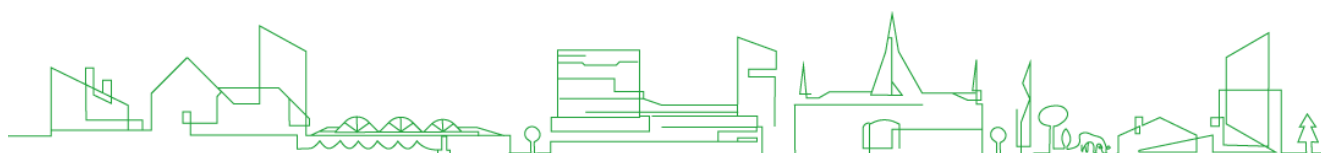


Kommunrevisionen granskar

Bemötande inom LSS-boenden, 2026



Angående granskningen

Revisionsuppdraget är ett kommunalt förtroendeuppdrag och revisorerna är direkt ansvariga inför kommunfullmäktige och därmed indirekt inför medborgarna genom den representativa demokratin. Revisionen har uppdrag att granska de verksamheter som styrelser, nämnder och kommunala bolag bedriver.

I formell mening är varje revisor en egen myndighet, men i det praktiska revisionsarbetet sker arbetet gemensamt.

Ytterst syftar revisionen till att undersöka om verksamheten bedrivs i enlighet med uppställda mål och på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

- Revisorernas uppdrag regleras i kommunallag, aktiebolagslag, god revisionssed, ägardirektiv och reglemente.
- Revision ska utföras på ett oberoende sätt.
- Revisorerna genomför grundläggande granskning, granskning av delårsrapport och årsredovisning och fördjupade granskningar.

Revisorerna ska därför objektivt, opartiskt och sakligt, självständigt granska den verksamhet som styrelse, nämnder och beredningar bedriver. Revisorerna ska också bedöma om de förtroendevalda ledamöterna i nämnder och styrelser har tillräcklig styrning och kontroll över verksamhetens ekonomi, prestationer och kvalitet.

Revisorernas uttalanden och bedömningar finns i revisionsberättelser och granskningsrapporter. En ambition i revisorernas arbete är att deras rekommendationer i samband med granskning ska kunna användas av verksamheterna för att åstadkomma effekter i deras förbättringsprocess.

Kontaktuppgifter

Om kommunrevisorernas uppdrag

kommunrevisionen@umea.se

Ordförande i kommunrevisionen

Ewa Miller, ordförande

ewa.miller@umea.se

Granskning av bemötande inom LSS-boenden

Umeå kommun



Innehåll

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Metod och avgränsning	4
1.4. Revisionskriterier	4
2. Granskningsresultat	5
2.1. Styrdokument och riktlinjer för bemötande och värdegrund	5
2.2. Åtgärder för att säkerställa följsamhet till riktlinjerna	6
2.3. Rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden	7
2.4. Avvikelsesystem och visselblåsarfunktion	8
2.5. Riskanalyser och kontroller för att förebygga brister	12
2.6. Integrering av kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten	13
3. Samlad bedömning och rekommendationer	14
<i>Bilaga 1: Källförteckning</i>	<i>17</i>

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Umeå kommun har EY granskat individ- och familjenämnden med syftet att bedöma om nämnden säkerställer ett värdigt bemötande och rättssäker omsorg inom LSS-boenden, samt om styrning och intern kontroll är tillräcklig för att förebygga kränkande beteenden och uppfylla kommunens mål för social hållbarhet.

Vår **sammanfattande bedömning** är att individ- och familjenämnden har *delvis* säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att förebygga kränkande beteenden och uppfylla kommunens mål för social hållbarhet inom LSS-verksamheten.

I granskningen besvaras sex revisionsfrågor. I nedanstående tabell framgår huruvida revisionsfrågorna bedöms vara i *allt väsentligt*, *delvis* eller *ej* uppfyllda. För närmare beskrivning av bedömning för respektive revisionsfråga, se respektive avsnitt i rapporten.

Revisionsfrågor	Bedömning
Har nämnden säkerställt att styrdokument och riktlinjer för bemötande och värdegrund är tydliga och tillräckliga för LSS-boenden?	Ja
Har nämnden vidtagit effektiva åtgärder för att säkerställa att personalen följer dessa riktlinjer i praktiken?	Delvis
Har nämnden etablerat fungerande rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden inom LSS-boenden?	Ja
Fungerar nämndens visselblåsarfunktion och avvikelssystem så att missförhållanden hanteras snabbt och korrekt?	Avvikelsesystem: Delvis
	Visselblåsarfunktion: Nej
Har nämnden genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik?	Delvis
Har nämnden integrerat kommunens Program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten på ett sätt som ger faktisk effekt?	Ja

Utifrån granskningsresultatet **rekommenderar** vi *individ- och familjenämnden* att:

- ▶ Säkerställa att samtliga LSS-boenden fullt ut implementerar rutinen för integritet, etik och samtycke samt att följsamheten till rutinen följs upp systematiskt
- ▶ Tydliggöra i rutiner för lex Sarah och avvikelshantering hur kränkande beteenden ska identifieras, klassificeras, rapporteras och följas upp
- ▶ Säkerställa att avvikelser hanteras skyndsamt och enhetligt, med fullständig dokumentation av vidtagna åtgärder, uppföljning och tidsangivelser
- ▶ Stärka analysen av återkommande avvikelser för att identifiera bakomliggande orsaker, mönster och behov av förebyggande åtgärder
- ▶ Pröva om riskanalyser och internkontroller i högre grad bör omfatta risker kopplade till bemötande, etik och kränkande beteende

1. Inledning

1.1. Bakgrund

SVT:s artikel (augusti 2025) rapporterar om allvarliga missförhållanden vid LSS-boenden i Umeå kommun, där anställda uppges ha hånat personer med funktionsnedsättning. Detta väcker frågor om individ- och familjenämndens förmåga att säkerställa ett värdigt bemötande, rättssäkerhet och kvalitet i omsorgen enligt LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Umeå kommun har ett program för social hållbarhet som anger mål om jämlikhet, inkludering och mänskliga rättigheter. Detta program är centralt för kommunens värdegrund. Nämnden förväntas integrera programmets mål i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten.

Individ- och familjenämnden ansvarar för kommunens LSS-verksamhet enligt sitt reglemente. Enligt kommunallagen har nämnden ett ansvar att bedriva all sin verksamhet ändamålsenligt, ekonomiskt tillfredsställande och med tillräcklig intern kontroll. Händelsen indikerar risk för brister i styrning, ledning, kultur och rutiner för avvikelshantering och visserligen inom LSS-verksamheten.

Individ- och familjenämnden i Umeå kommun har det politiska och verksamhetsmässiga ansvaret för LSS-insatser, inklusive LSS-boenden. Granskningen riktas därför mot denna nämnd och dess ansvar för styrning, uppföljning och intern kontroll.

Med utgångspunkt från ovanstående samt revisorernas övergripande riskanalys bedömer revisionen det motiverat med en fördjupad granskning.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Individ- och familjenämnden säkerställer ett värdigt bemötande och rättssäker omsorg inom LSS-boenden, samt om styrning och intern kontroll är tillräcklig för att förebygga kränkande beteenden och uppfylla kommunens mål för social hållbarhet. Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt att styrdokument och riktlinjer för *bemötande och värdegrund* är tydliga och tillräckliga för LSS-boenden?
- ▶ Har nämnden vidtagit effektiva åtgärder för att säkerställa att personalen följer dessa riktlinjer i praktiken?
- ▶ Har nämnden etablerat fungerande rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden inom LSS-boenden?
- ▶ Fungerar nämndens visserligenfunktion och avvikelssystem så att missförhållanden hanteras snabbt och korrekt?
- ▶ Har nämnden genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik?
- ▶ Har nämnden integrerat kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten på ett sätt som ger faktisk effekt?

1.3. Metod och avgränsning

Granskningen avser individ- och familjenämnden. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, stickprov av rapporterade avvikelser på LSS-boenden och hur de har hanterats, samt kompletterande intervjuer. I tid avser granskningen år 2026, men avvikelser som har tagits ut för stickprov kan ha rapporterats tidigare.

Vi använder följande bedömningsskala för bedömning utifrån revisionsfrågorna:

I allt väsentligt uppfyllt	Grön
Delvis uppfyllt	Gul
Ej uppfyllt	Röd

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer beslutade av fullmäktige. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725), 6 kap. 6 §
- ▶ LSS (1993:387)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Föreskrifter om Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ▶ Internkontrollplaner och riskanalyser
- ▶ Riktlinjer för bemötande och värdegrund
- ▶ Program för social hållbarhet
- ▶ Rutiner för avvikelshantering och visuellblåsning
- ▶ Program/åtgärder för kompetensutveckling (till exempel etik- och värdegrund)
- ▶ Individ- och familjenämndens reglemente

2. Granskningsresultat

2.1. Styrdokument och riktlinjer för bemötande och värdegrund

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämnden har säkerställt att styrdokument och riktlinjer för bemötande och värdegrund är tydliga och tillräckliga för LSS-boenden.

2.1.1. Iakttagelser

Det finns flertalet dokumenterade rutiner och riktlinjer som berör bemötande, etik, integritet och rättssäkerhet inom LSS-boenden.

I nämndens kompetensförsörjningsplan för 2026 framgår under rubriken *behålla och utveckla* att arbetet med inkluderande arbetsplatser är viktigt för att skapa ett bra arbetsliv för stöd- och omsorgsmedarbetare. Detta anges innebära att arbetsplatserna kännetecknas av att vara öppna och fria från kränkningar och diskriminering.

I nämndens verksamhetsplan för 2026 är ett mål att *erbjuda hälso- och sjukvård till personer i bostad med särskild service och under vistelsetid daglig verksamhet*. Måluppfyllelsen ska mätas med andel brukare som är nöjda med det bemötande de fått vilket ska redovisas till nämnden vid helårsuppföljningen av verksamhetsplanen.

I LSS-verksamhetens rutin för integritet, etik och samtycke (2025-12-09) framgår att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskilde brukarens självbestämmanderätt och integritet. Huvudsyftet med rutinen är att skydda känslig information, undvika onödig inblandning i den enskilde brukarens liv och att alltid bemöta brukaren med värdighet. Det framgår att personalens arbetssätt ska säkerställa respekt, värdighet och självbestämmande för den enskilde brukaren. Detta innebär att personalen ska arbeta utifrån principer som likabehandling, integritet och professionellt ansvar samt alltid sträva efter att göra gott och undvika situationer som kan leda till skada för brukaren.

Målet för brukarens integritet anges vara att skapa trygghet och förtroende där varje individ känner sig sedd och respekterad i alla situationer. Personalen ska enligt rutinen aktivt arbeta för en miljö som präglas av respekt, förutsägbarhet och trygghet för alla. Det anges att ett respektfullt förhållningssätt genom vardagens samtliga moment är avgörande för att värna om brukarens rättigheter och skapa en god, trygg och trivsamt boendemiljö.

Under 2025 har samtliga av LSS-verksamhetens rutiner för kvalitet i verksamheten reviderats och tydliggjorts i syfte att öka likvärdigheten mellan verksamheterna. Enligt intervjuade har det under år 2026 pågått ett arbete med att implementera rutinen för integritet, etik och samtycke. Vid två av tre granskade boenden har implementeringen pågått under första halvåret 2026, där intervjuad personal upplever att rutinen är tydlig. Vid ett av de granskade boendena uppges att rutinen kommer att implementeras under hösten 2026.

2.1.2. Bedömning

Revisionsfråga: Har nämnden säkerställt att styrdokument och riktlinjer för *bemötande och värdegrund* är tydliga och tillräckliga för LSS-boenden?

Bedömning: Ja, i allt väsentligt.

Bedömningen baseras på att det finns flera dokumenterade styrdokument och rutiner som tydligt reglerar bemötande, etik, integritet och självbestämmande inom LSS-boenden. Av granskningen framgår att nämndens kompetensförsörjningsplan och verksamhetsplan innehåller mål om inkluderande arbetsplatser och uppföljning av brukarnas upplevelse av bemötandet. Därutöver har LSS-verksamheten tagit fram en särskild rutin för integritet, etik och samtycke som tydliggör att verksamheten ska präglas av respekt, värdighet, trygghet och professionellt ansvar. Vi noterar samtidigt att implementeringen av rutinen fortfarande pågår och ännu inte har genomförts fullt ut i samtliga granskade boenden.

2.2. Åtgärder för att säkerställa följsamhet till riktlinjerna

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämnden har vidtagit effektiva åtgärder för att säkerställa att personalen följer dessa riktlinjer i praktiken.

2.2.1. Iakttagelser

Enligt LSS-verksamhetens rutin för integritet, etik och samtycke framgår att enhetschef på respektive service- eller gruppboendestad ansvarar för att medarbetare känner till och arbetar i enlighet med rutinen. Enhetschef ska följa upp rutinen minst en gång per år samt säkerställa att nyanställda medarbetare får kännedom om rutinen.

Som nämnts i tidigare avsnitt pågår under 2026 ett arbete med att introducera verksamhetens rutin för integritet, etik och samtycke för personalen på boendena. I intervjuer med personalen vid två av de granskade boendena uppges att rutinerna har introducerats under våren via arbetsplatsträffar och särskilda utbildningsdagar. Intervjuade från de två boendena uppges att personalen vid utbildningarna har diskuterat hur arbetsgruppen arbetar med värdegrundsfrågor som respekt, integritet och likabehandling.

Som även nämnts är detta ett pågående arbete där implementeringen av rutinerna fortgår. Vid ett av de granskade boendena uppges att rutinerna kommer att introduceras under hösten 2026.

2.2.2. Bedömning

Revisionsfråga: Har nämnden vidtagit effektiva åtgärder för att säkerställa att personalen följer dessa riktlinjer i praktiken?

Bedömning: Delvis.

Bedömningen baseras på att åtgärder har vidtagits för att säkerställa följsamhet till riktlinjerna i praktiken. Det finns ett tydliggjort ansvar i rutinen för integritet, etik och samtycke där enhetschef ska säkerställa att medarbetare känner till och arbetar i enlighet med rutinen, följa upp den minst årligen samt informera nyanställda. Därtill har rutinerna vid två av de granskade boendena introducerats under våren 2026 genom arbetsplatsträffar och särskilda utbildningsdagar. Samtidigt är arbetet fortfarande under

implementering och vid ett av de granskade boendena har introduktionen ännu inte genomförts utan planeras först till hösten 2026. Åtgärderna kan därmed inte bedömas som fullt ut effektiva vid granskningstillfället.

2.3. Rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämnden har etablerat fungerande rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden inom LSS-boenden.

2.3.1. Iakttagelser

Socialförvaltningen har en rutin (senast reviderad 2025-10-14) för hur personalen ska rapportera missförhållanden enligt lex Sarah. Syftet med rutinen är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden åtgärdas för att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer eller återkommer. Med missförhållanden avses handlingar som kan ha inneburit ett hot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Rutinen anger exempel på missförhållanden, men det anges inte uttryckligen att kränkningar är ett missförhållande. Det framgår att missförhållanden bland annat kan vara förekomsten av fysiska, psykiska, ekonomiska eller sexuella övergrepp och brister i bemötande, vilket kan betraktas som kränkningar. Enligt rutinen ska den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om ett missförhållande omedelbart åtgärda problemet.

Socialförvaltningen har även en rutin (senast reviderad 2025-10-14) för verksamheternas avvikelshantering. Rutinen anger att all personal som arbetar i socialtjänstens verksamheter, inklusive LSS, ska rapportera avvikelser enligt rutinen. En avvikelse definieras i rutinen som en negativ händelse som har medfört eller hade kunnat medföra risk eller skada för brukaren. Likt rutinen för rapportering av missförhållanden anges kränkande beteende inte som ett exempel på en avvikelse. Däremot anges exempel på avvikelser som bristande bemötande samt hot och våld, vilket kan uppfattas som kränkningar.

Enhetschef ansvarar för att de beslutade åtgärderna följs upp för att säkerställa att åtgärderna fått önskad effekt. Återkoppling av avvikelser ska ske av enhetschef på personalmöten. Intervjuad boendepersonal uppger att det finns tydliga rutiner för hur avvikelser ska upptäckas, rapporteras och åtgärdas. Intervjuade menar att de sällan förekommer kränkande beteenden men att de uppmuntras rapportera som avvikelse om kränkningar inträffar. Det finns även möjlighet för personalen att rapportera och uppmärksamma kränkande beteende vid medarbetarundersökningar och medarbetarsamtal.

2.3.2. Bedömning

Revisionsfråga: Har nämnden etablerat fungerande rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden inom LSS-boenden?

Bedömning: Ja, i allt väsentligt.

Bedömningen baseras på att nämnden har etablerat rutiner för att rapportera och hantera missförhållanden och avvikelser inom LSS-verksamheten. Det finns dokumenterade rutiner för rapportering enligt lex Sarah samt för avvikelshantering. Vidare framkommer i

intervjuer att personalen upplever att det finns tydliga arbetssätt för att upptäcka, rapportera och hantera händelser som kan innebära kränkande beteenden. Det finns även strukturer för uppföljning genom att enhetschef ansvarar för att beslutade åtgärder följs upp och återkopplas i personalgruppen. Samtidigt noterar vi att rutinerna inte uttryckligen anger kränkande beteenden som en särskild kategori i vare sig lex Sarah-rutinen eller rutinen för avvikelshantering. Kränkningar kan visserligen omfattas genom skrivningar om brister i bemötande, hot, våld och övergrepp, men avsaknaden av ett tydligt och uttryckligt angivande medför en risk för otydlighet i rapportering och klassificering.

2.4. Avvikelsesystem och visseblåsarfunktion

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämndens visseblåsarfunktion och avvikelsesystem fungerar så att missförhållanden hanteras snabbt och korrekt.

2.4.1. Genomförande av stickprov

För att kunna besvara revisionsfrågan har vi genomfört ett stickprov av rapporterade avvikelser vid två LSS-boenden i kommunen. Urvalet av boenden har skett utifrån risk- och väsentlighet.

Stickprovet har omfattat granskning av dokumentation, rutiner för bemötande och värdegrund samt avvikelshantering. Därtill har kompletterande intervjuer genomförts med personalen på boendena för att bedöma den praktiska tillämpningen av riktlinjerna.

Utifrån iakttagelserna i stickprovet har vi analyserat mönster, språkbruk och återkommande teman i avvikelserapporter som kan indikera:

- ▶ Brister i bemötande och värdegrund
- ▶ Förekomst av kränkande beteenden
- ▶ Riskområden som inte framkommer i traditionella kontroller

Utgångspunkten för stickprovet är LSS-verksamhetens rutin för integritet som tydligt anger att personalen ska arbeta utifrån principer som likabehandling, integritet och professionellt ansvar, samt alltid sträva efter att göra gott och undvika situationer som kan leda till skada för den enskilde. Noterbart är att stickprovet syftar till att identifiera mönster i tillämpningen av avvikelseprocessen och utgör inte ett statistiskt representativt urval av samtliga LSS-boenden.

2.4.2. Visseblåsarfunktionen

Kommunen har sedan årsskiftet 2025/2026 haft en tvist med den tidigare leverantören av visseblåsarfunktionen, vilket har medfört att kommunen sedan maj 2026 har en ny visseblåsarfunktion. Tvisten har inneburit att visseblåsarärenden inte har tillhandahållits kommunen och därmed inte har utretts. Detta har inneburit att vi inte har kunnat ta del av visseblåsarärenden i stickprovet.

Det finns en riktlinje för kommunens visseblåsarfunktion som beslutades av kommunstyrelsen vid sammanträdet 2026-03-17 § 55. Riktlinjen och visseblåsarfunktionen omfattar samtliga nämnders verksamheter, där kommunstyrelsen enligt sitt reglemente ansvarar för funktionen.

2.4.3. Avvikelsesystem

Enligt rutinen ska avvikelser rapporteras i en särskild avvikelsemodul (*Treserva*) av medarbetaren som har varit involverad i händelsen. Avvikelsen ska även åtgärdas i ett akut läge av medarbetare utifrån profession. Avvikelsen och vidtagna åtgärder ska även dokumenteras kortfattat i brukarens sociala journal. Medarbetarna ska involveras och vara delaktiga i arbetet med vilka åtgärder som vidtas för att minska risken för och förebygga att liknande händelse upprepas. Enhetschef ansvarar för att de beslutade åtgärderna följs upp för att säkerställa att åtgärderna fått önskad effekt. Återkoppling av avvikelser ska ske av enhetschef under personalmöten på det enskilda boendet.

2.4.4. Iakttagelser

Boende	Datum	Område	Händelse (sammandrag)	Omedelbart hanterad?	Åtgärd/uppföljning dokumenterad?	Tidsangivelser i flödet?
B1	2025-10-31	Bemötande - brister i bemötande mellan brukare	Konflikt otryggt bemötande mellan boende i samband med morgoninsats; förslag anges om trygghetsskapande åtgärder genom att låsa dörren oftare.	Hanterat 2025-11-02.	Ja (personalmöte + genomförandeplan/uppföljning noteras)	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)
B1	2025-02-14	Bemötande - brister i bemötande	En brukare upplever otrygghet kopplat till en ny tillfällig boendestödare och berättade om sin upplevelse till erfaren personal.	Ja. Hanterades omedelbart av personal genom att lugnt förklara för brukaren att personalen finns till för att brukarna ska känna sig trygga.	Hanterades 2025-02-20 genom att avbryta den tillfälliga placeringen av boendestödaren.	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)
B1	2025-01-08	Bemötande - brister i bemötande från personal mot brukare	Den rapportering anger att en brukare antyder att personalen på boendet bär på vapen under deras arbete i syfte att skydda sig själva om brukaren får ett utbrott.	Ja. Personalen förklarade för brukaren att personalen inte bär på vapen och att detta inte är tillåtet.	Hanterades 2025-02-20. I rapporten anges att åtgärder har vidtagits i form av diskutera brukarens mående, och hur personalen kan fortsätta trygga och jobba proaktivt för att möta brukarens sämre mående.	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)
B2	2025-03-12	Kompetens hos personal	En av personalen på boendet uppger att det förekommer att personalen slarvar med tvättning och städning trots att det finns tydliga rutiner kring detta.	Är ej angivet.	Nej.	Nej.
B2	2025-04-27	Kompetens hos personal	En av personalen på boendet rapporterat att viss personal inte har valt att göra sitt jobb genom att inte följa rutinen	Ja. Avvikelsen hanterades genom att den rapportering	Hanterades 2025-10-27. Vi noterar att det saknas information om vilka åtgärder som	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)

			för städ och tvätt. Vi noterar i den rapporterade förslaget på åtgärder är skriven med versaler och innehåller svordomar.	städade och tvättade enligt rutinen.	vidtagits. Det anges däremot att vidtagna åtgärder inte har gett effekt.	
B2	2025-04-27	Brister i fysisk miljö	En av personalen på boendet rapporterat att det är stora brister med personalens arbetsmoral. Personen uppger att det förekommer dålig följsamhet till städrutinerna och att detta medför frustration och dålig arbetsmiljö. Den rapportering påpekar även uttryckligen vilka i personalgruppen som inte följer rutinerna.	Personen har inte angett att åtgärder vidtogs direkt och menade att detta behöver åtgärdas av chef.	Hantrades 2025-10-29 om att påminna personalen att följa rutinen. Vi noterar att detta skedde sex månader senare efter rapportering.	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)
B2	2025-05-05	Kompetens hos personal	En av personalen på boendet rapporterar att flertalet i personalgruppen inte följer rutinen för brukarnas tvätt. Den rapporterade förslaget på åtgärder är att personalen ska följa rutinerna. Vi noterar att texten är skriven med versaler och innehåller svordomar.	Ja. Avvikelsen hantrades genom att övrig personal tog hand om tvätten.	Saknas beskrivning vilka åtgärder som vidtagits. Däremot anger enhetschef att personalen måste följa rutinen.	Saknas
B2	2025-05-19	Brister i fysisk miljö	En av personalen på boendet rapporterar att flertalet personal inte följer de fastställda rutinerna gällande städning i brukarens lägenhet. Den rapporterade uppger en frustration kring att några i personalgruppen inte följer rutinerna och önskar följsamhet till städningsrutinerna. Den rapporterade antyder på att den bristfälliga följsamheten till rutinerna handlar om lathet hos personalen.	Ja. Hantrades av den rapporterade personen som påtalade att detta var en ej planerad aktivitet och bidrog till ökad arbetsbelastning.	Åtgärd anges ha genomförts 2025-10-29, vilket är fyra månader senare än rapporterat. Det framgår dock inte vilka åtgärder som vidtagits.	Ja (plan/utfört/uppföljning-datum framgår)
B2	2025-09-14	Kompetens hos personal	En i personalen på boendet uppger att när denne skulle städa kylskåpet enligt rutinen upptäcktes att kylskåpet innehöll "oerhört mycket" gammal och möjlig mat. Den rapportering antyder att rutinen inte har följts av personalen. Vi noterar i den rapporterade förslaget på åtgärder att denne uppmanar	Ja. Städning skedde av den som rapporterade.	Saknas	Saknas

			personalen att sluta vara lata. Det förekommer även svordomar i texten.			
--	--	--	---	--	--	--

Stickprovet påvisar skillnader i hur avvikelser hanteras och följs upp.

Vid ett av boendena framgår i huvudsak en strukturerad hantering med dokumenterade åtgärder, tydliga tidsangivelser i flödet samt uppföljning inom rimlig tid. Avvikelsena avser i dessa fall främst frågor kopplade till bemötande och trygghet i direkt relation till brukare, och åtgärderna beskrivs som inriktade på att skapa trygghet och förebygga upprepning.

Vid det andra boendet visar stickprovet en mer varierande tillämpning av avvikelseprocessen. I flera ärenden har den omedelbara hanteringen bestått i att rapportera eller annan personal själv har åtgärdat den akuta bristen, exempelvis genom att utföra städ- eller tvättinsatser. Samtidigt saknas i flera av dessa ärenden dokumentation av vidtagna åtgärder, tidsangivelser i flödet och systematisk uppföljning. I vissa fall har uppföljning skett först flera månader efter rapportering.

Stickprovet visar även återkommande avvikelser kopplade till bristande följsamhet till fastställda basrutiner, såsom städning, tvätt och livsmedelshygien. I dokumentationen beskrivs orsakerna till avvikelserna ofta på ett individfokuserat sätt, och formuleringarna präglas i vissa fall av ett värdeladdat språkbruk.

2.4.5. Bedömning

Revisionsfråga: Fungerar nämndens visselblåsarfunktion och avvikelssystem så att missförhållanden hanteras snabbt och korrekt?

Bedömning avvikelssystem: Delvis (inom granskade boenden)

Bedömning visselblåsarfunktionen: Nej.

Bedömningen baseras på att det finns en beslutad riktlinje för kommunens visselblåsarfunktion och att det finns en fastställd rutin för avvikelshantering, där det framgår att avvikelser ska rapporteras i ett särskilt system, åtgärdas i akuta lägen, dokumenteras i social journal samt följas upp av enhetschef. Stickprovet visar också att avvikelser vid ett av de granskade boendena i huvudsak har hanterats med tydlig dokumentation, spårbarhet och uppföljning.

Avseende avvikelssystemet visar stickprovet på varierande tillämpning mellan boenden. Särskilt i ett av boendena saknas i flera fall dokumentation av vidtagna åtgärder, tidsangivelser i flödet och skyndsam uppföljning. I vissa ärenden har uppföljning skett flera månader efter rapportering och den omedelbara hanteringen har främst bestått i att den rapportera själv avhjälpt den akuta bristen, utan att den bakomliggande orsaken tydligt har hanterats.

Gällande visselblåsarfunktionen baseras bedömningen på att kommunen under en period inte har haft tillgång till inkomna visselblåsarärenden till följd av en tvist med tidigare leverantör, vilket inneburit att ärenden inte har utretts. Noterbart är att visselblåsarfunktionen är kommunövergripande som kommunstyrelsen ansvarar över. Fr. om maj 2026 finns en ny visselblåsarfunktion.

2.5. Riskanalyser och kontroller för att förebygga brister

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämnden har genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik.

2.5.1. Iakttagelser

I nämndens internkontrollplaner för åren 2025 och 2026 finns inte någon riskanalys eller kontroller för att förebygga brister i bemötande och etik.

I socialförvaltningens rutin för avvikelshantering framgår hur verksamheterna ska arbeta med riskanalyser. Enligt rutinen kan riskanalyser göras på individnivå eller organisationsnivå för att ta fram åtgärder och minimera att riskerna inträffar. Det finns även en mall framtagen för framtagandet av riskanalysen för att stötta verksamheterna vid upprättande av analysen. Intervjuade menar att riskanalyser normalt sker när en större förändring sker inom verksamheten för att säkerställa att förändringarna inte påverkar värden av brukarna negativt.

I rutinen för avvikelshantering framgår även hur verksamheterna ska jobba med egenkontroller. Enligt rutinen ska egenkontrollen genomföras för att utvärdera om verksamheterna bedrivs enligt de fastställda processerna och rutinerna. Egenkontrollen ska ske på alla nivåer i organisationen.

I intervjuer med enhetschefer uppges att egenkontroller genomförs genom dokumentationsgranskningar och att det finns gemensamma frågeställningar som berör frågor om bemötande och kränkning. Dokumentgranskningen syftar till att säkerställa att genomförandeplaner, journalanteckningar och uppföljningar är korrekta, aktuella och uppfyller brukarens behov. Tidigare har egenkontroller hanterats manuellt men att ett digitalt systemstöd nu har införts, vilket möjliggör sammanställning och analys på både enhets- och högre nivå för att identifiera samband och strukturer.

2.5.2. Bedömning

Revisionsfråga: Har nämnden genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik?

Bedömning: Delvis.

Bedömningen baseras på att nämnden endast delvis har genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik. Av granskningen framgår att nämndens internkontrollplaner för 2025 och 2026 inte innehåller några specifika riskanalyser eller kontroller avseende dessa områden. Samtidigt finns det i socialförvaltningens rutin för avvikelshantering beskrivna arbetssätt för såväl riskanalyser som egenkontroller, och enligt intervjuer genomförs egenkontroller genom dokumentationsgranskningar där frågor om bemötande och kränkning ingår. Det digitala systemstödet som nyligen införts förbättrar även möjligheterna till sammanställning och analys.

2.6. Integrering av kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten

I avsnittet besvaras revisionsfrågan om nämnden har integrerat kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten på ett sätt som ger faktiskt effekt.

2.6.1. Iakttagelser

Umeå kommun har fyra inriktningsmål som beslutats av kommunfullmäktige. Två av målen berör social hållbarhet:

- ▶ Mål 2: Umeå ska växa hållbart utan några utsatta områden.
- ▶ Mål 3: Umeå kommun ska skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv.

Utifrån de av kommunfullmäktige fastställda inriktningsmålen, har fullmäktige antagit ett program för social hållbarhet som konkretiserar dessa inriktningsmål. Programmet ska integreras i nämndernas och de kommunala bolagens styrning, planering och uppföljning. Detta innebär att politiska beslut, resursfördelning och operativa rutiner ska utformas så att de bidrar till social hållbarhet.

I nämndens verksamhetsplan för åren 2025 och 2026 framgår vilka aktiviteter nämnden planerade att genomföra kopplat till målen för social hållbarhet. Kopplat till LSS-verksamheten planerade nämnden att utifrån fullmäktiges jämställdhetsstrategi att göra en studie av genomförandeplaner inom LSS-boendena.

Under 2025 genomfördes en analys kopplad till könsfördelningen rörande ej verkställda beslut inom LSS. Analysen undersökte könsskillnader i ej verkställda beslut för att förstå eventuella skillnader mellan könen och beskriva behov av åtgärder vid risk för eller förekomst av omotiverade skillnader. Resultatet av analysen visade att antalet ej verkställda beslut minskar över tid, men att mönstren skiljer sig mellan insatser. Det finns vissa skillnader mellan könen och trender som skiftar över tid. I resultatet framgår att fler män mottar insatsen kontaktperson, vilket kan påverka genomsnittsvärdena. Analysen rapporterades till nämnden i februari 2026 vid deras behandling av sin årsrapport för 2025. Analysen föranledde inte att några åtgärder behövde vidtas. Däremot kan analysen vara ett komplement till att förstå skillnader om en ytterligare fördjupad analys görs inom verksamheten kopplat till jämställdhet.

2.6.2. Bedömning

Revisionsfråga: Har nämnden integrerat kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten på ett sätt som ger faktiskt effekt?

Bedömning: Ja, i allt väsentligt.

Bedömningen baseras på att nämnden i verksamhetsplanerna för 2025 och 2026 har integrerat kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten genom planerade aktiviteter kopplade till programmets mål. Av granskningen framgår även att en analys av könsfördelningen av ej verkställda beslut inom LSS har genomförts och rapporterats till nämnden. Att analysen vid granskningstillfället ännu inte hade föranlett några konkreta åtgärder förändrar inte bedömningen, då programmet utgör ett övergripande och långsiktigt styrdokument med inriktande mål.

3. Samlad bedömning och rekommendationer

Vår **sammanfattande bedömning** är att individ- och familjenämnden har *delvis* säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att förebygga kränkande beteenden och uppfylla kommunens mål för social hållbarhet inom LSS-verksamheten.

Vi grundar vår bedömning på följande:

Revisionsfrågor	Bedömning
Har nämnden säkerställt att styrdokument och riktlinjer för <i>bemötande och värdegrund</i> är tydliga och tillräckliga för LSS-boenden?	Ja, i allt väsentligt. Bedömningen baseras på att det finns flera dokumenterade styrdokument och rutiner som tydligt reglerar bemötande, etik, integritet och självbestämmande inom LSS-boenden. Av granskningen framgår att nämndens kompetensförsörjningsplan och verksamhetsplan innehåller mål om inkluderande arbetsplatser och uppföljning av brukarnas upplevelse av bemötandet. Därutöver har LSS-verksamheten tagit fram en särskild rutin för integritet, etik och samtycke som tydliggör att verksamheten ska präglas av respekt, värdighet, trygghet och professionellt ansvar. Vi noterar samtidigt att implementeringen av rutinen fortfarande pågår och ännu inte har genomförts fullt ut i samtliga granskade boenden.
Har nämnden vidtagit effektiva åtgärder för att säkerställa att personalen följer dessa riktlinjer i praktiken?	Delvis. Bedömningen baseras på att åtgärder har vidtagits för att säkerställa följsamhet till riktlinjerna i praktiken. Det finns ett tydliggjort ansvar i rutinen för integritet, etik och samtycke där enhetschef ska säkerställa att medarbetare känner till och arbetar i enlighet med rutinen, följa upp den minst årligen samt informera nyanställda. Därtill har rutinerna vid två av de granskade boendena introducerats under våren 2026 genom arbetsplatsträffar och särskilda utbildningsdagar. Samtidigt är arbetet fortfarande under implementering och vid ett av de granskade boendena har introduktionen ännu inte genomförts utan planeras först till hösten 2026. Åtgärderna kan därmed inte bedömas som fullt ut effektiva vid granskningstillfället.
Har nämnden etablerat fungerande rutiner för att upptäcka, rapportera och åtgärda kränkande beteenden inom LSS-boenden?	Ja, i allt väsentligt. Bedömningen baseras på att nämnden har etablerat rutiner för att rapportera och hantera missförhållanden och avvikelser inom LSS-verksamheten. Det finns dokumenterade rutiner för rapportering enligt lex Sarah samt för avvikelshantering. Vidare framkommer i intervjuer att personalen upplever att det finns tydliga arbetssätt för att upptäcka, rapportera och hantera händelser som kan innebära kränkande beteenden. Det finns även strukturer för uppföljning genom att enhetschef ansvarar för att beslutade åtgärder följs upp och återkopplas i personalgruppen. Samtidigt noterar vi att rutinerna inte uttryckligen anger kränkande beteenden som en särskild kategori i vare sig lex Sarah-rutinen eller rutinen för avvikelshantering. Kränkningar kan visserligen omfattas genom skrivningar om brister i bemötande, hot, våld och övergrepp, men avsaknaden av ett tydligt och uttryckligt angivande medför en risk för otydlighet i rapportering och klassificering.

Fungerar nämndens visseblåsarfunktion och avvikelssystem så att missförhållanden hanteras snabbt och korrekt?	Delvis avseende avvikelssystem (inom granskande boenden). Bedömningen baseras på att det finns en beslutad riktlinje för kommunens visseblåsarfunktion och att det finns en fastställd rutin för avvikelshantering, där det framgår att avvikelser ska rapporteras i ett särskilt system, åtgärdas i akuta lägen, dokumenteras i social journal samt följas upp av enhetschef. Stickprovet visar också att avvikelser vid ett av de granskade boendena i huvudsak har hanterats med tydlig dokumentation, spårbarhet och uppföljning. Avseende avvikelssystemet visar stickprovet på varierande tillämpning mellan boenden. Särskilt i ett av boendena saknas i flera fall dokumentation av vidtagna åtgärder, tidsangivelser i flödet och skyndsam uppföljning. I vissa ärenden har uppföljning skett flera månader efter rapportering och den omedelbara hanteringen har främst bestått i att den rapporterade själv avhjälpt den akuta bristen, utan att den bakomliggande orsaken tydligt har hanterats. Nej avseende visseblåsarfunktionen. Bedömningen baseras på att kommunen under en period inte har haft tillgång till inkomna visseblåsarärenden till följd av en tvist med tidigare leverantör, vilket inneburit att ärenden inte har utretts. Noterbart är att visseblåsarfunktionen är kommunövergripande som kommunstyrelsen ansvarar över. Fr.om maj 2026 finns en ny visseblåsarfunktion.
Har nämnden genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik?	Delvis. Bedömningen baseras på att nämnden endast delvis har genomfört relevanta riskanalyser och internkontroller för att förebygga brister i bemötande och etik. Av granskningen framgår att nämndens internkontrollplaner för 2025 och 2026 inte innehåller några specifika riskanalyser eller kontroller avseende dessa områden. Samtidigt finns det i socialförvaltningens rutin för avvikelshantering beskrivna arbetssätt för såväl riskanalyser som egenkontroller, och enligt intervjuer genomförs egenkontroller genom dokumentationsgranskningar där frågor om bemötande och kränkning ingår. Det digitala systemstödet som nyligen införts förbättrar även möjligheterna till sammanställning och analys.
Har nämnden integrerat kommunens Program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten på ett sätt som ger faktisk effekt?	Ja, i allt väsentligt. Bedömningen baseras på att nämnden i verksamhetsplanerna för 2025 och 2026 har integrerat kommunens program för social hållbarhet i styrning och uppföljning av LSS-verksamheten genom planerade aktiviteter kopplade till programmets mål. Av granskningen framgår även att en analys av könsfördelningen av ej verkställda beslut inom LSS har genomförts och rapporterats till nämnden. Att analysen vid granskningstillfället ännu inte hade föranlett några konkreta åtgärder förändrar inte bedömningen, då programmet utgör ett övergripande och långsiktigt styrdokument med inriktande mål.

Utifrån granskningsresultatet **rekommenderar** vi *individ- och familjenämnden* att:

- ▶ Säkerställa att samtliga LSS-boenden fullt ut implementerar rutinen för integritet, etik och samtycke samt att följsamheten till rutinen följs upp systematiskt
- ▶ Tydliggöra i rutiner för lex Sarah och avvikelshantering hur kränkande beteenden ska identifieras, klassificeras, rapporteras och följas upp

- ▶ Säkerställa att avvikelser hanteras skyndsamt och enhetligt, med fullständig dokumentation av vidtagna åtgärder, uppföljning och tidsangivelser
- ▶ Stärka analysen av återkommande avvikelser för att identifiera bakomliggande orsaker, mönster och behov av förebyggande åtgärder
- ▶ Pröva om riskanalyser och internkontroller i högre grad bör omfatta risker kopplade till bemötande, etik och kränkande beteenden

Umeå juni 2026

Samuel Larsson
Verksamhetsrevisor

Christer Brubäcken
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Johan Perols
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Gruppintervjuer med personal från tre LSS-boenden i kommunen
- ▶ Enhetschefer
- ▶ Verksamhetschefer

Dokument:

- ▶ Umeå kommuns program för social hållbarhet
- ▶ Individ- och familjenämndens kompetensförsörjningsplan för 2026
- ▶ Individ- och familjenämndens verksamhetsplan för 2025
- ▶ Individ- och familjenämndens verksamhetsplan för 2026
- ▶ LSS-verksamhetens rutin för integritet, etik och samtycke (2025-12-09)
- ▶ Socialförvaltningens rutin för rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah (senast reviderad 2025-10-14)
- ▶ Socialförvaltningens rutin för avvikelshantering (senast reviderad 2025-10-14)
- ▶ Riktlinje för kommunens visselblåsarfunktion (beslutad av kommunstyrelsen 2026-03-17 § 55)
- ▶ Individ- och familjenämndens internkontrollplan för 2025
- ▶ Individ- och familjenämndens internkontrollplan för 2026
- ▶ Mall för riskanalys
- ▶ Kommunfullmäktiges inriktningsmål
- ▶ Kommunfullmäktiges jämställdhetsstrategi
- ▶ Individ och familjenämndens årsrapport för 2025