställt lärande som stärker medarbetarnas kompetens och förmåga att möta både nuvarande och framtida behov inom äldreomsorgen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Detta avsnitt finns inte med i äldrenämndens verksamhetsplan

Budget för extra medel utifrån inriktningsmål

Det framgår inte i äldrenämndens verksamhetsplan hur de tilldelade medlen för utvecklingsarbete i relation till inriktningsmålen ska användas.

Övrigt

I styrkortet ingår flera resultatmått med jämställdhet och könsuppdelad statistik.

Överförmyndarnämnden

Grunduppdrag

Jämställdhet nämns inte specifikt i beskrivningen av överförmyndarnämndens grunduppdrag.

Inriktningsmål och program

Inga specifika insatser från överförmyndarnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av programmen, inklusive programmet för social hållbarhet.

Personalpolitiska mål

Inga specifika insatser från överförmyndarnämndens verksamheter inom jämställdhet nämns i relation något av de personalpolitiska målen.

Utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt

Inga specifika utmaningar eller möjligheter i relation till jämställdhet nämns.

Umeå kommun

Kommunfullmäktiges jämställdhetsutskott

Protokollsutdrag

2026-01-22

§ 5

Diariennr: KS-2026/00052

JUSK uppföljning av jämställdhetsskrivningar i nämndernas verksamhetsplaner 2026

Beslut

Jämställdhetsutskottet har tagit del av informationen

Ärendebeskrivning

Genomgång av nämndernas verksamhetsplaner för 2026 med fokus på formuleringar kring jämställdhet och jämställdhetsmål i beskrivningen av grunduppdrag, nämndspecifika mål och strategier, nämndens aktiviteter i relation till program och inriktningsmål, jämställdhetsrelaterade tilläggsuppdrag, samt utmaningar och möjligheter på 3–5 års sikt. För de nämnder som är tilldelade inriktningsmålet för jämställdhet anges även hur nämnden planerar för det tillskott av medel för utvecklingsarbete som beslutades i planeringsdirektivet för 2026. Genomgången är gjord av de verksamhetsplaner som respektive nämnd publicerar. Många nämnder har dessutom interna aktivitets- och handlingsplaner eller andra former av bilagor som inte är publicerade tillsammans med verksamhetsplanen. Dessa ingår inte i denna genomgång.

Jämställdhetsutskottets behandling av ärendet

Vid sammanställningen saknades personalnämndens verksamhetsplan. En sammanställning av personalnämndens verksamhetsplan kommer därför delges jämställdhetsutskottet på kommande sammanträde.

Beslutsunderlag

Uppföljning nämnder VP 2026

Beredningsansvariga

Annika Dalén, utvecklingsstrateg jämställdhet

Beslutet ska skickas till

Ledningskoordinator

Umeå kommun

Kommunfullmäktiges jämställdhetsutskott

Protokollsutdrag

2026-01-22

Justerares sign:

Utdraget bestyrks:

Anmäl personuppgiftsincident

Här anmäler du en personuppgiftsincident till IMY. Fält med asterisk (*) är obligatoriska. Det är möjligt att lämna in kompletterande uppgifter i efterhand, men det är viktigt att IMY får in informationen så fort som möjligt.

När du är klar klicka på skicka och invänta bekräftelse på att vi mottagit anmälan. Därefter kan du ladda ner en kopia av er anmälan.

Personuppgiftsansvarig

1. Organisationens namn * ?

2. Organisationsnummer ?

3. Organisationens postadress ?

Adress

Postnummer *

Ort *

Land

4. Er organisations interna referensnummer ?

Lägg till ny

Kontaktuppgifter för anmälan

5. Kontaktpersonens namn *

Kerstin Bergsten

6. Kontaktpersonens e-post *

gdpr.soc@umea.se

7. Kontaktpersonens telefonnummer *

090161000

Klicka på "Lägg till ny" om du vill lägga till ytterligare kontaktperson

8. Har ni ett dataskyddsombud?

Ja

8a. Dataskyddsombudets e-post

dataskyddsombud@umea.se

Personuppgiftsbiträden

9. Gäller incidenten en personuppgiftsbehandling som hanteras av anlitade personuppgiftsbiträden eller underbiträden?

Nej

Lägg till ny

9a. Organisationens namn och organisationsnummer

Organisationens namn

Organisationsnummer

Klicka på "Lägg till ny" om du vill lägga till ytterligare biträde

Sektor och verksamhetsområde

10. Inom vilken sektor inträffade incidenten?

11. Inom vilket verksamhetsområde inträffade incidenten?

Ange kommentar vid val "Övrigt"

Incidenten

12. När upptäckte ni incidenten?

Datum

Klockslag

12a. Beskriv varför ni dröjt mer än 72 timmar med att anmäla incidenten.

Process kring anmälan och utredning inkl. diarieföring behövde mer tid i aktuellt ärende.

13. Hur upptäckte ni incidenten?

En utomstående eller registrerad informerade oss

Ange kommentar vid val "Övrigt"

14. När inträffade incidenten? Om ni inte vet lämnas fältet tomt.

Datum

Klockslag

2026-01-14

16:29

Eventuell kommentar

15. Pågår incidenten fortfarande?

Nej

15a. När upphörde incidenten?

Datum

Klockslag

2026-01-15

08:20

Eventuell kommentar

16. Vad har hänt vid incidenten?

Obehörigt röjande genom felaktigt utskick av mejl/brev/sms

17. Kort beskrivning av incidenten

Avsändaren har sänt information som omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § offentlighet- och sekretesslagen via Outlook som inte är godkänt för den typen av personuppgifter samt sänt personuppgifterna till obehörig. Avsändaren har därtill sänt mejlet till obehörig, fel mottagare, en privatperson.

Innehållet i aktuellt mejl, där förnamnet anges i sin helhet, och mejl-adressen, där efternamnet anges i sin helhet, medför möjlighet att med hjälp av personuppgifterna identifiera klienten. Klienten har inte skyddade personuppgifter.

Den obehöriga mottagaren har via svarsmejl meddelat avsändaren att mejlet gått till fel person. Avsändaren har bett den obehöriga mottagaren att radera mejlet ur sin mejlkorg. För att minska risk att liknande incident inträffar igen uppmanas avsändaren att ordna med tillgång till SEFOS meddelande funktion.

Uppgifterna i mejlet omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § offentlighet- och sekretesslag och det handlar om känslig personuppgift (hälsa) samt skyddsvärd uppgift (privat ekonomi). Det är inte osannolikt att klienten riskerar att förlora sina fri- och rättigheter med anledning av inträffad personuppgiftsincident.

18. Varför inträffade incidenten enligt er uppfattning?

Mänskliga faktorn: Fel i det enskilda fallet

Ange kommentar vid val "Övrigt"

Konsekvenser och åtgärder

19. Vilka konsekvenser kan incidenten leda till?

Markera alla alternativ som gäller.

- ☒ Den registrerade förlorar kontrollen över de egna personuppgifterna
- ☐ Begränsning av rättigheter
- ☐ Diskriminering
- ☐ Identitetsstöld eller bedrägeri
- ☐ Ekonomisk förlust
- ☐ Obehörigt hävande av pseudonymisering
- ☒ Skadat anseende
- ☒ Förlust av konfidentialitet när det gäller personuppgifter som omfattas av tystnadsplikt
- ☐ Annan ekonomisk eller social nackdel
- ☐ Övrigt:

Ange kommentar vid val "Övrigt"

20. Hur allvarlig bedömer ni att incidenten är?

2. Begränsad

21. Hur har ni agerat efter incidenten? Beskriv de åtgärder ni har vidtagit eller föreslagit för att åtgärda personuppgiftsincidenten.

Lägg till ny

Datum

2026-01-15

Klockslag

09:00

Åtgärd

Den obehöriga mottagaren har via svarsmejl meddelat avsändaren att mejlet gått till fel person. Avsändaren har bitt den obehöriga mottagaren att radera mejlet ur sin mejlkorg. För att minska risk att liknande incident inträffar igen uppmanas avsändaren att ordna med tillgång till SEFOS meddelande funktion.

Klicka på "Lägg till ny" om du vill lägga till ytterligare åtgärd

Uppgifterna och de registrerade

22. Leder personuppgiftsincidenten sannolikt till en hög risk för fysiska personers fri- och rättigheter?

Vet ännu inte

23. Har ni informerat de registrerade?

Ja

23a. När informerade ni de registrerade?

Datum

2026-01-16

24. Hur många registrerade har påverkats?

Exakt antal registrerade

1

Om ni inte känner till det exakta antalet kan ni uppskatta antalet genom att fylla i något av de angivna intervallen.

[Välj ett alternativ]

25. Hur många personuppgiftsposter per registrerad berörs av incidenten?

1 - 10

26. Förekommer det skyddade personuppgifter bland de registrerade?

Nej

27. Vilka grupper tillhör de registrerade?

Markera alla alternativ som gäller.

- ☐ Anställda hos den personuppgiftsansvarige
- ☐ Användare av den personuppgiftsansvariges tjänster
- ☐ Kunder hos den personuppgiftsansvarige
- ☐ Medlemmar, till exempel i en förening eller en kundklubb
- ☐ Militär, det vill säga anställda inom totalförsvaret
- ☐ Patienter
- ☐ Barn
- ☐ Skolelever i förskola, grundskola eller gymnasium
- ☐ Studerande i eftergymnasial utbildning
- ☐ Övriga personer som enligt er bedömning drabbas särskilt hårt om personuppgifter sprids

☐ Kan inte ange för närvarande

☒ Övrigt:

Ange kommentar vid val "Övrigt"

Klient hos individ- och familjeomsorgen, socialtjänsten

28. Vilken sorts personuppgifter har incidenten drabbat?

Markera alla alternativ som gäller.

- ☐ Etniskt ursprung
- ☐ Politiska åsikter
- ☐ Religiös eller filosofisk övertygelse
- ☐ Medlemskap i fackförening
- ☐ Genetiska uppgifter
- ☐ Biometrisk uppgifter
- ☐ Hälsa
- ☐ Sexualliv eller sexuell läggning
- ☐ Uppgift om brott
- ☐ Personnummer
- ☐ Ekonomisk eller finansiell information
- ☐ Lokaliseringsuppgifter (till exempel GPS-position, ej adressuppgifter)
- ☐ Kommunikationsloggar, metadata etc
- ☒ Identifierande information (till exempel för- och efternamn)
- ☒ Kontaktinformation
- ☐ Okänd
- ☐ Övrigt:

Ange kommentar vid val "Övrigt"

Övrigt

29. Avser ni att komplettera er anmälan? Komplettering ska göras inom fyra veckor från det att anmälan mottagits.

Nej



30. Övrig information



Inspektionen för
vård och omsorg

MEDDELANDE
2026-02-05

Dnr 3.2.2-03683/2026-7

Box 423,701 48 ÖREBRO
Telefon 010-788 50 00 • registrator@ivo.se
www.ivo.se • Org.nr 202100-6537

Umeå kommun
Individ- och familjenämnden
901 84 UMEÅ

Umeå kommun Socialtjänsten	
Datum	2026 -02- 09
Dnr.	IFN-2026/00076

IVO genomför en tillsyn av Vintergatan 15

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över bostäder med särskild service som tar emot barn eller ungdomar. Tillsynen omfattar regelbundna inspektioner, minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och ungdomar som samtycker till det.

Syftet med IVO:s tillsyn är att granska att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Inspektion

IVO genomförde en oanmäld inspektion vid Vintergatan 15 den 28 januari 2025.

Vid inspektionen genomförde också IVO intervju med två representanter för personalen. IVO har också genomfört en intervju med föreståndaren. Vi genomförde även strukturerad observation av två barn.

Vi som genomför inspektionen hos er är:

Britt-Marie Hallin, inspektör
Tel: 010-788 53 96
E-post: britt-marie.hallin@ivo.se

Malin Elfvendal, inspektör
Tel: 010-788 54 51
E-post: malin.elfvendal@ivo.se

Kontakta oss gärna om ni har frågor. Ange ärendets diarienummer (se sidhuvud) vid kontakt med IVO i detta ärende.

Begäran om handlingar

IVO begär med stöd av 26 c § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, att nämnden **senast den 19 februari 2026** kommer in med följande till IVO:

- Förteckning över samtlig personal (även föreståndaren) som är anställd, har praktiktjänstgöring eller annat uppdrag i verksamheten. Förteckningen ska innehålla personalens funktion, anställningsdatum eller motsvarande, utbildning och tidigare erfarenheter. Använd gärna bifogad mall för att fylla i uppgifterna.
- Kopior av anställningsavtal eller motsvarande för samtliga personer som påbörjat anställning, uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande i verksamheten under de senaste två åren från datum för denna begäran. Observera att begäran även omfattar personer som påbörjat men hunnit avsluta anställning, uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande under perioden.
- Kopior av utdrag ur Polismyndighetens belastningsregister som kontrollerats inför anställning, uppdrag, praktiktjänstgöring eller liknande för samma personer som ovan (punkt 2). Har nämnden mottagit ett digitalt registerutdrag ska även resultatet av äkthetskontrollen lämnas.

Information till barn och ungdomar om IVO

Det är viktigt att barn och ungdomar får information om IVO:s roll, den genomförda inspektionen och syftet med vår tillsyn. Bifogat finns information till barn och ungdomar som vi vill att ni lämnar över till alla som bor i verksamheten.

Ni får gärna skriva ut och sätta upp affischen om IVO:s barn- och ungdomslinje på lämplig plats i verksamheten. Affischen finns på <https://www.ivo.se/barn-och-ungdomar/lss-boende>.

Ändringar i verksamheten

Kommuner och regioner som bedriver bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS ska enligt 23 § LSS anmäla verksamheten till IVO innan den påbörjas. Enligt samma paragraf är en kommun eller region också skyldig att anmäla väsentliga ändringar av verksamheten. Samtliga förändringar ska anmälas inom en månad från att förändringen har genomförts. En väsentlig förändring kan t.ex. avse förändrade lokaler, målgrupp för verksamheten eller föreståndaren.

Mer information om anmälan om ändringar finns på <https://ivo.se/vard-omsorgsgivare/annal-verksamhet-register/omsorgsregistret/>.

Bilagor

1. Beslut om oanmäld inspektion
2. Information till barn och ungdomar.

3. Mall för uppgifter om personal.
4. Utdrag ur omsorgsregistret.
5. Information om observation

Information om Kunskapsguiden

På <https://kunskapsguiden.se/> finns stöd och vägledning för verksamheter inom socialtjänstens område, baserat på bästa tillgängliga kunskap. Innehållet är kostnadsfritt och öppet för alla.

Kunskapsguiden drivs av Socialstyrelsen i samverkan med andra myndigheter och aktörer inom området.

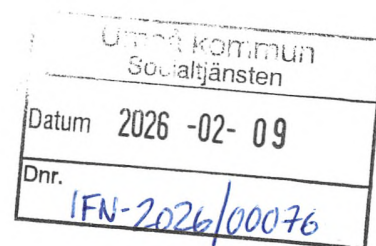


Inspektionen för
vård och omsorg

BESLUT
2026-01-27

Dnr 3.2.2-03683/2026-1

Box 423,701 48 ÖREBRO
Telefon 010-788 50 00 • registrator@ivo.se
www.ivo.se • Org.nr 202100-6537



Huvudman

Individ- och familjenämnden Umeå kommun (organisationsnummer 212000-2627)

Ärendet

Beslut om oanmäld inspektion av Vintergatan 15 i Umeå kommun.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslutar att en oanmäld inspektion ska genomföras vid Vintergatan 15 i Umeå kommun den 28 januari 2026.

Skälen för beslutet

IVO har inlett en tillsyn gällande Vintergatan 15. Verksamheten är bostad med särskild service för barn eller ungdomar. IVO ska enligt 11 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade inspektera bostäder med särskild service för barn eller ungdomar minst en gång per år.

Mot bakgrund av detta har IVO beslutat att genomföra en inspektion. Inspektionen kommer vid detta tillfälle att vara oanmäld.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschef Åsa Pålsson Stråe. Inspektören Britt-Marie Hallin har varit föredragande.

Denna behandling '38/26 Anmälan av ordförande beslut' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '39/26 Beslut enligt FB' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '40/26 Beslut enligt FB' har inget tjänsteutlåtande.