



Ledamöter och ersättare

SOCIALNÄMNDENS ARBETSUTSKOTT

Tid torsdag 12 februari 2026 kl. 08:15**Plats** Stadshuset, Våning 2, lokal Tampen

Upprop

Val av justerare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Punkt	Rubrik	Ärendenr	Sida
1	Upphandling Socialt boende	2026/73	3 - 4
2	Tilldelning av ramavtal i upphandling Konsultuppdrag - kostnad per brukare	2026/113	5 - 6
3	Motion (KD) om ett trevligare äldreboende	2025/669	7 - 10
4	Motion (KD) om demensby	2025/668	11 - 16
5	Riktlinjer för informationssäkerhet	2024/1251	17 - 42
6	Revidering av bilaga till socialnämndens delegationsordning - namngivna delegater	2024/345	43 - 46
7	Revidering av socialnämndens delegationsordning	2026/125	47
8	Ansökan om statsbidrag för verksamhet med personligt ombud 2026	2025/1480	48 - 49
9	Rekvirering av medel för insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026	2025/1562	50 - 66
10	Statsbidrag för habiliteringsersättning 2026	2026/39	67
11	Statsbidrag för förstärkt föräldraskapsstöd 2026	2026/40	68 - 76
12	Rekvirering av statsbidrag till en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst 2026	2026/124	77 - 79



13	Statsbidrag till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal 2026	2026/160	80 - 84
14	Patientsäkerhetsberättelse 2025	2026/112	85 - 112
15	Decentralisering resurser innovation och utveckling	2026/155	113 - 114
16	Socialnämndens kvalitetsberättelse 2025	2026/123	115 - 201

Förslag till beslut gällande upphandling Socialt boende

Ärendenr 2025/1804-2.5.1.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämndens arbetsutskott beslutar att Luleå kommun ska anta den leverantör med bästa förhållande mellan pris och kvalitet angivet av: **xxx** med organisationsnummer **xxx**.
2. Socialdirektör ges i uppdrag att underteckna ramavtal efter tiden för avtalspärre enligt 20 kap. 1 § LOU har löpt ut.

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Upphandlingen avser socialt boende för klienter som fått beslut om socialt boende av socialtjänsten. Boendet är för klienter med skadligt bruk och beroende och eventuell samsjuklighet som är bostadslösa eller i behov av ett nyktert och drogfritt boende under en viss tid.

Nuvarande avtal löper ut 2026-03-31 och ett nytt avtal behöver därför tecknas.

Upphandlingen beräknas omfatta ett avtalsvärde om cirka 16 miljoner SEK under avtalsperioden inklusive optioner. Det maximala värdet på avtalet (takvärde) är 20 miljoner SEK.

Upphandlingen har genomförts genom ett enstegsförfarande i enlighet med 19 kap. i lagen om offentlig upphandling. Det mest ekonomiskt fördelaktiga anbudet har valts genom en utvärdering av pris och kvalitet.

Kvalitetsutvärderingen bestod av att anbudsgivaren fick mervärde om denne arbetar med evidensbaserade metoder kopplad mot målgruppen, så som MI och/eller ESL, och dessa kommer att användas i uppdraget.

Avtalet kommer att gälla från och med 2026-04-01 till och med 2028-03-31 och möjlighet till förlängning på upp till totalt 24 månader.

Antal anbud: **xx**

Anbudspris: **xx**

Dialog

Det har gjorts försök att få till en dialog med ett antal leverantörer men svaret har uteblivit trots påminnelse. Det fördes dialog med flertalet leverantörer in-

för den förra upphandlingen och detta är en smal bransch. Dialog har förts med verksamheten som har varit delaktig i framtagandet av underlaget samt utvärderingen.

Beslutsunderlag

- Upphandlingsdokument
- Upphandlingsprotokoll

Anna Saxin
Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Kommunstyrelseförvaltningen, inköp- och upphandlingskontoret
Socialnämnden, redovisning av delegationsbeslut

Förslag till beslut avseende tilldelning av ramavtal i upphandling Konsultuppdrag - kostnad per brukare

Ärendenr 2026/113-2.5.1.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämndens arbetsutskott beslutar att Luleå kommun ska anta angiven leverantör i enlighet med utvärderingen i upphandlingsdokumentet.
 - XXXXX med organisationsnummer xxxxxx-xxxx
2. Socialdirektören ges i uppdrag att underteckna avtalen efter tiden för avtalsspärr enligt 20 kap. 1 § LOU har löpt ut.

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Luleå kommuns inköp- och upphandlingskontor har på uppdrag av socialförvaltningen genomfört en ramavtalsupphandling av ett Konsultuppdrag – kostnad per brukare, som utmynnar i en kostnads- och insatsanalys för förvaltningen.

Syftet är att säkerställa resurs- och kostnadseffektivitet.

Förväntat resultat är att ge svar på vad olika brukargrupper och kombination av insatser kostar ner på brukarnivå, samt utgöra ett underlag inför beslut- och budgetprocesser. Jämförelsen ska göras mellan egna verksamhetsområden och i relation till liknande verksamheter i flera andra kommuner med liknande förutsättningar.

Avtalet kommer att tilldelas den leverantör som uppfyller alla kvalificerings- samt obligatoriska krav och har lämnat det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet och har utvärderats utifrån lägsta pris.

Under anbudstiden inkom X (x) anbud.

- XXXXX orgnr. xxxxxx-xxxx
- XXXXX orgnr. xxxxxx-xxxx
- XXXXX orgnr. xxxxxx-xxxx

Avtalsperiod 1 år. Parterna ges möjlighet att förlänga tecknat avtal med en eller flera perioder om totalt högst 36 månader.



Upphandlingen beräknas omfatta ett avtalsvärde om ca. 1,6 MSEK under avtalsperioden inkl. förlängningsoptioner.

Köpvolymen kan komma att variera beroende på aktuellt behov, varvid värdet kan komma att under- eller överskridas.

Det maximala värdet på avtalet (takvärde) uppgår till 2 MSEK.

Ida Johansson
Avdelningschef ekonomi och infrastruktur

Beslutet skickas till
Inköpskontoret

Förslag till beslut gällande motion (KD) om ett trevligare äldreboende

Ärendenr 2025/669-1.1.1.5

Socialförvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att rekommendera kommunfullmäktige att bifalla motionen.
2. Hur bemanningen ska se ut beror på hur verksamheten utformar och organiserar den sociala mötesplatsen.

Sammanfattning av ärendet

Samuel Ek (KD) och Anne Wångblad (KD) har 2025-04-28 inkommit med en motion om ett trevligare äldreboende med syftet att öka trivseln för de boende och skapa en mer välkomnande miljö för anhöriga. Motionen har anmälts vid kommunfullmäktige 2025-05-19 § 93.

Motionärerna föreslår att:

- Socialförvaltningen ges i uppdrag att införa helgarbete för ungdomar så att äldreboenden även på helger kan ha öppet sina caféterior.

Syftet med motionen är att stärka trivsel, social samvaro och skapa en mer välkomnande miljö för både boende och anhöriga. Socialförvaltningen delar motionärernas bedömning att tillgång till sociala mötesplatser är en viktig del i att stärka trivsel, gemenskap och livskvalitet för de boende samt att skapa en mer inbjudande miljö för anhöriga. Förvaltningen ser särskilt positivt på att inleda ett arbete med helgöppen caféverksamhet vid Bergvikens och Kronans vård- och omsorgsboende, där det redan finns etablerade mötesplatser och goda förutsättningar för social samvaro. Förslaget bedöms vara genomförbart inom ordinarie verksamhet, men kan utformas på olika sätt beroende på lokala förutsättningar.

Genomförandet kan exempelvis ske genom anställning av ungdomar, samverkan med aktörer såsom Ung Omsorg, användning av egen personal eller genom att involvera pensionärer. Förvaltningen bedömer att det är viktigt att pröva verksamheten under en inledande period och därefter följa upp och utvärdera intresse, nyttjande och mervärde innan eventuella beslut om långsiktig organisering fattas.

Med anledning av beskrivning ovan föreslår socialförvaltningen att bifalla motionen. Hur bemanningen ska se ut beror på hur verksamheten utformar och organiserar den sociala mötesplatsen. motionen anses besvarad.

Beskrivning av ärendet

Motionen "Ett trevligare äldreboende" tar fasta på betydelsen av sociala mötesplatser inom äldreomsorgen. Motionärerna lyfter att caféverksamheten vid flera vård- och omsorgsboende idag är begränsad till vardagar, vilket kan minska möjligheten till social samvaro under helger, då många anhöriga har möjlighet att besöka de boende.

Socialförvaltningen instämmer i motionärernas intentioner och bedömer att helgöppen caféverksamhet kan bidra till ökad trivsel, stärkt gemenskap och en mer levande boendemiljö. Förvaltningen ser särskilt Bergvikens och Kronans vård- och omsorgsboende som lämpliga att inleda ett sådant arbete vid, då dessa redan fungerar som naturliga mötesplatser för boende och anhöriga. Förvaltningen bedömer att ett helgöppet café kan organiseras på olika sätt, exempelvis genom anställning av ungdomar, samverkan med Ung Omsorg, användning av egen personal eller genom att involvera pensionärer. Val av modell behöver anpassas utifrån verksamhetens förutsättningar och tillgängliga resurser.

Socialförvaltningen anser vidare att verksamheten bör följas upp och utvärderas efter en inledande prövotid, i syfte att bedöma om intresset och nyttjandet motsvarar de förväntningar som finns samt för att säkerställa ett hållbart och ändamålsenligt genomförande över tid.

Mot denna bakgrund bedömer socialförvaltningen att motionens intentioner är välgrundade och ligger i linje med förvaltningens mål om att stärka social samvaro och livskvalitet inom äldreomsorgen.

Dialog

Motionen har remitterats till socialförvaltningen för beredning. Förvaltningen har analyserat förslaget i dialog med berörda verksamhetsområden inom äldreomsorgen. Bedömningen har grundats på aktuell forskning, erfarenheter från verksamheten och relevanta styrdokument.

Beslutsunderlag

- Motion (KD) om ett trevligare äldreboende, SOC Hid: 2025.1675

Katarina Morin
Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige
Verksamhetschef vård och omsorg



§ 93

Anmälan av motioner 2025-05-19

Ärendenr 2025/823-1.1.1.5

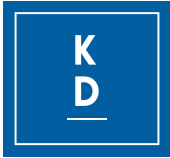
Kommunfullmäktiges beslut

Kommunfullmäktige beslutar att lägga redovisningen av väckta motioner perioden 23 april – 19 maj 2025 till handlingarna.

Beskrivning av ärendet

Följande motioner redovisas:

Ärendenr:	Förslagsställare:	Beskrivning:
KLF 2025/876	Fredrik Hjalte (L)	Motion (L) om studiefriid
KLF 2025/877	Fredrik Hjalte (L)	Motion (L) om feriejobb med möjlighet till extrajobb
KLF 2025/923	Fredrik Hjalte (L) Thomas Söderström (L) Ylva Mjårdell (L)	Motion (L) om höjda timmar i förskolan
KLF 2025/921	Samuel Ek (KD) Anne Wångblad (KD)	Motion (KD) om demensby
KLF 2025/922	Samuel Ek (KD) Anne Wångblad (KD)	Motion (KD) om ett trevligare äldreboende



Luleå, 28 april 2025

Motion till kommunfullmäktige Luleå

Ett trevligare äldreboende

Luleå kommun har byggt några moderna äldreboenden och fler ser ut att planeras byggas.

Vid dessa äldreboenden ser man att det finns caféer i de allmänna utrymmena utanför avdelningarna. Där kan boende sitta och träffas och umgås på dagarna och ofta sitter besökare och anhöriga till de boende där när de kommer och hälsar på.

Tyvärr är dessa caféer stänga på helgerna vilket medför att utrymmet känns mindre trevligt att vistas i. Det är på helger som många anhöriga och bekanta kommer och hälsar på de boende.

Visst vore det trevligt att kunna erbjuda besökare och de boende en öppen trevlig miljö även på helgerna där man kan ta en kopp kaffe istället för att som nu komma till en nedsläckt cafeteria med nedfällda ”metallgardiner”.

Därför yrkar Kristdemokraterna att Kommunfullmäktige beslutar att

- Socialförvaltningen ges i uppdrag att införa helgarbete för ungdomar så att äldreboenden även på helger kan ha öppet sina cafeterier.

Samuel Ek och Anne Wångblad

Kristdemokraterna Luleå

Förslag till beslut gällande motion (KD) om demensby

Ärendenr 2025/668-1.1.1.5

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekommendera kommunfullmäktige att avslå motionen.

Sammanfattning av ärendet

Samuel Ek (KD) och Anne Wångblad (KD) har 2025-04-28 inkommit med en motion om demensby. Motionen har anmälts vid kommunfullmäktige 2025-05-19 § 93.

Motionärerna skriver att vi kristdemokrater har under en lång tid sett behovet av att förbättra och utveckla demensboenden i vår kommun. Med anledning av det som står skrivet i motionen föreslår motionärerna att:

- utreda möjligheterna att upprätta en demensby utifrån Luleå kommuns förutsättningar och behov.

Socialnämnden föreslås hantera ärendet då det berör utveckling av vård- och omsorgsboende samt strategisk planering av framtida omsorgsbehov.

Socialförvaltningens yttrande

Enligt forskning från bland annat Socialstyrelsen och Karolinska Institutet är demenssjukdom den diagnos som förväntas öka mest i framtiden. I socialnämndens Äldreplan 2022–2029 framgår att tillgången till anpassade och trygga boenden är en central del i att möta den demografiska utvecklingen och säkerställa goda livsvillkor för äldre. För bibehållen livskvalitet behövs moderna vård- och omsorgsboenden som stödjer trygghet, aktivitet och social delaktighet. Socialförvaltningen ska även arbeta med utvecklingen av välfärdsteknik och digitala lösningar som stärker äldres trygghet, självständighet och möjligheter till aktivitet.

Konceptet demensby kan se olika ut. Fin utemiljö och fina omgivningar som möjliggör för utevistelse samt aktiviteter utifrån förmåga och möjlighet till olika tjänster, exempelvis frisör och fotvård. Alla dessa delar finns inom Luleå kommuns boenden redan idag men kan såklart byggas ut mer och det uppdraget anser förvaltningen ryms inom ramen för Äldreplanen. Det som kanske främst särskiljer konceptet demensby är att boendet ofta är mer utspjutt och att det är inhägnat.

Socialförvaltningen anser att förbättringsåtgärder för demenssjuka ska ske inom befintlig struktur, i bostadsförsörjningsprogrammet och enligt den tidigare antagna Äldreplan och ser därför inget behov av att utreda möjligheterna att upprätta en demensby. Socialförvaltningen föreslår därför att socialnämnden beslutar rekommendera kommunfullmäktige att avslå motion.

Beskrivning av ärendet

Motionen föreslår att Luleå kommun ska utreda möjligheten att etablera en demensby – ett särskilt boendekoncept där personer med demenssjukdom kan leva ett så självständigt och tryggt liv som möjligt i en miljö som efterliknar ett vanligt samhälle. Olika koncept har prövats i bland annat Nederländerna, Danmark och i Sverige, med syftet att minska oro, öka livskvalitet och främja självständighet hos personer med demens. Socialförvaltningen har frågat efter men ingen utvärdering var gjord av Sveriges första demensby i Vellinge.

Wilhelmina Hoffman är verkställande direktör på Svenskt demenscentrum och har i ett flertal artiklar tagit upp att konceptet "demensby" bär på både för- och nackdelar. Hon betonar att målet istället är att *"skapa ett mer demensvänligt samhälle"* där vardagssituationer fungerar bättre för personer med kognitiv svikt.

Bakgrunden till motionen är det växande antalet personer med demenssjukdom, vilket utgör en av de största framtida utmaningarna för äldreomsorgen. Enligt Socialstyrelsen och Karolinska Institutet beräknas antalet personer med demens i Sverige öka kraftigt fram till 2050. Detta ställer krav på kommunerna att planera för nya och anpassade boendeformer. Demensvänliga samhällen och miljöer ses som nyckelstrategier. Luleå kommun har under många år arbetat med konceptet trygghetsboende och har i jämförelse med många andra kommuner ett högt antal. Trygghetsboende är en boendeform som har tillkommit för att ge äldre som önskar det tillgång till större gemenskap och mer trygghet. Det finns trygghetsbostäder i drygt 60 procent av landets kommuner och mer än hälften av kommunerna bedömer att de har för få, enligt bostadsmarknadsenkäten 2025. I Luleå kommuns bostadsförsörjningsprogram är det också uttalat att trygghetsboenden ska finnas i alla stadsdelar samt i kommunens samlande byar.

Förvaltningen bedömer att det finns ett behov av att utveckla boendemiljöer för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom inom samhället. Arbetet med att vidareutveckla befintliga vård- och omsorgsboenden pågår parallellt. Inom Luleå kommuns bostadsprogram förs en kontinuerlig dialog med bland annat Lulebo, Socialförvaltningen bidrar också med sin expertkompetens till utvecklingen av bostadsområden i kommunen. Det är dock angeläget att understryka att ansvaret för denna utveckling är ett brett samhällsuppdrag och inte enbart socialnämndens ansvar.

I socialnämndens Äldreplan 2022-2029 framgår att tillgången till anpassade och trygga boenden är en central del i att möta den demografiska utvecklingen och säkerställa goda livsvillkor för äldre. För bibehållen livskvalitet behövs moderna och välfungerande vård- och omsorgsboenden som stödjer trygghet, aktivitet och social delaktighet. En fortsatt satsning på hållbara och kvalitativa boendemiljöer är därför avgörande.

Socialförvaltningen ska enligt planen prioritera utvecklingen av välfärdsteknik och digitala lösningar som stärker äldres trygghet, självständighet och möjligheter till aktivitet. Teknik som används rätt kan bidra till att förbättra omsorgens kvalitet och underlätta den dagliga verksamheten.

Förvaltningen arbetar exempelvis med införande av sensorteknik, olika digitala aktivitetshjälpmedel och kommer under 2026 ta fram ett koncept kring GPS-larm. GPS-larm är en trygghetsskapande tjänst som tidigare testats i Luleå utan fortsatt användning, men används nu framgångsrikt i andra kommuner och ingår i Handslaget med SKR. Tekniken GPS-larm är en trygghetsskapande tjänst som erbjuds till personer med kognitiva nedsättningar.

Ökad trygghet: GPS-larm möjliggör att den enskilde kan vistas utanför hemmet och få larm om de inte hittar hem igen.

Säkerhet och självständighet: Syftet med GPS-larm är att ge den enskilde möjlighet att uppnå ökad självständighet och trygghet, även om de har funktionsnedsättningar.

Anpassning av larm: Larmen kan anpassas för att ge passiva larm baserat på geografiska trygghetszoner, vilket ökar tryggheten.

En översyn av utemiljön inom vård- och omsorgsboendena gjordes skyndsamt under pandemin men är också fortsatt en viktig del i Äldreplanen.

Dialog

Motionen har remitterats till socialförvaltningen för beredning. Förvaltningen har analyserat förslaget i dialog med berörda verksamhetsområden inom äldreomsorgen. Bedömningen har grundats på aktuell forskning, erfarenheter från verksamheten och relevanta styrdokument.

Beslutsunderlag

- Motion (KD) om demensby, SOC Hid: 2025.1672

Ida Johansson
Avdelningschef

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige
Verksamhetschef vård och omsorg



§ 93

Anmälan av motioner 2025-05-19

Ärendenr 2025/823-1.1.1.5

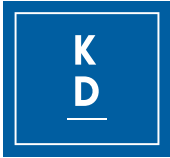
Kommunfullmäktiges beslut

Kommunfullmäktige beslutar att lägga redovisningen av väckta motioner perioden 23 april – 19 maj 2025 till handlingarna.

Beskrivning av ärendet

Följande motioner redovisas:

Ärendenr:	Förslagsställare:	Beskrivning:
KLF 2025/876	Fredrik Hjalte (L)	Motion (L) om studiefriid
KLF 2025/877	Fredrik Hjalte (L)	Motion (L) om feriejobb med möjlighet till extrajobb
KLF 2025/923	Fredrik Hjalte (L) Thomas Söderström (L) Ylva Mjårdell (L)	Motion (L) om höjda timmar i förskolan
KLF 2025/921	Samuel Ek (KD) Anne Wångblad (KD)	Motion (KD) om demensby
KLF 2025/922	Samuel Ek (KD) Anne Wångblad (KD)	Motion (KD) om ett trevligare äldreboende



Luleå, 28 april 2025

Motion till kommunfullmäktige Luleå

Demensby

Vi kristdemokrater har under en lång tid sett behovet av att förbättra och utveckla demensboenden i vår kommun. För personer med demenssjukdom är det viktigt att få komma ut i naturen från den miljö de befinner sig i för att stimulera sina olika sinnen. Det är dessutom fördelaktigt att kunna röra sig med lätthet. Många personer med demenssjukdom har svårt att vara sociala vilket medför en ofrivillig ensamhet.

Kommunen ska därför kunna erbjuda en trygg och säker vård med fungerande och samordnade insatser. Utvecklingen i Sverige visar att fler människor drabbas av demenssjukdom och andelen yngre som får diagnosen ökar. Vi behöver få en större acceptans för sjukdomen och skapa ett demensvänligare samhälle.

En ”demensby” är en sluten enhet där ”byn” disponerar ett område med flera hus där man bor och lever ett så vanligt liv som möjligt. Syftet med demensbyn är att vardagslivet ska påminna om det liv brukaren hade innan och att kunna leva så självständigt som möjligt. I området kan finnas en affär, restaurang, utrymmen för umgänge, frisör, fotvård med mera. Vårdpersonalen som arbetar i demensbyn utför även sysslor i affären eller restaurangen samtidigt som de vårdar de äldre. Inom området kan brukaren röra sig fritt. Demensbyar finns redan bl.a. i Schweiz, Nederländerna, Danmark. I Sverige har det hittills upprättats ett fåtal demensbyar. I Vellinge kommun finns landets första demensby. Linköping har tagit beslut om att införa och i Nässjö kommun finns det planer på att anlägga en demensby.

Kristdemokraterna i Luleå önskar att det skyndsamt görs en utredning för att pröva nya former av boendemiljöer för personer med demenssjukdom som alternativ till det vi kan erbjuda idag. Mot denna bakgrund är det därför angeläget att Luleå kommun beslutar:

- att utreda möjligheterna att upprätta en demensby utifrån Luleå kommuns förutsättningar och behov.

Samuel Ek och Anne Wångblad

Kristdemokraterna Luleå

Förslag till beslut gällande reviderade riktlinjer för informationssäkerhet

Ärendenr 2024/1251-1.3.1.3

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta reviderade riktlinjer för informationssäkerhet.

Sammanfattning av ärendet

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet och ska vara ett komplement till Luleå kommuns andra policys och riktlinjer. En god informationssäkerhet är idag en absolut nödvändighet för alla organisationer. Hoten mot organisationens informationstillgångar är många och ökar ständigt. Förbättrat och mer målinriktat informationssäkerhetsarbete har påbörjats från centralt håll med både tillsatta tjänster och nya uppdrag med tillhörande forum för att föra arbetet framåt.

Socialförvaltningens alla verksamheter är beroende av att informationen är tillgänglig för rätt person vid rätt tidpunkt och att den är riktig för att kunna fullfölja sina uppdrag och ge god service till medborgare och andra intressenter. Därför måste socialförvaltningen i likhet med andra organisationer säkerställa att informationen är skyddad och att ställda informationssäkerhetskrav är uppfyllda.

Utöver socialförvaltningens riktlinje finns det framtaget underlag för arbete med informationssäkerhet för hela Luleå kommun. Både riktlinjer, handbok och policy är uppdaterade för dagens hotbilder och utmaningar. Alla verksamheter inom socialförvaltningen har egna riktlinjer och rutiner som ska informera medarbetare om gällande lagar och regelverk kopplat till informationssäkerhet.

Syftet med detta dokument är att bidra till god kvalitet och säker vård genom att klargöra roller och ansvarsområden. Den tidigare framtagna riktlinjen hade en kombinerad funktion som både anvisning och informerande om gällande lagar och rutiner. Den nya riktlinjen är mer tydligt informativt för medarbetare oavsett roll för att förstå sitt ansvarsområde och vilka funktioner eller roller de kan vända sig till för att säkerställa hög informationssäkerhet inom förvaltningen.



Dialog

Dialog har skett med förvaltningens informationssäkerhetsamordnare, förvaltningens personuppgiftsombud samt MAS och MAR. En avstämning har gjorts mot kommunens övergripande beslutade dokument.

Beslutsunderlag

- Förslag - Reviderade riktlinjer för informationssäkerhet
Socialnämnden Luleå kommun
- Riktlinjer för informationssäkerhet beslutade SN 2021-03-25,
SOC Hid: 2021.2369

Ida Johansson

Avdelningschef ekonomi och infrastruktur

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp, Informationssäkerhetssamordnare, PUO

LULEÅ KOMMUN

Riktlinjer för informationssäkerhet Socialförvaltningen Luleå kommun

Försättsblad beställs hos kommunikationskontoret och infogas av nämndsekreterare efter att dokumentet har fastställts i nämnd eller annan beslutsinstans (se Riktlinjer för styrdokument på lulea.se).



Dokumenttyp	Ärendenr	Fastställd	Giltighetstid
Riktlinjer	2024/1251		2028-12-31
Dokumentansvarig	Senast reviderad	Beslutsinstans	Dokument gäller för
Ekonomi- och infrastruktur		Socialnämnden	Socialförvaltningen

Inledning

Riktlinje för informationssäkerhet beskriver roller och organisation för socialförvaltningens informationssäkerhetsarbete.

Informationssäkerhet handlar om att skydda information så att den alltid är korrekt, tillgänglig, spårbar och skyddad mot obehörig åtkomst. Det innebär att säkerställa att rätt personer har rätt information vid rätt tidpunkt, samtidigt som känsliga uppgifter skyddas från att läcka, förvanskas eller förstöras.

Inom socialförvaltningen innebär informationssäkerhet även att följa lagar, riktlinjer och interna rutiner så att individers personuppgifter hanteras tryggt, rättssäkert och professionellt i alla delar av verksamheten.

Riktlinjen kompletterar Luleå Kommuns Policy, Riktlinje och Handbok för informationssäkerhet. Den förtydligar hur ansvarsfördelning och roller har anpassats för socialförvaltningen – vem som ansvarar, vilka stödfunktioner och kontrollfunktioner som finns, och vilka övriga roller som i sitt uppdrag arbetar med skydd av informations-tillgångar.

Utöver central riktlinje finns också anvisningar och regelverk inom individuella verksamheter som informerar medarbetare om de gällande lagar och regelverk som påverkar medarbetarens uppdrag kopplat till informationssäkerhet.

T.ex. SoL, PDL, Socialtjänstdataregisterlagen och dessa ramverk ansvarar verksamheterna själva för att informera och utbilda personal i påverkan på sitt utförande.

Den lokala riktlinjen beskriver också hur socialförvaltningen systematiskt arbetar med, och följer upp, informationssäkerhet och dataskyddsfrågor (GDPR).

1. Organisation, roller och ansvar

Informationshantering inom socialförvaltningen ska vara organiserad så att den tillgodoser patient/brukarsäkerhet och håller god kvalitet.

Informationssäkerhet ska vara en naturlig del i det dagliga arbetet för alla verksamheter.

För att förvaltningen ska efterfölja rådande lagar och krav på datasäkerhet krävs det att alla medarbetare är införstådda i arbetssätt och rutiner för informationssäkerhetsarbetet.

Följande roller och ansvar är Socialförvaltningen, utöver det finns det central organisation och specificerade ansvar i Luleå Kommuns Policy, Riktlinje och Handbok för informationssäkerhet.

Medarbetare**	Medarbetare och/eller externa aktörer som hanterar kommunens informationstillgångar ska följa och läsa kommunövergripande instruktioner i riktlinjer och rutiner samt eventuella verksamhetsspecifika regler. Har en skyldighet att rapportera informationssäkerhetsrelaterade brister och incidenter.
---------------	--

	Om någon ändå väljer att bryta mot gällande styrdokument är det den enskilde som bär ansvaret för sitt handlande. Ska genomgå obligatoriska utbildningar gällande informationssäkerhet och hantering av personuppgifter
Chef	Ansvarar för: Att personalen är informerade om gällande lagstiftning och styrande dokument. Att beställa behörigheter hos objektsspecialister. Att beställa avslut av behörighet hos objektsspecialisten när användaren slutar eller får andra arbetsuppgifter. Att anställda genomgår utbildningar och tar del av aktuella riktlinjer. Att säkerställa medarbetarnas följsamhet för gällande rutiner och lagar
Socialdirektör	Socialdirektören är ytterst ansvarig för att förverkliga och säkerställa resurser för informationssäkerhetsarbetet inom verksamheten
Projektleadare	Verksamheten äger projektet via en utsedd projektägare som säkerställer att informationssäkerhetsfrågorna beaktas. Styrgruppen ska tillsammans med projektägaren fastställa lämplig säkerhetsnivå. Projektleadaren ansvar för att fastslagen säkerhetsnivå efterlevs i det praktiska projektarbetet och följer kommunens projektstyrningsmodell.
Förändringsledare	Vid förändring av rutiner och arbetssätt inom verksamheten krävs det att medarbetare som t.ex. verksamhetsutvecklare har i beaktning rådande rutiner och regelverk gällande informationssäkerhet. Medarbetare behöver utifrån det ta med det perspektivet för ROK och kontinuitetsplaner.
Dataskyddssamordnare	Samordnar arbetet utifrån GDPR. Hanterar förfrågningar om registerutdrag enligt GDPR. Säkerställa att register över system som hanterar personuppgifter finns. Stödjer i hanteringen av personuppgiftsincidenter, men det är ansvarig chef som hanterar incidenten. Personuppgiftsincidenter ska rapporteras via e-tjänst och ska av upptäckare rapporteras inom 24h. Därefter ska DSS stödja ansvarig chef med hantering av incidenten och också analysera incidenten för att följa IMYs rapporteringsskyldighet.

Arkivarie	Säkerställa hanteringen av arkiv i enlighet med arkivlag, arkivförordning och arkivreglemente.
Registrator	Hanterar inkommande och utgående handlingar, diariet för ärenden, tilldelar ärendenummer, registrerar beslut och ser till att dokument kopplas rätt i system.
Informationssäkerhetssamordnare	Informationssäkerhetssamordnaren stödjer arbetet med att uppnå informationssäkerhetspolicyns mål. Informationssäkerhetssamordnaren stödjer objektsägarnas arbete med att genomföra enskilda systemsäkerhetsanalyser. Informationssäkerhetssamordnaren kan vid behov initiera systemsäkerhetsanalyser
SAS – Socialt ansvarig samordnare	Ansvarar för att finns rutiner för dokumentation och riktlinjer för avvikelshantering, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah.
MAS – Medicinskt ansvarig Sjuksköterska	Ansvarar för att finns rutiner och riktlinjer för avvikelshantering, synpunkter, klagomål, Lex Maria. Säkerställer att hälso- och sjukvårdens dokumentation följer lag, genom journal- och loggkontroller.
MAR – Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Ansvarar för att det finns rutiner och riktlinjer för avvikelshantering, synpunkter, klagomål, Lex Maria. Säkerställer att hälso- och sjukvårdens dokumentation följer lag, genom journal- och loggkontroller.
GDPR-Samordnare	Medarbetare inom varje verksamhet som ansvarar för kontroll och åtgärder av den enskilda verksamhetens arbetssätt och rutiner som påverkas av gällande regelverk kopplat till GDPR
Nämnd	Socialnämnden är ytterst ansvarig för informationen och formellt informationsägare och personuppgiftsansvarig för socialförvaltningen. Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt och effektivt informationssäkerhets- och dataskyddsarbete inom verksamheten.
Objektägare-verksamhet	Objektägaren ska tilldela tillräckligt med resurser i objektets förvaltningsplaner så att informationssäkerhetsnivån kan uppnås.
Objektledare-verksamhet	Objektledare verkställer objektplanen genom att styra, leda och följa upp objektuppdraget. I det ansvaret ingår att system eller grupper av system i förvaltningsobjekt klassas så att rätt skyddsnivåer uppnås och att informationssäkerhetsrelaterade mål och åtgärder nås respektive genomförs. Objektledarens motsvarighet i den IT-nära förvaltningen är objektledare IT. Objektledaren kan vid behov delegera arbetsuppgifter till objektsspecialist.

	Objektledaren ansvarar för att alla system som hanterar personuppgifter ska klassas enligt flertalet lagar b.la. GDPR och NIS2.
Objektspecialist-verksamhet	Objektspecialist ska utföra informationssäkerhetsrelaterade aktiviteter på uppdrag av objektledaren. Objektspecialistens motsvarighet på den IT-nära förvaltningen kallas för Objektspecialist-IT.

2. Nätverk och grupper

Intern och extern samverkan inom informationssäkerhet och dataskydd sker utifrån behov i linjearbetet. Utöver det sker samverkan även inom olika nätverk och grupperingar inom kommunen. Nätverken arbetar för informationsdelning, kunskapsutbyte och metodutveckling för driva ett ändamålsenligt arbete enligt gällande lagstiftning på området. Dessa nätverk drivs ifrån den centrala säkerhet och beredskapsgruppen och har startats under hösten 2025.

3. Utbildning och information till medarbetare

Alla medarbetare ska genomgå de utbildningar inom informationssäkerhet och dataskydd som tillhandahålls av Luleå Kommun. Medarbetare ansvarar också för att fortlöpande hålla sig uppdaterade om gällande riktlinjer, rutiner och styrdokument inom informationssäkerhet, så att information hanteras korrekt, säkert och i enlighet med lagar och interna krav.

4. Behörighetshantering och loggning

Socialförvaltningen arbetar aktivt med att säkerställa korrekt behörighetshantering i våra verksamhetssystem. Beställningar av behörigheter ska ske via e-tjänster där ansvarig chef initierar beställningen, vilken därefter handläggs av behörig specialist. Detta säkerställer att rätt person får rätt åtkomst vid rätt tidpunkt, i enlighet med principen om minsta åtkomst.

I system som hanterar känslig information, såsom personuppgifter och sekretessbelagda data, ställs krav på loggning av medarbetares aktiviteter i den mån det är tekniskt och organisatoriskt möjligt.

Loggning är ett viktigt verktyg för att upptäcka och förebygga otillbörlig åtkomst samt för att möjliggöra spårbarhet vid incidenthantering.

Loggar ska granskas regelbundet av behörig och utpekad medarbetare för det aktuella systemet, alla loggar ska sparas enligt dokumenthanteringsplan.

Den personuppgiftsansvarige ska säkerställa att alla behöriga användare får tydlig information om hur deras tilldelade behörigheter får användas. Informationen ska klargöra att åtkomst till uppgifter om enskilda endast är tillåten när det finns ett faktiskt behov i arbetet inom socialtjänsten. Vidare ska användare informeras om att personliga lösenord och autentiseringsutrustning inte får delas eller göras tillgängliga för någon annan. Datorer och andra enheter som används för att hantera uppgifter om enskilda ska användas på ett

sätt som förhindrar obehörig åtkomst. Slutligen ska det framgå att all åtkomst till uppgifter om enskilda dokumenteras och kan bli föremål för kontroll.

Ovan hantering av åtkomst och behörighetstilldelning följs enligt 5te paragrafen tredje kapitlet i HSLF-SF 2025:58

5. System som delas med regionen och krav på autentisering

I samband med åtkomst till sjukvårdssystem som används gemensamt av kommun och region ställs krav på särskild inloggning för att säkerställa att endast behöriga användare får tillgång till känslig information. För detta ändamål används SITHS, vilket är en godkänd och säker autentiseringslösning enligt krav från SKR och Inera. SITHS möjliggör stark identifiering och bidrar därmed till att skydda både patientuppgifter och verksamhetens informationshantering. Exempel på nuvarande systemen är Lifecare, NPÖ, Pascal.

6. AI – egna system och funktion i verksamhetssystem

Vid användningen av AI verktyg som finns på Internet, får inte skyddsvärd eller sekretessklassad information användas.

Dock kan det finnas undantag där AI verktyg klassats som säkra av socialförvaltningen själva. AI-systemen måste vara säkra och skydda enskildas personuppgifter. Detta kan inkludera att använda kryptering, säkra lagringsmetoder och att ha en tydlig hantering av åtkomst och behörighet och att säkerställa att data inte lämnas ut utan stöd i lag.

Generellt måste AI-systemen kvalitetssäkras för att säkerställa att de fungerar korrekt och inte diskriminerar enskilda och att samtycken hanteras. För all AI som hanterar personuppgifter krävs PUB-avtal som specificerar användandet av dessa och även krav på att det utförs riskanalys enligt AI Act (kommande EU-lag).

7. Personliga behörigheter

Alla anställda ska använda sitt eget personliga användarkonto och tilldelade behörigheter vid arbete i socialförvaltningens verksamhetssystem. Delning av konton, inloggningsuppgifter eller användning av annan medarbetares konto är inte tillåten. Varje användare ansvarar för att skydda sina inloggningsuppgifter och säkerställa att de inte blir åtkomliga för obehöriga.

Syftet är att upprätthålla spårbarhet, säkerställa korrekt åtkomstkontroll och skydda känsliga personuppgifter.

8. Beredskap och kontinuitetsplaner

För alla verksamheter ska socialförvaltningen upprätthålla aktuella beredskaps- och kontinuitetsplaner för alla verksamhetssystem som stödjer samhällsviktiga funktioner i enlighet med b.la. NIS2-direktivets skärpta krav. Planerna ska säkerställa att verksamheten kan fortsätta vid IT-incidenter, driftstörningar eller andra händelser som påverkar tillgänglighet och säkerhet.

9. IT-enheter

Socialförvaltningen tillhandahåller både datorer och telefoner till medarbetare, antingen som personliga enheter eller som delade arbetsverktyg beroende på arbetets behov. Alla kommunens enheter uppfyller fastställda säkerhetskrav och är anslutna via säker VPN-uppkoppling för att skydda kommunens information och system.

Samtliga tjänstetelefoner hanteras genom MDM-lösning, vilket möjliggör central hantering, säkerhetsinställningar och skydd av enheterna. Vid användning av delade IT-enheter ansvarar varje medarbetare själv för att logga ut efter användning och att ingen personlig information sparas på enheten.

Vissa verksamhetssystem kan nås från privata enheter, men detta kräver tvåfaktorsautentisering för att säkerställa att obehöriga inte får åtkomst.

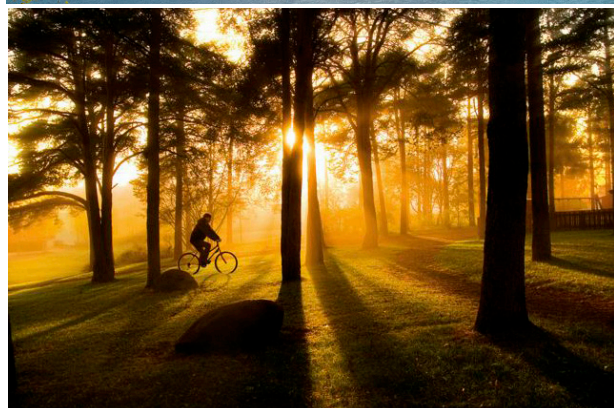
10. Leverantörskrav och styrning

Socialförvaltningen ska säkerställa att alla leverantörer av IT-tjänster och verksamhetssystem uppfyller krav på informations- och cybersäkerhet enligt NIS2 och övriga regelverk. Det innebär att leverantörer ska kunna visa att deras tjänster har tillräckliga tekniska och organisatoriska skydd, inklusive riskhantering, incidenthantering och säker utveckling. Förvaltningen ansvarar för att sådana krav finns i avtal, att leverantörer följs upp regelbundet och att deras underleverantörer inte utgör en säkerhetsrisk. Leverantörer ska också rapportera relevanta incidenter och medverka vid kontroller för att säkerställa att system som stödjer socialförvaltningens verksamhet förblir trygga och robusta. För alla system som hanterar personuppgifter är det lagkrav på att PUB-avtal etableras.



LULEÅ KOMMUN

... Riktlinjer



Informationssäkerhet

.....

Dokumenttyp	Ärendenummer	Fastställt	Giltighetstid
Plan	2020/203	2021-03-25	2022-12-31
Dokumentansvarig	Tidigare reviderad	Beslutsinstans	Dokument gäller för
Informationssäkerhets samordnare	2021-03-08	Socialnämnden	Socialförvaltningen



Inledning

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet och ska vara ett komplement till Luleå kommuns andra policys och riktlinjer.

En god informationssäkerhet är idag en absolut nödvändighet för alla organisationer. Hoten mot våra informationstillgångar är många och ökar ständigt.

Socialförvaltningens alla verksamheter är beroende av att informationen är tillgänglig för rätt person vid rätt tidpunkt och att den är riktig för att kunna fullfölja sina uppdrag och ge god service till medborgare och andra intressenter. Därför måste vi i likhet med andra organisationer säkerställa att informationen är skyddad och att ställda informationssäkerhetskrav är uppfyllda.

Syftet med dokumentet är att bidra till god kvalitet och säker vård.



Innehållsförteckning

Inledning	2
1. Syfte med dokumentet	4
2. Målgrupp	4
3. Hälso- och sjukvård	4
4. Socialtjänst	4
5. Ansvar och roller	4
6. Behandling av personuppgifter/journalområden	6
7. Sekretess, samtycke och allmän handling	8
10. Rådgivning	13
11. Incidenter driftsstopp och planerat underhåll	13
12. E-post och fax	13
13. Dokumentationsgranskning	14
14. Skyddade personuppgifter	14
15. Lagar och styrdokument	14



1. Syfte med dokumentet

Socialförvaltningens riktlinje för informationssäkerhet syftar till att komplettera de styrande dokument som finns i Luleå kommun (*Luleå kommuns informationssäkerhetspolicy samt riktlinje för informationssäkerhet för användare*).

2. Målgrupp

Riktlinjen är avsedd att vara ett stöd/komplement för de personer som arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen eller lagen om Stöd och Service på socialförvaltningen.

3. Hälso- och sjukvård

Enligt Patientdatalagen (PDL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas förutom legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor även de som biträder legitimerad personal, det vill säga alla som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering. (HSLFS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården).

4. Socialtjänst

Dokumentationsskyldigheten gäller alla verksamheter som arbetar utifrån socialtjänstlagen (SOL) och lagen om Stöd- och Service till vissa funktionshindrade (LSS). Skyldigheten gäller vid handläggning av ärenden samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamheten. (SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL, LVU, LVM och LSS). Biståndsfria serviceinsatser omfattas inte av dokumentationsskyldigheten.

5. Ansvar och roller

5.1 Socialnämnden

- Har det övergripande ansvaret för informationssäkerheten.
- Socialnämnden är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen för den personuppgiftsbehandling som sker inom dess ansvarsområde.
- Socialnämnden utser dataskyddsombud och ska kontrollera att informationssäkerhetsarbetet fungerar liksom att regler för personlig integritet följs.

5.2 Socialchefs ansvar

- Ansvar för att förvaltningen har resurser för att bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete



- Ansvarar för att utse personuppgiftsombud

5.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas samt Medicinskt ansvarig för rehabiliterings ansvar (MAS, MAR)

- Har ett övergripande ansvar för att det finns riktlinjer för dokumentation och journalföring inom hälso- och sjukvården
- Ansvarar för att rutiner för journalföring är ändamålsenliga och säkra samt att loggkontroller genomförs.
- Informerar informationssäkerhetssamordnare vid misstanke om oegentligheter eller missbruk av behörigheter och initierar utredning

5.4 Socialt ansvarig samordnares ansvar (SAS)

- Har ett övergripande ansvar för att det finns riktlinjer för dokumentation och journalföring inom socialtjänsten
- Informerar informationssäkerhetssamordnare vid misstanke om oegentligheter eller missbruk av behörigheter och initierar utredning

5.5 Chefens ansvar

- Att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av personuppgifter
- Genomföra behovs- och riskanalys inför tilldelning av behörigheter i verksamhetssystemet
- Beställa och avsluta behörigheter hos systemadministratör
- Informerar informationssäkerhetssamordnare vid misstanke om oegentligheter eller missbruk av behörigheter och initierar utredning

5.6 Informationssäkerhetssamordnare

- Informationssäkerhetssamordnaren ansvarar för förvaltningens löpande arbete med ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete
- Ska säkerställa att informationssäkerhetsperspektivet tillämpas vid samtliga nyanskaffningar av digitala lösningar
- Har ett övergripande ansvar att regelbundna loggkontroller genomförs
- Vid misstanke om eller missbruk av behörigheter initiera utredningar
- Kontrollera att utredningar om informationssäkerhetsincidenter genomförs och att föreslagna åtgärder har vidtagits
- Kontrollera att personuppgiftsincidenter omhändertas på korrekt sätt

5.7 Användarens ansvar

- Ansvarar för att använda verksamhetssystem i enlighet med gällande lagstiftning
- Att vara uppdaterad om rutiner och riktlinjer om informationssäkerhet samt att följa dessa



- Att endast ta del av information angående brukare/patienter som man deltar i vården med
- Ska rapportera informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter enligt rutin

5.8 Systemförvaltare

- Ansvarar för den dagliga användningen och dokumentation av verksamhetssystem och att underhåll av systemen görs på ett strukturerat sätt
- Ansvarar för den löpande kontakten med leverantör av system respektive drift
- Ansvarar för att utbildningsmaterial finns
- Ansvarar för att rutiner finns som säkerställer fortbildning för befintliga användare såsom utbildning av nya användare
- Informerar informationssäkerhetssamordnare vid misstanke om oegentligheter eller missbruk av behörigheter och initierar utredning

5.9 Systemadministratörens ansvar (vid behov)

- Svarar för behörighetstilldelning i verksamhetssystemet
- Utbildar i verksamhetssystemet
- Hjälper och assisterar systemanvändare till korrekt användning
- Administrerar HSA katalog och SITHS-kort

6. Behandling av personuppgifter/journalområden

6.1 Treserva

Är det huvudsakliga verksamhetssystem som används för behandling av personuppgifter vid journalföring.

6.2 HSA- hälso- och sjukvårdens adressregister

HSA är en elektronisk katalogtjänst som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare.

HSA är en viktig grundtjänst för att många andra nationella tjänster ska fungera. Ett antal arbetsuppgifter kräver tvåfaktorsautentisering via HSA och användandet av SITHS.

6.3 SITHS- säker IT i hälso- och sjukvård

SITHS är en del av den tekniska infrastrukturen som ingår i den nationella IT- strategin. Denna säkerhetslösning bygger på att anställda i vård och omsorg har ett personligt elektroniskt ID-kort med elektroniska legitimationer som möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information.



6.4 PASCAL

Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar (dospatienter).

6.5 NPÖ

Nationell patientöversikt, NPÖ är inte ett journalsystem utan en tjänst som hämtar information från respektive journalsystem (den information som respektive region, kommun eller privat vårdgivare valt att visa i NPÖ).

6.6 Symfoni

Symfoni används för Region Norrbottens uppsökande verksamhet för tandvårdsstöd och ägs av Regionen. Kommunens biståndshandläggare, ansvariga för personer med LSS-beslut i eget boende, enhetschefer/föreståndare i kommunernas särskilda boenden, enhetschefer inom hälso- och sjukvård samt legitimerade sjuksköterskor är behöriga att utfärda intygsunderlag för rätt till uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

6.7 SSBTEK

SSBTEK är en digital tjänst som bidrar till en förenklad handläggning av ekonomiskt bistånd. Handläggare inom ekonomiskt bistånd kan få utlämnat information från myndigheter och a-kassor.

6.8 TES

Skapa, planera och schemalägga besök som kan vara ett biståndsbeslut eller ett tjänsteköp. Personalen får sitt insatsschema i mobiltelefonens applikation där de checkar av att besöket utförts vilket återredovisas till TES och Treserva.

6.9 Journal Digital

Ett dokumentations- och behandlingsstöd inom öppenvården.

6.10 AiAi Kaustik

Ett inrapporteringssystem av utförd tid hos brukare med personlig assistans till Försäkringskassan.

6.11 LifeCare

Ett IT-stöd vid samordnad vårdplanering mellan sjukhus, kommun, primärvård och psykiatrisk öppenvård.



6.12 Nationella kvalitetsregister

I Sverige finns ett stort antal andra nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvården. De används bland annat för förbättringsarbete och uppföljning samt för forskning.

- Senior Alert
- Svenska palliativregistret
- Beteendemässiga och Psykiska Symptom (BPSD)

6.13 Trygghetslarm

Socialförvaltningen har ett datasystem för att administrera tjänsten trygghetslarm till de medborgare som behöver hjälp i hemmet. Systemet innehåller ett register för själva trygghetslarmen och ett annat för administrationen av larmen. Personalen kan prata med brukare med trygghetstelefonen.

6.14 E-tjänster

Socialförvaltningen använder ett flertal e-tjänster som medborgare kan använda för att söka olika typer av stöd/insatser.

7. Sekretess, samtycke och allmän handling

7.1 Informationsplikt

Den enskilde ska hållas informerad om de journalanteckningar som förs om honom eller henne. Den enskilde har rätt att få ta del av handlingar som berör honom/henne. Undantag regleras i OSL 25 kap. 6 § (hälso- och sjukvård) och OSL 26 kap. 5 § (socialtjänst).

7.2 Sekretess och tystnadsplikt

Stark sekretess gäller inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för uppgifter om personliga förhållande, detta gäller samtliga anställda inklusive tillfälligt anställda och praktikanter (Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 25 kap.1 § och 26 kap. 1 §).

OSL är inte tillämplig för privata vårdgivare samt enskilda verksamheter enligt LSS och SoL. Istället finns regleringen om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL, 29 § LSS samt 6 kap. 12 § Patientsäkerhetslagen (PSL). Innebörden av sekretess och tystnadsplikt är densamma.

7.3 Sekretessbrytande bestämmelse

En sekretessbrytande bestämmelse såsom den enskildes samtycke, innebär att uppgifter kan utväxlas mellan olika myndigheter eller verksamhetsgrenar.



Sekretessbrytande bestämmelser och undantag från sekretessen finns i OSL 10kap. och 12kap. Dessa bestämmelser handlar bland annat om samtycke, nödvändigt utlämnande, partsinsyn, förhindrande eller avbrytande av vissa brott och att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. Det sistnämnda innebär exempelvis att tillsynsmyndigheter har rätt att få journaluppgifter utlämnade.

7.4 Inre sekretess

Med inre sekretess menas att uppgifter innanför en sekretessgräns som omfattas av sekretess bara får lämnas mellan olika professioner i den utsträckning som behövs för ett ärendes handläggning eller verksamhetens bedrivande. Den personal som deltar i vården/omvårdnaden kring en person har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård/omvårdnad/omsorg. Personal som inte deltar i arbetet kring patienten/den enskilde får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns. I verksamhetssystemet loggas alla personaktiviteter.

7.5 Nödåtkomst

Då en nödsituation föreligger kan en vårdgivare ta del av information om en patient utan att ha inhämtat samtycke. Vårdgivaren måste då ha gjort bedömningen att dokumentationen kan antas ha betydelse för patientens liv och hälsa.

7.6 Spärr av uppgifter i patientjournalen

Patienten har en uttrycklig rätt enligt PDL kap. 4–5§ att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess. I dessa fall ska uppgifterna genast spärras. Uttrycker patienten önskemål om att hans/hennes uppgifter ska vara spärrade kan en pappersjournal upprättas.

Finns uppgifter sedan tidigare i verksamhetssystemet ska dessa göras otillgängliga och kontakt tas med systemförvaltaren. I journalsystemet dokumenteras endast att patienten har en pappersjournal upprättad.

7.7 Allmän handling

Allmän handling kan antingen vara offentlig eller hemlig. Allmän handling ska på begäran lämnas ut om den inte innehåller uppgifter som kan vara sekretessbelagda. Alla handlingar i personakten/sociala dokumentationen /patientjournalen är allmänna handlingar, men omfattas av sekretess. Minnesanteckningar är inte en allmän handling.

7.8 Samtycken



Samtyckesbegreppet är centralt i socialtjänsten men definieras på olika sätt beroende på lagstiftning. Det är viktigt att vara medveten om vilken lagstiftning som insatsen faller in under, GDPR, HSL, Sol eller LSS.

7.8.1 Samtycke enligt GDPR

Den rättsliga grunden för samtycke innebär att den registrerade säger ja till personuppgiftsbehandlingen. I de allra flesta fall är det en för myndigheten socialtjänst olämplig grund att stödja sig på. En vanlig missuppfattning är att det alltid krävs samtycke för att få behandla någons personuppgifter.

Den rättsliga grunden samtycke enligt GDPR kräver frivillighet och jämlikhet. Maktförhållandet mellan en myndighet och medborgare är oftast ojämnt. Den registrerade ska alltid kunna säga nej och ett nej ska aldrig innebära negativa konsekvenser. Ett samtycke ska alltid vara möjligt att återkalla och åtgärden för att återkalla ska vara lika enkel som att säga ja. Samtycke kan inte användas om socialtjänsten bedömer att personuppgifterna är nödvändiga för att verksamheten ska fungera.

Ändamålet för samtycket måste vara specificerat i förväg och får inte förändras över tid. Proceduren för att lämna samtycke måste vara entydig. Den registrerade ska till alla delar informeras om vad den samtycker till. För att samtycket ska anses vara frivilligt måste det som regel vara möjligt att ge separata samtycken för olika behandlingar av personuppgifter.

Samtycken måste dokumenteras med hur, när och samt vilken information som den registrerade fick. Socialtjänsten ska kunna visa att den registrerade har fått relevant information samt att arbetssättet uppfyller kraven. Återtagna samtycken ska också dokumenteras.

Om det finns planer på att inhämta samtycken från barn så råder särskilt höga krav. Föräldrars samtycke krävs inte för förebyggande eller rådgivande tjänster som erbjuds direkt till barn. Detta för att barn ska kunna söka råd eller stöd utan att föräldrarna känner till det, till exempel hos Bris.

När personuppgifter behandlas med stöd av samtycke eller avtal gäller så kallad dataportabilitet. Det innebär att den registrerade har rätt att få ut sina personuppgifter eller få dem överförda till en annan personuppgiftsansvarig om det är tekniskt möjligt.

7.8.2 Samtycke enligt HSL

Ett samtycke enligt HSL kan vara:

- Uttryckt, skriftligen eller muntligen
- Konkludent (agerande från den enskilda)
- Presumerat (den som vidtar åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildas vilja)



- Inre samtycke (den enskilde har informerats och har inte gett uttryck för motvilja, den enskilde är fullt medveten om vad som planeras)

Anhöriga, närstående, God man och förvaltare kan inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av skyddsåtgärder. Samtycket ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Den enskilde kan närsomhelst återkalla samtycket.

7.8.3 Samtycke enligt SoL och LSS

Samtycke enligt SoL och LSS innebär att den enskilde ger sitt samtycke till att en insats beviljas och att ett visst stöd utförs vid genomförandet. SoL och LSS bygger på frivillighet och kan inte utföras mot den enskildas önskan. Insatserna ska byggas på den enskildes frivillighet, inflytande och självbestämmande. Information och kommunikation ska utgå ifrån den enskildes behov. Samtycket behöver inte vara skriftligt.

8. Loggning

Personalen ska känna till att loggar sparas och används för att kontrollera att endast behöriga användare tar del av uppgifterna så att medborgarnas integritet upprätthålls. Syftet med loggningen är att både verka avhållande från samt att upptäcka otillåtet intrång. I loggarna kan man exempelvis utläsa när användaren varit inloggad, vilka eventuella förändringar som gjorts och vid vilken tidpunkt.

Vid misstanke om missbruk av kommunens utrustning eller information så kan förvaltningschef/kontorschef/bolagschef begära loggranskning avseende den användare eller applikation misstanken gäller. Vid misstanke om brott lämnas ärendet vidare till brottsutredande myndighet.

9. Förvaring och hantering

Patientjournaler/personakter ska förvaras så att de är läsbara fram till dess att de får gallras. De ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. De ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. När de inte används ska de förvaras i ett låsbart skåp på personalens kontor. När de används ska ingen obehörig kunna komma åt att läsa dem under tiden de ligger framme eller finns synliga i datorn.

Om samma person får insatser enligt HSL, LSS och SoL ska handlingarna hållas åtskilda. Det finns några få undantag från detta, se separat rutin. Det handlar om handlingar som måste förvaras hemma hos patienten/den enskilde. Minnesanteckningar inom Folkhälsas råd- och stödverksamheter ska förvaras och hanteras enligt rutin.

9.1 Handlingar som kan vara aktuella att skriva ut



För att kunna upprätthålla verksamhetens kontinuitet även vid driftsavbrott eller otillgänglighet i verksamhetssystemen är det av vikt att genomföra en riskbedömning av vilka handlingar som ska finnas tillgängliga. Exempel på handlingar som kan vara utskrivna:

- Journalanteckning/ar
- Planer, exempelvis vårdplan, rehabiliteringsplan, habiliteringsplan
- Ordinationer
- Träningsprogram
- Signeringslistor

9.2 Skanning och användning av digitalkamera

Det är tillåtet med inskannad information från annat originaldokument samt att använda foton som handling av patientjournalen.

9.3 Arkivering, bevarande och gallring

Journalhandlingar bevaras i arkiv eller i verksamhetssystemet. Alla signeringslistor gällande förskrivningar/ordinationer inom hälso- och sjukvården är journalhandlingar och ska sparas. Rutiner för arkivering ska finnas enligt socialförvaltningens dokumenthanteringsplan.

Gallringsplikt enligt SOL och LSS

Huvudregeln är att handlingar i en personakt ska gallras fem år efter senaste anteckningen gjordes i akten. Uppgifterna får inte gallras så länge uppgifterna om samma person finns kvar i en sammanställning av personuppgifter, det vill säga ett register. Gallringen ska göras årligen och den ska vara avslutad senast kalenderåret efter det att gallringsskyldigheten inträdde.

Vissa handlingar ska av hänsyn till forskningens behov undantas från gallring. Detta gäller individrelaterade material som ska undantas från gallring utgörs av handlingar rörande personer födda den

- femte,
- femtonde och
- tjugofemte i varje månad

Undantag gäller handlingar som har kommit in eller upprättats i samband med att en underårig placerats eller tagits emot i ett hem för vård eller boende, i ett familjehem eller i ett annat särskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om honom/henne.

Huvudregeln är att gallringsplikten i enskild verksamhet innebär att handlingar ska gallras två år efter att sista anteckningen gjordes i akten. Arkivering och gallring hanteras i



särskild rutin och finns beskrivet i dokumenthanteringsplanen som gäller för Luleå kommun.

10. Rådgivning

10.1 Telefonförfrågan/rådgivning inom HSL och IFO

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentation ska göras i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till samtalet. Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.

11. Incidenter driftsstopp och planerat underhåll

Vid driftsstopp ska patientens/den enskildes rätt till en god och säker vård och omsorg säkerställas.

För att säkerställa vården vid oplanerade driftsstopp har förvaltningen beredskapsavtal med *Innovation och Utveckling* som säkerställer möjligheten att återställa systemet till ett normal status, dygnet runt alla dagar.

12. E-post och fax

12.1 E-post

- E-post innebär i princip alltid att man behandlar personuppgifter. Själva e-postadressen i sig är oftast en personuppgift och all annan information i meddelandet som kan kopplas till en enskild person är också personuppgifter.
- När ni mottagit och läst e-posten, bedöm om uppgifterna ska bevaras och var det i så fall ska ske för att uppfylla de krav som gäller för just dessa uppgifter, exempelvis ett ärendehanteringssystem.
- Skicka inte känsliga personuppgifter i oskyddad e-post
- Om en person skickar e-post till er och nämner en tredje person så kan ni behöva informera den tredje personen om att ni behandlar personuppgifter om hen. Ni måste göra en sammanvägd bedömning utifrån omständigheterna i varje enskilt fall om arbetsinsatsen för att få tag i personen och ge informationen står i proportion till vikten av att personen informeras.
- Office 365 uppfyller inte de säkerhetsaspekter vi har för kommunikation med medborgare, företag och myndigheter.



Länk till [Integritetsskyddsmyndigheten](#)

12.2 Fax

- En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att sändningen antingen kan bevakas eller få bekräftat att faxen finns i ett låst utrymme så obehöriga inte har tillträde.
- Personuppgifterna på de journalhandlingar som ska faxas avidentifieras och lämnas per telefon. Förprogrammerade kortnummer ska användas. Mottagaren ska bekräfta att faxet kommit fram.

13. Dokumentationsgranskning

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet ska granskas. Detta görs på olika sätt, granskning av journalföringen genomförs regelbundet och kontrolleras av MAS, MAR, SAS samt de interna egenkontrollerna utförs löpande av verksamheten själva. Utgångspunkten är att kontrollera om dokumentationen stämmer överens med gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd. Granskning av journalföring inom hälso- och sjukvård kan ske genom kollegiegranskningar som utförs enligt fastställd mall.

14. Skyddade personuppgifter

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är normalt sett offentliga men under vissa omständigheter kan en patient/enskild ha skyddade personuppgifter. Detta gäller exempelvis i vissa fall när det finns en hotbild mot den enskilde. När en medarbetare får kännedom om att en patient/enskild har skyddad identitet ska han/hon vända sig omgående till sin närmaste chef. Verksamheten är skyldig att hantera dessa uppgifter enligt rutin och handlingsplan.

15. Lagar och styrdokument

Arkivlagen (SFS 1990:782)

Förvaltningslag (2017:900)

Kommunallagen (2017:725)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)



Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (SFS 1993: 387)

Lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade SFS 2017:735

Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)(SFS 2009:400)

Patientdatalagen, PDL (SFS 2008:355)

Patientsäkerhetslagen (PSL) (sfs 2010:659)

Smittskyddslagen (SFS 2004:168)

Socialtjänstlagen (SOL) (SFS 2001: 453)

Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2014:5) dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL, LVU, LVM och LSS.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:24) ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2014:5)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården;(HSLF-FS 2016:40)

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:6) allmänna råd om handläggning av ärenden som gäller barn och unga

SOSFS 2005:29 socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.

SOSFS 2004:11 socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Datainspektionens hemsida för mer information gällande personuppgiftshantering GDPR (EU) 2016/679)

Socialstyrelsen gällande skyddade personuppgifter

(NIS) Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster

Revidering av socialnämndens delegationsordning

Ärendenr 2026/125-3.9.0.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att revidera delegationsordningen enligt beskrivning nedan.

Sammanfattning av ärendet

I socialnämndens delegationsordning saknas en punkt avseende yttrande till kriminalvården för en intagen att ha sitt spädbarn hos sig och föreslår därför att delegationsordningen kompletteras med en ny punkt.

Förslaget är att den nya punkten läggs till i kapitel 17, Yttranden, beslut enligt nedan:

Ny	Yttranden till kriminalvården	11§ fängelseordningen	Enhetschef	Anmäls till SN
----	----------------------------------	--------------------------	------------	----------------

Dialog

Dialog har genomförts med kommunjurist och specialistsocionom barn och unga.

Lena Johansson
Socialt ansvarig samordnare

Beslutet skickas till

Verksamhetschef barn och unga.



Förslag till beslut gällande ansökan om statsbidrag för verksamhet med personligt ombud 2026

Ärendenr 2025/1480-2.4.3.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att hos Länsstyrelsen i Norrbottens län ansöka om statsbidrag för verksamhet med tre (3) personliga ombud för år 2026.

Sammanfattning av ärendet

Socialtjänsten i Luleå kommun har möjlighet att ansöka om statsbidrag för verksamhet med personligt ombud för år 2026. Statsbidraget, som fördelas av Socialstyrelsen, täcker historiskt cirka 55–60 procent av kostnaden per personligt ombud. För år 2025 tilldelades Luleå kommun 392 251 kronor per personligt ombud, vilket motsvarar ett totalt statsbidrag om 1 176 753 kronor.

Regeringen har beslutat att år 2026 utöka statsbidraget med 83 miljoner kronor för att öka förutsättningarna att stärka stödet för en målgrupp som ofta riskerar att hamna mellan stolarna i välfärdssystemet.

Verksamheten riktar sig till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning som innebär betydande svårigheter i vardagen. Under år 2025 har kommunen haft tre personliga ombud anställda, vilket i nuläget bedöms motsvara behovet utifrån inkomna ansökningar.

Beskrivning av ärendet

Socialtjänsten i Luleå kommun bedriver verksamhet med personligt ombud som riktar sig till personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar som medför omfattande svårigheter att klara vardagens olika livsområden. Insatsen omfattar även personer med samsjuklighet, psykisk funktionsnedsättning kopplad till hemlöshet samt personer som riskerar att utveckla allvarliga funktionsnedsättningar.

Verksamheten finansieras delvis genom statsbidrag som handläggs av Socialstyrelsen. Bidragets omfattning varierar årligen och baseras på antalet ansökande kommuner samt antalet personliga ombud i respektive kommun. Under tidigare år har statsbidraget motsvarat cirka 55–60 procent av kostnaden per ombud.

Det personliga ombudet arbetar uteslutande på uppdrag av individen och utgår från dennes behov, mål och rättigheter. Insatsen är frivillig och kräver



varken biståndsbeslut eller remiss. Personliga ombud ska vara fristående från myndighetsutövning.

Uppdraget för personliga ombud innebär att stödja individen i kontakter med olika myndigheter och samhällsinstanser, bidra till samordning av insatser samt verka för att säkerställa tillgång till samhällets utbud av vård, rehabilitering, stöd och service. Inom ramen för uppdraget kan personliga ombud även uppmärksamma och rapportera systemfel eller brister som påverkar målgruppens möjligheter att få adekvat stöd.

Dialog

Dialog har bland annat förts i de personliga ombudens ledningsgrupp som utgörs av Samordningsförbundet. Där ingår Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Regionen, närpsykiatri, socialtjänsten och arbetsmarknads- och utbildningsförvaltningen. De personliga ombuden har även dialog med civilsamhället och brukarorganisationer.

Helena Muotka
Enhetschef

Beslutet skickas till

Länsstyrelsen i Norrbottens län
Socialförvaltningens ledningsgrupp
Förebyggande stöd vuxna, enhetschef

Förslag till beslut gällande rekvirering av stimulansmedel för insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026

Ärendenr 2025/1562-2.4.3.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekquirera stimulansmedel om 1 499 311 kr för insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har för år 2026 förnyat överenskommelsen om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Inom ramen för överenskommelsen avsätter regeringen totalt 1,32 miljarder kronor i syfte att stärka den psykiska hälsan i befolkningen samt förebygga psykisk ohälsa och suicid.

Överenskommelsen utgår från den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention och riktar in sig på fyra prioriterade utvecklingsområden: genomförande av strategin, insatser för att främja psykisk hälsa hos barn och unga, utveckling av stöd till personer med komplexa behov samt ett stärkt suicidpreventivt arbete. Kommunerna kan inom ramen för överenskommelsen ta del av stimulansmedel för riktade insatser.

Beskrivning av ärendet

Regeringen och SKR ingår årliga överenskommelser som syftar till att stärka och utveckla arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention i kommuner och regioner. För år 2026 har parterna beslutat att fortsätta satsningen i linje med den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, *Det handlar om livet*. Överenskommelsen omfattar totalt 1,32 miljarder kronor som ska fördelas till kommuner och regioner genom olika former av stimulansmedel och riktade satsningar.

Överenskommelsen är strukturerad kring fyra övergripande utvecklingsområden. Det första området avser genomförandet av den nationella strategin och syftar till att säkerställa långsiktig och systematisk utveckling av arbetet inom psykisk hälsa. Det andra området fokuserar särskilt på barn och unga och omfattar insatser som främjar psykisk hälsa samt förebygger psykisk ohälsa i tidiga skeden. Det tredje utvecklingsområdet riktar sig till personer med komplexa behov, med särskilt fokus på samsjuklighet samt utveckling inom psykiatrisk heldygnsvård, tvångsvård

och rättspsykiatrisk vård. Det fjärde området avser ett stärkt och mer samordnat suicidpreventivt arbete.

För kommunernas del har satsningarna under det senaste året haft ett tydligt fokus på barn och unga, vilket även bedöms vara inriktningen för 2026. Anvisningar för hur stimulansmedlen ska användas har ännu inte publicerats, men utifrån tidigare års överenskommelser bedöms inriktning och krav i huvudsak komma att överensstämma med 2025 års anvisningar.

Dialog

Socialtjänsten har inom ramen för arbetet med psykisk hälsa och förebyggande insatser för barn och unga haft dialog med flera berörda aktörer. Dialog har förts med andra kommunala förvaltningar som arbetar med barn och unga, bland annat inom utbildning, elevhälsa samt kultur- och fritidsverksamhet, i syfte att stärka samordning och tidiga insatser. Vidare har socialtjänsten haft dialog med intresse- och brukarorganisationer samt aktörer inom civilsamhället som bedriver verksamhet riktad till barn och unga. Dialogen har utgjort ett viktigt underlag för att fånga målgruppens perspektiv och för fortsatt planering av insatser inom området psykisk hälsa

Beslutsunderlag

- Uppdrag till Kammarkollegiet att betala ut medel i enlighet med tilläggsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. SOC Hid: 2025.3736

Helena Muotka
Enhetschef

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Enhetschef förebyggande stöd

SocialdepartementetKammarkollegiet
Box 2218
103 15 Stockholm

Uppdrag till Kammarkollegiet att betala ut medel i enlighet med tilläggsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026

Regeringens beslut

Regeringen ger Kammarkollegiet i uppdrag att, i enlighet med tilläggsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026, betala ut 1 291 000 000 kronor till regionerna och kommunerna samt till regioner och kommuner gemensamt (länsvis), i enlighet med *bilagan*.

De länsgemensamma medlen ska betalas ut till den mottagare som regionerna och kommunerna, till Kammarkollegiet, anger som mottagare.

Regeringen ger även Kammarkollegiet i uppdrag att, i enlighet med samma överenskommelse, betala ut 29 000 000 kronor till SKR.

Medlen ska betalas ut engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet senast den 1 december 2026. Medel som inte har använts för avsett ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2027.

Utgifterna ska redovisas mot det inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg för budgetåret 2026 uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret 2026 som visar hur de medel som har tilldelats regionerna, kommunerna, regioner och kommuner

gemensamt (länsvis) samt SKR har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2027.

Rekvisition, återbetalning och redovisning av medel ska hänvisa till diarienumret för detta beslut.

Ärendet

Staten och SKR har ingått en tilläggsöverenskommelse om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026 (S2025/02060). Tilläggsöverenskommelsen, som innebär en förlängning av 2025 års överenskommelse, syftar till att genom ekonomiska incitament utveckla arbetet i kommuner och regioner för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt öka tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet för personer med psykisk ohälsa.

För 2026 avsätter regeringen 1 320 000 000 kronor inom ramen för tilläggsöverenskommelsen, varav 250 000 000 kronor fördelas till kommunerna, 548 000 000 kronor till regionerna, 493 000 000 kronor till kommuner och regioner gemensamt samt 29 000 000 kronor till SKR.

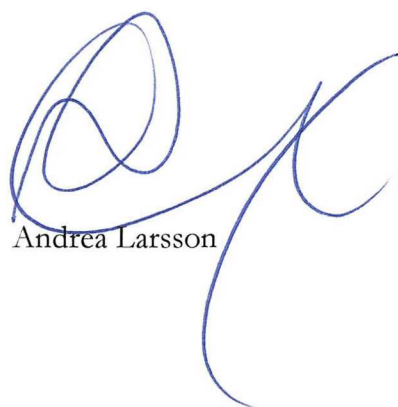
Av tilläggsöverenskommelsen följer att regioner och kommuner samt regioner och kommuner gemensamt (länsvis) ska redovisa de insatser som har genomförts med stöd av medlen från överenskommelsen, inbegripet en ekonomisk redovisning.

Av tilläggsöverenskommelsen följer även att SKR ska lämna en delrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2026 och en verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2027.

På regeringens vägnar



Jakob Forssmed



Andrea Larsson

Kopia till

Finansdepartementet/BA, ESA, K
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ekonomi och Affärer
Folkhälsomyndigheten
Socialstyrelsen
regionerna
kommunerna
Sveriges Kommuner och Regioner



Socialdepartementet

Bilaga: Fördelning av medel i enlighet med tilläggsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026

Medel till kommunerna

Medel till kommunerna i överenskommelsen fördelas enligt ett fast belopp om 200 000 kronor per kommun och resterande del (192 000 000 kronor) enligt befolkningsmängd 0–18 år i respektive kommun per augusti 2025, enligt uppgifter från Statistikmyndigheten SCB.

Kommun	Fast belopp	Befolkningsviktat belopp	Totalt per kommun
Upplands Väsby	200 000	1 015 591	1 215 591
Vallentuna	200 000	742 315	942 315
Österåker	200 000	1 017 835	1 217 835
Värmdö	200 000	931 951	1 131 951
Järfälla	200 000	1 752 727	1 952 727
Ekerö	200 000	660 402	860 402
Huddinge	200 000	2 392 931	2 592 931
Botkyrka	200 000	1 956 777	2 156 777
Salem	200 000	385 141	585 141
Haninge	200 000	2 062 083	2 262 083
Tyresö	200 000	1 016 195	1 216 195
Upplands-Bro	200 000	719 442	919 442
Nykvarn	200 000	269 305	469 305
Täby	200 000	1 580 009	1 780 009
Danderyd	200 000	661 696	861 696
Sollentuna	200 000	1 599 862	1 799 862

Stockholm	200 000	16 736 187	16 936 187
Södertälje	200 000	1 960 144	2 160 144
Nacka	200 000	2 381 796	2 581 796
Sundbyberg	200 000	974 418	1 174 418
Solna	200 000	1 306 820	1 506 820
Lidingö	200 000	966 909	1 166 909
Vaxholm	200 000	214 840	414 840
Norrtälje	200 000	1 054 088	1 254 088
Sigtuna	200 000	1 121 069	1 321 069
Nynäshamn	200 000	559 153	759 153
Håbo	200 000	470 852	670 852
Älvkarleby	200 000	176 429	376 429
Knivsta	200 000	496 488	696 488
Heby	200 000	255 926	455 926
Tierp	200 000	375 646	575 646
Uppsala	200 000	4 315 354	4 515 354
Enköping	200 000	944 726	1 144 726
Östhammar	200 000	374 006	574 006
Vingåker	200 000	145 010	345 010
Gnesta	200 000	215 789	415 789
Nyköping	200 000	1 080 241	1 280 241
Oxelösund	200 000	207 158	407 158
Flen	200 000	254 804	454 804
Katrineholm	200 000	626 480	826 480
Eskilstuna	200 000	2 040 763	2 240 763
Strängnäs	200 000	742 833	942 833
Trosa	200 000	282 770	482 770
Ödeshög	200 000	86 747	286 747
Ydre	200 000	57 832	257 832
Kinda	200 000	175 825	375 825
Boxholm	200 000	93 135	293 135
Åtvidaberg	200 000	200 339	400 339
Finspång	200 000	382 465	582 465
Valdemarsvik	200 000	111 520	311 520
Linköping	200 000	2 933 526	3 133 526
Norrköping	200 000	2 679 931	2 879 931
Söderköping	200 000	280 095	480 095
Motala	200 000	776 496	976 496
Vadstena	200 000	107 549	307 549
Mjölby	200 000	548 795	748 795
Aneby	200 000	134 739	334 739
Gnosjö	200 000	164 690	364 690
Mullsjö	200 000	150 189	350 189

Habo	200 000	326 791	526 791
Gislaved	200 000	538 006	738 006
Vaggeryd	200 000	309 873	509 873
Jönköping	200 000	2 733 015	2 933 015
Nässjö	200 000	609 475	809 475
Värnamo	200 000	639 858	839 858
Sävsjö	200 000	233 657	433 657
Vetlanda	200 000	517 290	717 290
Eksjö	200 000	318 764	518 764
Tranås	200 000	332 488	532 488
Uppvidinge	200 000	161 669	361 669
Lessebo	200 000	159 943	359 943
Tingsryd	200 000	188 945	388 945
Alvesta	200 000	390 924	590 924
Älmhult	200 000	360 023	560 023
Markaryd	200 000	173 926	373 926
Växjö	200 000	1 858 550	2 058 550
Ljungby	200 000	488 633	688 633
Högsby	200 000	84 158	284 158
Torsås	200 000	107 636	307 636
Mörbylånga	200 000	300 465	500 465
Hultsfred	200 000	239 785	439 785
Mönsterås	200 000	216 480	416 480
Emmaboda	200 000	143 802	343 802
Kalmar	200 000	1 325 378	1 525 378
Nybro	200 000	355 966	555 966
Oskarshamn	200 000	466 364	666 364
Västervik	200 000	590 486	790 486
Vimmerby	200 000	266 025	466 025
Borgholm	200 000	131 114	331 114
Gotland	200 000	989 955	1 189 955
Olofström	200 000	203 532	403 532
Karlskrona	200 000	1 141 698	1 341 698
Ronneby	200 000	524 627	724 627
Karlshamn	200 000	538 783	738 783
Sölvesborg	200 000	275 433	475 433
Svalöv	200 000	293 646	493 646
Staffanstorp	200 000	634 421	834 421
Burlöv	200 000	425 537	625 537
Vellinge	200 000	785 646	985 646
Östra Göinge	200 000	259 638	459 638
Örkelljunga	200 000	181 954	381 954
Bjuv	200 000	321 353	521 353

Kävlinge	200 000	697 086	897 086
Lomma	200 000	548 019	748 019
Svedala	200 000	559 326	759 326
Skurup	200 000	333 956	533 956
Sjöbo	200 000	339 134	539 134
Hörby	200 000	273 880	473 880
Höör	200 000	353 031	553 031
Tomelilla	200 000	234 951	434 951
Bromölla	200 000	220 968	420 968
Osby	200 000	232 535	432 535
Perstorp	200 000	140 090	340 090
Klippan	200 000	310 391	510 391
Åstorp	200 000	354 758	554 758
Båstad	200 000	255 063	455 063
Malmö	200 000	6 722 873	6 922 873
Lund	200 000	2 158 497	2 358 497
Landskrona	200 000	904 675	1 104 675
Helsingborg	200 000	2 856 360	3 056 360
Höganäs	200 000	512 974	712 974
Eslöv	200 000	696 999	896 999
Ystad	200 000	530 065	730 065
Trelleborg	200 000	881 025	1 081 025
Kristianstad	200 000	1 580 182	1 780 182
Simrishamn	200 000	259 638	459 638
Ängelholm	200 000	813 698	1 013 698
Hässleholm	200 000	932 987	1 132 987
Hylte	200 000	192 743	392 743
Halmstad	200 000	1 944 003	2 144 003
Laholm	200 000	478 534	678 534
Falkenberg	200 000	863 848	1 063 848
Varberg	200 000	1 260 382	1 460 382
Kungsbacka	200 000	1 754 712	1 954 712
Härryda	200 000	883 700	1 083 700
Partille	200 000	882 060	1 082 060
Öckerö	200 000	214 840	414 840
Stenungsund	200 000	545 515	745 515
Tjörn	200 000	269 219	469 219
Orust	200 000	236 505	436 505
Sotenäs	200 000	114 109	314 109
Munkedal	200 000	179 709	379 709
Tanum	200 000	195 419	395 419
Dals-Ed	200 000	72 419	272 419
Färgelanda	200 000	105 737	305 737

Ale	200 000	698 639	898 639
Lerum	200 000	994 875	1 194 875
Vårgårda	200 000	250 661	450 661
Bollebygd	200 000	195 246	395 246
Grästorp	200 000	90 545	290 545
Essunga	200 000	102 198	302 198
Karlsborg	200 000	104 442	304 442
Gullspång	200 000	70 261	270 261
Tranemo	200 000	214 926	414 926
Bengtsfors	200 000	137 242	337 242
Mellerud	200 000	153 210	353 210
Lilla Edet	200 000	281 648	481 648
Mark	200 000	656 776	856 776
Svenljunga	200 000	189 981	389 981
Herrljunga	200 000	166 158	366 158
Vara	200 000	280 353	480 353
Götene	200 000	236 850	436 850
Tibro	200 000	201 375	401 375
Töreboda	200 000	152 693	352 693
Göteborg	200 000	10 304 716	10 504 716
Mölnadal	200 000	1 376 649	1 576 649
Kungälv	200 000	987 538	1 187 538
Lysekil	200 000	209 316	409 316
Uddevalla	200 000	1 072 732	1 272 732
Strömstad	200 000	247 812	447 812
Vänersborg	200 000	735 928	935 928
Trollhättan	200 000	1 094 311	1 294 311
Alingsås	200 000	830 616	1 030 616
Borås	200 000	2 150 125	2 350 125
Ulricehamn	200 000	456 783	656 783
Åmål	200 000	195 419	395 419
Mariestad	200 000	406 202	606 202
Lidköping	200 000	708 911	908 911
Skara	200 000	333 092	533 092
Skövde	200 000	1 049 254	1 249 254
Hjo	200 000	164 431	364 431
Tidaholm	200 000	228 132	428 132
Falköping	200 000	615 086	815 086
Kil	200 000	227 701	427 701
Eda	200 000	142 853	342 853
Torsby	200 000	171 164	371 164
Storfors	200 000	56 192	256 192
Hammarö	200 000	382 465	582 465

Munkfors	200 000	57 745	257 745
Forshaga	200 000	228 391	428 391
Grums	200 000	150 621	350 621
Årjäng	200 000	161 583	361 583
Sunne	200 000	221 918	421 918
Karlstad	200 000	1 623 771	1 823 771
Kristinehamn	200 000	378 926	578 926
Filipstad	200 000	154 160	354 160
Hagfors	200 000	166 244	366 244
Arvika	200 000	424 242	624 242
Säffle	200 000	239 267	439 267
Lekeberg	200 000	187 391	387 391
Laxå	200 000	86 920	286 920
Hallsberg	200 000	308 665	508 665
Degerfors	200 000	148 895	348 895
Hällefors	200 000	98 314	298 314
Ljusnarsberg	200 000	56 364	256 364
Örebro	200 000	2 937 151	3 137 151
Kumla	200 000	473 183	673 183
Askersund	200 000	179 796	379 796
Karlskoga	200 000	506 587	706 587
Nora	200 000	187 305	387 305
Lindesberg	200 000	405 943	605 943
Skinnskatteberg	200 000	62 665	262 665
Surahammar	200 000	180 572	380 572
Kungsör	200 000	162 878	362 878
Hallstahammar	200 000	314 534	514 534
Norberg	200 000	88 128	288 128
Västerås	200 000	3 009 484	3 209 484
Sala	200 000	409 741	609 741
Fagersta	200 000	240 303	440 303
Köping	200 000	455 661	655 661
Arboga	200 000	232 189	432 189
Vansbro	200 000	109 017	309 017
Malung-Sälen	200 000	151 311	351 311
Gagnef	200 000	202 928	402 928
Leksand	200 000	271 290	471 290
Rättvik	200 000	153 901	353 901
Orsa	200 000	105 996	305 996
Älvdalen	200 000	104 787	304 787
Smedjebacken	200 000	172 977	372 977
Mora	200 000	331 884	531 884
Falun	200 000	1 109 675	1 309 675

Borlänge	200 000	950 768	1 150 768
Säter	200 000	204 050	404 050
Hedemora	200 000	254 631	454 631
Avesta	200 000	392 478	592 478
Ludvika	200 000	485 871	685 871
Ockelbo	200 000	89 250	289 250
Hofors	200 000	148 204	348 204
Ovanåker	200 000	196 109	396 109
Nordanstig	200 000	163 223	363 223
Ljusdal	200 000	294 509	494 509
Gävle	200 000	1 832 310	2 032 310
Sandviken	200 000	644 606	844 606
Söderhamn	200 000	395 844	595 844
Bollnäs	200 000	448 238	648 238
Hudiksvall	200 000	624 063	824 063
Ånge	200 000	138 709	338 709
Timrå	200 000	300 810	500 810
Härnösand	200 000	424 242	624 242
Sundsvall	200 000	1 718 201	1 918 201
Kramfors	200 000	262 486	462 486
Sollefteå	200 000	295 718	495 718
Örnsköldsvik	200 000	992 631	1 192 631
Ragunda	200 000	82 949	282 949
Bräcke	200 000	91 149	291 149
Krokom	200 000	337 236	537 236
Strömsund	200 000	169 610	369 610
Åre	200 000	234 779	434 779
Berg	200 000	120 238	320 238
Härjedalen	200 000	144 061	344 061
Östersund	200 000	1 154 041	1 354 041
Nordmaling	200 000	114 023	314 023
Bjurholm	200 000	41 432	241 432
Vindeln	200 000	100 126	300 126
Robertsfors	200 000	115 663	315 663
Norsjö	200 000	66 463	266 463
Malå	200 000	50 667	250 667
Storuman	200 000	86 575	286 575
Sorsele	200 000	37 375	237 375
Dorotea	200 000	33 490	233 490
Vännäs	200 000	190 067	390 067
Vilhelmina	200 000	100 213	300 213
Åsele	200 000	43 330	243 330
Umeå	200 000	2 316 973	2 516 973

Lycksele	200 000	221 745	421 745
Skellefteå	200 000	1 322 184	1 522 184
Arvidsjaur	200 000	95 034	295 034
Arjeplog	200 000	34 699	234 699
Jokkmokk	200 000	68 448	268 448
Överkalix	200 000	41 173	241 173
Kalix	200 000	232 362	432 362
Övertorneå	200 000	52 825	252 825
Pajala	200 000	88 905	288 905
Gällivare	200 000	277 505	477 505
Älvsbyn	200 000	129 215	329 215
Luleå	200 000	1 299 311	1 499 311
Piteå	200 000	723 671	923 671
Boden	200 000	459 718	659 718
Haparanda	200 000	141 385	341 385
Kiruna	200 000	374 438	574 438
Summa	58 000 000	192 000 000	250 000 000

Medel till regionerna

Medel till regionerna i överenskommelsen avseende samordnande insatser för personer med komplexa behov (400 000 000 kronor) samt medel för ett stärkt suicidpreventivt arbete (148 000 000 kronor) fördelas baserat på total befolkningsmängd per region per augusti 2025, enligt uppgifter från Statistikmyndigheten SCB.

Region	Samordnade insatser för personer med komplexa behov	Stärkt suicidpreventivt arbete	Totalt belopp regionbaserade medel
Stockholms län	93 709 189	34 672 400	128 381 589
Uppsala län	15 447 356	5 715 522	21 162 878
Södermanlands län	11 363 247	4 204 401	15 567 648
Östergötlands län	17 828 549	6 596 563	24 425 112
Jönköpings län	13 948 417	5 160 914	19 109 331
Kronobergs län	7 661 519	2 834 762	10 496 281
Kalmar län	9 271 725	3 430 538	12 702 263
Gotlands län	2 301 420	851 526	3 152 946
Blekinge län	5 917 076	2 189 318	8 106 394
Skåne län	54 025 727	19 989 519	74 015 246
Hallands län	13 050 812	4 828 800	17 879 612
Västra Götalands län	67 024 978	24 799 242	91 824 220
Värmlands län	10 682 442	3 952 504	14 634 946
Örebro län	11 630 740	4 303 374	15 934 114
Västmanlands län	10 603 612	3 923 337	14 526 949
Dalarnas län	10 795 030	3 994 161	14 789 191
Gävleborgs län	10 714 842	3 964 491	14 679 333
Västernorrlands län	9 103 919	3 368 450	12 472 369
Jämtlands län	5 003 252	1 851 203	6 854 455
Västerbottens län	10 539 869	3 899 752	14 439 621
Norrbottens län	9 376 279	3 469 223	12 845 502
Summa	400 000 000	148 000 000	548 000 000

Länsgemensamma medel

Länsgemensamma medel fördelas enligt principerna:

1. Samordnade insatser för personer med komplexa behov (200 000 000 kronor) fördelas efter total befolkningsmängd per region per augusti 2025, enligt uppgifter från Statistikmyndigheten SCB.
2. Genomförande av strategin (93 000 000 kronor) fördelas genom:
 - a. Ett fast belopp om 2 000 000 kronor per län, förutom de tre storstadslänen som tilldelas 3 000 000 kronor vardera.
 - b. Patient- brukar- och anhörigmedverkan i det strategiska utvecklingsarbetet: fördelas genom ett fast belopp om 1 000 000 kronor per län, förutom de tre storstadslänen som tilldelas 2 000 000 kronor vardera.
 - c. Implementering av vård- och insatsprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: fördelas genom ett fast belopp om 1 000 000 kronor per län, förutom de tre storstadslänen som tilldelas 2 000 000 kronor vardera.
3. Stärkt suicidpreventivt arbete (200 000 000 kronor): Fördelas genom ett fast belopp om 5 000 000 kronor per län och resterande del fördelat enligt total befolkningsmängd per region per augusti 2025, enligt uppgifter från Statistikmyndigheten SCB.

Socialdepartementet

Län	Samordnade insatser för personer med komplexa behov, befolknings- viktat belopp	Genomförande av strategin, fast belopp	Stärkt suicidprevention, fast belopp	Stärkt suicidprevention, befolknings-viktat belopp	Totalt läns-gemensamma medel
Stockholms län	46 854 594	7 000 000	5 000 000	22 255 932	81 110 526
Uppsala län	7 723 678	4 000 000	5 000 000	3 668 747	20 392 425
Södermanlands län	5 681 623	4 000 000	5 000 000	2 698 771	17 380 394
Östergötlands län	8 914 275	4 000 000	5 000 000	4 234 280	22 148 555
Jönköpings län	6 974 208	4 000 000	5 000 000	3 312 749	19 286 957
Kronobergs län	3 830 760	4 000 000	5 000 000	1 819 611	14 650 371
Kalmar län	4 635 863	4 000 000	5 000 000	2 202 035	15 837 898
Gotlands län	1 150 710	4 000 000	5 000 000	546 587	10 697 297
Blekinge län	2 958 538	4 000 000	5 000 000	1 405 306	13 363 844

Skåne län	27 012 863	7 000 000	5 000 000	12 831 110	51 843 973
Hallands län	6 525 406	4 000 000	5 000 000	3 099 568	18 624 974
Västra Götalands län	33 512 489	7 000 000	5 000 000	15 918 432	61 430 921
Värmlands län	5 341 221	4 000 000	5 000 000	2 537 080	16 878 301
Örebro län	5 815 370	4 000 000	5 000 000	2 762 301	17 577 671
Västmanlands län	5 301 806	4 000 000	5 000 000	2 518 358	16 820 164
Dalarnas län	5 397 515	4 000 000	5 000 000	2 563 820	16 961 335
Gävleborgs län	5 357 421	4 000 000	5 000 000	2 544 775	16 902 196
Västernorrlands län	4 551 960	4 000 000	5 000 000	2 162 181	15 714 141
Jämtlands län	2 501 626	4 000 000	5 000 000	1 188 272	12 689 898
Västerbottens län	5 269 935	4 000 000	5 000 000	2 503 219	16 773 154
Norrbottens län	4 688 139	4 000 000	5 000 000	2 226 866	15 915 005
Summa	200 000 000	93 000 000	105 000 000	95 000 000	493 000 000

Förslag till beslut gällande rekvirering av statsbidrag för habiliteringsersättning 2026

Ärendenr 2026/39-2.4.3.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekvirera statsbidrag om 2 540 236 kr för habiliteringsersättning 2026 enligt Socialstyrelsens fördelningsnyckel. Det är även valt att få ta del av omfördelning av medel som inte rekvirerats.

Sammanfattning av ärendet

Verksamhetsområde Stöd och Service önskar rekvirera statsbidraget för habiliteringsersättning av Socialstyrelsen.

Syftet med statsbidraget är att införa, bibehålla eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS. Medlen är avsedda för habiliteringsersättning och ska betalas via dagpenning utifrån deltagande i daglig verksamhet enligt LSS.

Beslutsunderlag

- Redovisning av rekvirering till Socialstyrelsen

Mikael Bergström
Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Ekonomiavdelningen

Förslag till beslut gällande rekvisering av statsbidrag för förstärkt föräldraskapsstöd 2026

Ärendenr 2026/40-2.4.3.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekvisera statsbidrag om 662 241 kronor för förstärkt föräldraskapsstöd 2026.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen har gett Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) i uppdrag att betala ut och följa upp en satsning på statsbidrag till kommuner och regioner för förstärkta föräldraskapsstödjande insatser under år 2026. Medlen ska bidra till ökad och jämlik tillgång till föräldraskapsstöd i hela landet, samt bidra till att förebygga kriminalitet hos barn och unga. Enligt fördelningsnyckeln kan Luleå kommun rekvisera 662 241 kr.

Socialförvaltningen föreslår att utvecklingsmedlen för 2026 används till:

- Att fortsätta med det digitala föräldrastödet SES (Samarbete efter skilsmässa) som är ett digitalt verktyg som ger föräldrar hjälp att förstå och hantera sina och barnens reaktioner och utifrån detta öka samarbete för att förebygga att barn far illa vid separation.
- Öka möjligheterna till stöd enligt nationella riktlinjer till barn, unga och deras föräldrar genom att förstärka kompetensen hos medarbetare inom familjerätten samt familjerådgivningen med relevanta utbildningar för verksamheterna.

Allvarliga konflikter mellan föräldrar riskerar att påverka barn och ungas utveckling negativt. En låg konfliktnivå mellan föräldrar är viktigt för deras förutsättningar att utföra gott föräldraskap för barnen och att kunna tillgodogöra sig de stödinsatser som kommunen erbjuder. Utifrån detta motiveras att stärka kompetens och möjligheter till tidigt och omfattande stöd i de verksamheter som möter dessa föräldrar.

Dialog

Dialog har förts mellan verksamhetschef och enhetschef på familjerätten och familjerådgivningen. Även enhetschef inom familjestöd barn och unga har deltagit i dialogen.

Beslutsunderlag

- Fördelning. SOC Hid: 2026.146

Beslutet skickas till

Verksamhetschef IFO barn

Enhetschef familjerätten/familjerådgivningen

Statsbidrag till kommuner för föräldraskapsstödjande insatser i syfte att bidra till en ökad och jämlik tillgång till föräldraskapsstöd i hela landet

Kommunerna ges möjlighet att rekvirera totalt 97 500 000 kronor för föräldraskapsstödjande insatser i syfte att bidra till en ökad och jämlik tillgång till föräldraskapsstöd i hela landet. Fördelningsnyckeln är baserad på antalet barn i kommunerna 2025 i förhållande till det totala antalet barn i Sverige 2025.

Kommun	Belopp, kr
Upplands Väsby	513 554
Vallentuna	375 831
Österåker	516 948
Värmdö	473 608
Järfälla	890 821
Ekerö	336 712
Huddinge	1 215 262
Botkyrka	997 605
Salem	196 336
Haninge	1 049 125
Tyresö	515 990
Upplands-Bro	365 823
Nykvarn	136 199
Täby	803 836
Danderyd	338 496
Sollentuna	811 843
Stockholm	8 500 440
Södertälje	993 819
Nacka	1 213 000
Sundbyberg	496 103
Solna	662 111
Lidingö	491 144
Vaxholm	108 524
Norrtälje	534 136
Sigtuna	569 861
Nynäshamn	283 494
Håbo	239 154
Älvkarleby	88 856
Knivsta	251 468
Heby	130 586
Tierp	191 027
Uppsala	2 191 676
Enköpings	480 744
Östhammar	190 113
Vingåker	73 626

Gnesta	109 699
Nyköping	548 974
Oxelösund	105 391
Flen	129 106
Katrineholm	316 478
Eskilstuna	1 035 201
Strängnäs	378 051
Trosa	142 813
Ödeshög	44 123
Ydre	29 241
Kinda	88 943
Boxholm	47 387
Åtvidaberg	101 910
Finspång	192 593
Valdemarsvik	56 351
Linköping	1 490 228
Norrköping	1 359 729
Söderköping	142 117
Motala	393 237
Vadstena	54 784
Mjölby	278 969
Aneby	68 404
Gnosjö	84 113
Mullsjö	75 889
Habo	166 006
Gislaved	273 443
Vaggeryd	156 738
Jönköping	1 390 363
Nässjö	309 995
Värnamo	323 702
Sävsjö	118 402
Vetlanda	262 912
Eksjö	161 437
Tranås	168 226
Uppvidinge	81 502
Lessebo	80 762
Tingsryd	95 513
Alvesta	197 598
Älmhult	184 152
Markaryd	88 290
Växjö	947 302
Ljungby	247 682
Högsby	41 599
Torsås	55 350
Mörbylånga	153 344
Hultsfred	120 795
Mönsterås	110 134

Emmaboda	72 538
Kalmar	674 469
Nybro	180 497
Oskarshamn	235 803
Västervik	299 377
Vimmerby	134 459
Borgholm	66 968
Gotland	501 979
Olofström	103 868
Karlskrona	577 911
Ronneby	266 089
Karlshamn	274 400
Sölvesborg	140 942
Svalöv	148 166
Staffanstorps	323 963
Burlöv	218 354
Vellinge	398 111
Östra Göinge	130 760
Örkelljunga	91 728
Bjuv	163 874
Kävlinge	354 684
Lomma	276 402
Svedala	283 799
Skurup	169 531
Sjöbo	172 795
Hörby	138 288
Höör	179 844
Tomelilla	119 620
Bromölla	112 092
Osby	117 793
Perstorp	70 623
Klippan	157 956
Åstorp	181 062
Båstad	129 759
Malmö	3 409 636
Lund	1 093 814
Landskrona	459 248
Helsingborg	1 450 587
Höganäs	260 911
Eslöv	354 335
Ystad	268 613
Trelleborg	448 805
Kristianstad	800 138
Simrishamn	131 587
Ängelholm	413 428
Hässleholm	474 173
Hylte	96 993

Halmstad	987 466
Laholm	243 636
Falkenberg	439 275
Varberg	640 223
Kungsbacka	892 779
Härryda	448 544
Partille	449 501
Öckerö	109 743
Stenungsund	276 619
Tjörn	137 244
Orust	119 664
Sotenäs	57 787
Munkedal	92 206
Tanum	99 038
Dals-Ed	37 074
Färgelanda	53 958
Ale	355 467
Lerum	505 373
Vårgårda	128 062
Bollebygd	99 995
Grästorp	46 386
Essunga	51 608
Karlsborg	53 044
Gullspång	35 508
Tranemo	109 264
Bengtsfors	68 448
Mellerud	77 629
Lilla Edet	142 596
Mark	334 058
Svenljunga	96 253
Herrljunga	84 026
Vara	142 770
Götene	119 751
Tibro	102 476
Töreboda	77 281
Göteborg	5 234 096
Mölnadal	700 621
Kungälv	501 370
Lysekil	106 087
Uddevalla	542 882
Strömstad	125 451
Vänersborg	374 091
Trollhättan	557 503
Alingsås	420 607
Borås	1 094 511
Ulricehamn	231 843
Åmål	97 863

Mariestad	206 387
Lidköping	359 862
Skara	170 184
Skövde	532 874
Hjo	82 807
Tidaholm	115 312
Falköping	312 997
Kil	116 183
Eda	71 233
Torsby	87 986
Storfors	28 067
Hammarö	193 638
Munkfors	29 720
Forshaga	116 226
Grums	75 889
Årjäng	81 676
Sunne	112 876
Karlstad	825 506
Kristinehamn	192 724
Filipstad	77 499
Hagfors	84 548
Arvika	215 874
Säffle	122 057
Lekeberg	95 339
Laxå	43 558
Hallsberg	156 999
Degerfors	74 670
Hällefors	49 954
Ljusnarsberg	28 371
Örebro	1 491 185
Kumla	240 459
Askersund	90 988
Karlskoga	257 517
Nora	95 078
Lindesberg	206 039
Skinnskatteberg	31 852
Surahammar	91 684
Kungsör	81 850
Hallstahammar	159 479
Norberg	44 645
Västerås	1 528 172
Sala	207 345
Fagersta	121 753
Köping	231 800
Arboga	119 011
Vansbro	55 393
Malung-Sälen	77 151

Gagnef	103 477
Leksand	137 548
Rättvik	78 282
Orsa	53 653
Älvdalen	52 783
Smedjebacken	87 376
Mora	168 313
Falun	565 031
Borlänge	481 788
Säter	102 954
Hedemora	129 411
Avesta	198 555
Ludvika	246 595
Ockelbo	44 776
Hofors	75 715
Ovanåker	99 647
Nordanstig	82 894
Ljusdal	150 472
Gävle	931 159
Sandviken	327 052
Söderhamn	199 512
Bollnäs	227 318
Hudiksvall	316 348
Ånge	70 232
Timrå	151 995
Härnösand	214 612
Sundsvall	872 154
Kramfors	132 762
Sollefteå	149 427
Örnsköldsvik	504 068
Ragunda	42 339
Bräcke	45 820
Krokom	171 185
Strömsund	85 636
Åre	119 838
Berg	60 180
Härjedalen	73 234
Östersund	585 744
Nordmaling	58 178
Bjurholm	20 843
Vindeln	50 999
Robertsfors	58 309
Norsjö	33 245
Malå	25 456
Storuman	44 297
Sorsele	19 059
Dorotea	17 058

Vännäs	96 427
Vilhelmina	50 389
Åsele	21 801
Umeå	1 175 490
Lycksele	112 789
Skellefteå	668 029
Arvidsjaur	47 996
Arjeplog	17 623
Jokkmokk	35 029
Överkalix	21 538
Kalix	117 619
Övertorneå	26 805
Pajala	45 168
Gällivare	141 377
Älvsbyn	65 402
Luleå	662 241
Piteå	367 694
Boden	234 628
Haparanda	72 406
Kiruna	190 505
	97 500 000

Förslag till beslut gällande rekvirering av statsbidrag till en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst 2026

Ärendenr 2026/124-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekvirera 13 893 382 kr i statsbidrag till en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst 2026.

Sammanfattning av ärendet

Från 1 januari 2026 regleras statsbidragen i förordning. Förordningen innehåller bestämmelser om statsbidrag i syfte att utveckla en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst. Enligt förordningen får bidrag lämnas till en kommun för kostnader som avser personalförsörjning, kompetenshöjande insatser för personal och åtgärder som stärker förutsättningarna att bedriva verksamhet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Bidrag får också lämnas för åtgärder som sker i samverkan mellan kommuner.

Summan för statsbidragen regleras inte i förordningen utan beslutas av regeringen varje år. I förordningen regleras att Socialstyrelsen ska fördela medlen per år och att kommunerna får rekvirera medlen utan ansökningsförfarande. Fördelningen av statsbidrag 2026 framgår av regleringsbrev anslag 4:7 – bidrag för utveckling av socialt arbete.

Statsbidraget kan rekvireras fram till 2026-04-01.

I socialförvaltningens arbete med att utveckla socialtjänsten mot en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst planerar socialförvaltningen under 2026 att genomföra såväl kompetenshöjande insatser som förändringar i arbetssätt. En del av insatserna har inletts under 2025 och har då till viss del finansierats med statsbidraget 2025. De kompetenshöjande insatser och de nya arbetssätt som socialförvaltningen bedömer kan finansieras med statsbidrag under 2026 framgår av bifogad bilaga.

Socialförvaltningen föreslår att socialnämnden rekvirerar statsbidrag enligt fördelning, totalt 13 893 382 kr, för arbete med omställningen till en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.

Dialog

Dialog har förts internt inom socialförvaltningen och med externa aktörer.

Beslutsunderlag

- Förteckning på aktiviteter som planeras med stöd av statsbidrag 2026, bilaga 1

Kate Oskarsson
Projektledare

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp

Statsbidrag nya SoL 2026

Rätt att rekvirera 13 893 382 kr

Verksamhet	Förslag finansieras med statsbidrag 2026	Övrigt
Projektledare nya SoL	1 årsarbetare	
Samordnare vräkningsförebyggande	2 årsarbetare	
Utbildning Signs of safety (Barn och unga området)	238 000 kr	
Samordnare Sysselsättning (socpsykiatri)	2 årsarbetare	Planeras pågå 2026 och 2027
Utbildning lågaffektivt bemötande (Socialpsyk/LSS/Vuxen)	875 000 kr	
Föräldrastöd/Familjestöd Stöd på hemma plan till familjer samt ungdomar	4 årsarbetare	Utvärderas 2026
Projekt äldre- Seniorlots samt biståndshandläggare på hälsocentral	2 årsarbetare (1biståndshandläggare, 1 undersköterska)	
Digitalisering inom: • Hemtjänst: digital tillsyn • Särskilt boende och ordinärt boende: nytt arbetssätt sensorteknik • Stöd och service: SKR projekt inom digitalisering		
	Totalt: 13 893 382 kr	

Förslag till beslut gällande rekquirering av statsbidrag för 2025 i syfte att motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal

Ärendenr 2026/160-2.4.3.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att rekquirera 692 211 kronor för fortsatt arbete med att utveckla och erbjuda personer över 65 år hälsosamtal 2026.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2026 fördela statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland personer som är 65 år eller äldre genom att initiera, förbättra eller utöka arbetet med hälsosamtal.

Med hälsosamtal avses ett individuellt och strukturerat samtal som syftar till att identifiera äldre personer som upplever ofrivillig ensamhet, samt att kartlägga eventuella hinder för deltagande i sociala aktiviteter. När hindren är identifierade kan individen få stöd för att hitta lösningar och på så sätt kunna delta i de sociala sammanhang som önskas.

Medlen får användas i följande syften:

- Att starta, förbättra eller utöka arbetet med hälsosamtal. Samtalen ska ge möjlighet att samtala om den enskildes livssituation och informera om de aktiviteter som finns tillgängliga både i kommunal och annan verksamhet.
- Att identifiera eventuella andra behov relaterade till hälsoproblem som kräver vidare insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Statsbidraget kan användas för personer som är 65 år och äldre. Socialstyrelsen betonar ett ökat behov hos personer över 80 år eller andra individer som av olika skäl än hög ålder löper särskild risk att drabbas av ofrivillig ensamhet.

Socialförvaltningen föreslår att socialnämnden rekquirerar statsbidrag, enligt fördelning, totalt 692 211 kronor, för att förbättra och utöka arbetet med hälsosamtal för att nå fler i målgruppen.

Dialog

Dialog förs internt inom förvaltningen för att i samverkan med hemtjänsten hitta personer i riskgrupp för ofrivillig ensamhet. Dialog förs även med trossamfund, föreningar, organisationer och hyresvärdar.

Beslutsunderlag

- Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2026 i syfte att motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal. SOC Hid: 2026.317

Ida Johansson
Avdelningschef ekonomi och infrastruktur

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Maria Taavo, enhetschef

Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2026 i syfte att motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2026 fördela statsbidrag till landets kommuner för att motverka ensamhet bland äldre genom att starta, förbättra eller utöka arbetet med hälsosamtal. Regeringen beräknar att årligen avsätta medel för kommunernas arbete med att bryta och förebygga ofrivillig ensamhet hos äldre, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

Med hälsosamtal avses ett individuellt, strukturerat samtal med syfte att identifiera äldre personer som upplever ofrivillig ensamhet, samt att identifiera de eventuella hindren som personen upplever för att delta i sociala aktiviteter. Efter att hindren har identifierats kan den enskilde få hjälp att komma på lösningar för att delta i de sociala sammanhang som personen önskar.

Vad kan ni använda statsbidraget till?

Statsbidraget syfte är att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal.

Statsbidraget får användas i följande syfte:

- Starta, förbättra eller utöka arbetet med hälsosamtal. Samtalen ska ge en möjlighet att diskutera den enskildes livssituation och berätta om vilka aktiviteter, i kommunal eller annan regi, som finns att tillgå.
- Identifiera eventuella andra behov relaterade till hälsoproblem vilka kräver vidare insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Statsbidraget får användas till personer som är 65 år och äldre. Socialstyrelsen ser ett ökat behov hos personer som är över 80 år eller som av andra skäl än hög ålder löper särskild risk att drabbas av ofrivillig ensamhet.

Medlen ska inte användas till att anordna generella aktiviteter som är avsedda att motverka ensamhet, t.ex. caféer eller träffpunkter.

Om arbetet med hälsosamtal planeras så att de utförs i den enskildes hem, bör kommunen eller regionen utforma arbetet så att den äldres trygghet värnas och sårbarhet för brott inte ökar.

Statsbidragets storlek

Medlen omfattar totalt 90 000 000 kronor för 2026. I fördelningslistan framgår hur stort belopp som varje kommun kan rekvirera.

Vilka kan rekvirera?

Samtliga kommuner.

När kan ni använda statsbidraget?

Ni kan använda statsbidraget under perioden **1 januari 2026 till 31 december 2026**.

Det är tillåtet att använda statsbidraget retroaktivt för kostnader från 1 januari. Det går också bra att göra reserveringar i bokföringen för fakturor som avser bidragsåret men betalas året efter. Det som är viktigt är att det som fakturan avser ska ha hänt inom bidragsåret samt att både fakturan och händelsen ska kunna styrkas vid kontroll.

Hur får ni del av statsbidraget?

För att kunna rekquirera statsbidrag i e-tjänsten måste kommunen först ha ett godkänt ombud. Via länken på statsbidragets hemsida kan du läsa om vad ett ombud är, vem som kan bli ombud och hur man gör för att ansöka om att bli ombud, det vill säga göra en ombudsansökan.

Av fördelningsnyckeln i bilagan Fördelningslista framgår vilket belopp varje kommun kan rekquirera för 2026.

Rekvireringen ska ske senast den **16 mars 2026** i Socialstyrelsen e-tjänst. Vi betalar ut medlen löpande efter att rekvisitionen har kommit in.

Vad gäller för återrapportering och återbetalning av statsbidrag?

En kommun som har tagit emot bidrag ska efterföljande år återrapportera till Socialstyrelsen hur statsbidraget har använts. Socialstyrelsen skickar ut ett webbserat återrapporteringsformulär till bidragsmottagarens registratur i början av 2027.

Inför återrapporteringen är det viktigt att ni dokumenterar det ni gör och vad ni uppnår. Återrapporteringsformuläret kommer till exempel att innehålla frågor om hur mycket statsbidrag som kommunen har använt, hur kommunen har organiserat och genomfört uppdraget, vilka resultat som har uppnåtts samt hur kommunen har utvärderat och vidareutvecklat arbetet med hälsosamtal.

Statsbidraget ska återbetalas om statsbidraget inte:

- Har använts (outnyttjade medel)
- Har använts för avsett syfte
- Har återrapporterats inom angiven tidsram
- Har använts enligt övriga angivna villkor

Ni ska kunna visa hur ni har använt statsbidraget

Utöver den ordinarie redovisningen kan Socialstyrelsen välja att genomföra en fördjupad granskning av bidragets användning. Kommunen ska i sådana fall kunna lämna in underlag som möjliggör att Socialstyrelsen kan göra en sådan granskning. (Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning.

Den kommun som inte kan lämna ett sådant underlag kan bli helt eller delvis återbetalningsskyldig.

Vilka underlag kan kommunen behöva lämna in?

- Utdrag ur huvudbok/kontoutdrag – Det bör finnas ett eget kostnadsställe eller projektkod för statsbidraget. Redovisningen måste vara tydlig, spårbar och överblickbar.
- Underlag som styrker kommunens/regionens genomförda insatser.
- Fakturor som styrker nedlagda kostnader – Fakturorna ska vara tydliga och beskriva vad kommunen/regionen har betalat för.
- Lönespecifikationer och/eller anställningsavtal som styrker lönekostnader.

Kontakt**Hälsosamtal**

E-post: statsbidrag.halsosamtal@Socialstyrelsen.se



Patientsäkerhetsberättelse 2025

Ärendenr 2026/112-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna patientsäkerhetsberättelse 2025.

Sammanfattning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Under året har flera åtgärder och insatser skett för att utveckla och stärka patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Fortsatt finns flera förbättringsområden.

Den delegerade läkemedelshanteringen inom förvaltningen har fortsatt många avvikelser. Trots åtgärder under året krävs ytterligare insatser för att minska antalet avvikelser.

Arbete med säker och effektiv hantering av hjälpmedel har pågått under året. Bland annat har fokus varit i uppföljning av hjälpmedel och revidering av rutiner. Upphandling av ett IT system för hjälpmedel, medicintekniska produkter och lagervara har påbörjats.

Inom området vårdprevention har sårvårdsgruppen gjort arbete med att ta fram rutiner och utbildningar kring trycksårsprevention. Implementering av dessa har påbörjats under hösten 2025 och fortsätter under 2026.

Även detta år har det varit fokus på arbetet med avvikelser i förvaltningen. Under året har rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården översiktligt följts av medicinskt ansvariga för hälso- och sjukvård. Analys av avvikelser ska ske på verksamhetsnivå. Uppföljning av det avvikelsearbete som sker vid enheterna har justerats och sker mer strukturerat.

För att höja omvårdnadspersonalens kompetens har hälso- och sjukvården erbjudit ett antal utbildningar, bland annat i trycksårsprevention, förflyttningsteknik, apotekets insulinutbildning och palliativ vård. Handledning av omvårdnadspersonal är också en viktig del i att höja omvårdnadspersonalens kompetens. Behovet av kompetensutveckling är stort och nuvarande kompetensnivå motsvarar inte verksamhetens krav fullt ut. Det är därför önskvärt att hälso- och sjukvårdens resurser stärks, så att verksamhetens behov av kontinuerlig kompetensutveckling kan tillgodoses på ett hållbart sätt.



Följande sju förbättringsområden har identifierats för år 2026

- Omvårdnadspersonalens kompetens
- Delegerad medicinsk arbetsuppgift – läkemedelshantering
- Avvikelsehantering
- Hantering av medicintekniska produkter
- Utskrivningsprocess
- Arbeta för jämlik vård och rätt vårdnivå i hälso- och sjukvård i hemmet
- Fallprevention

Dialog

Patientsäkerhetsberättelsen är utarbetad tillsammans med verksamhetschef hälso- och sjukvård. Dialog har även skett med ansvariga enhetschefer i hälso- och sjukvården och verksamhetsutvecklare för att erhålla fakta om resultat och vidtagna åtgärder.

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelsen 2025

Eva-Lena Johansson MAS, Inger Sundström MAS, Tiina-Mari Nybacka MAR
Registrator

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp



Patientsäkerhetsberättelse 2025

Kommunal Hälso- och sjukvård, Socialnämnden, Luleå kommun



Verksamhetschef Annika Jonsson
MAS Inger Sundström
MAS Eva-Lena Johansson
MAR Tiina-Mari Nybacka



1	Inledning och sammanfattning	3
2	Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
2.1	Engagerad ledning och styrning	5
2.2	Övergripande mål och strategier	5
2.3	Organisation och ansvar	5
2.4	Samverkan för att förebygga vårdskador	7
2.5	Informationssäkerhet	9
2.6	En god säkerhetskultur	10
2.7	Adekvat kunskap och kompetens	11
2.8	Patienten som medskapare	13
3	Agera för säker vård	14
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
3.2	Delegerad medicinsk arbetsuppgift – läkemedelshantering	15
3.3	Läkarmedverkan	16
3.4	Vårdprevention – riskbedömningar	16
3.5	Medicintekniska produkter	17
3.6	Tillförlitliga och säkra system och processer	18
3.7	Säker vård här och nu	19
3.8	Statistik avvikelser 2025	21
3.9	Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
4	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	26

1 Inledning och sammanfattning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som:

- öppet och tydligt ska redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.
- ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.
- ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Under året har flera åtgärder och insatser skett för att utveckla och stärka patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Egenkontroll och granskningar har skett och resultaten utgör bra grund för förbättringsarbeten. Genom att identifiera utvecklingsområden ökar möjligheten att förbättringar vidtas och patientsäkerheten stärks.

Förbättringsområden för 2025 har varit

- Delegerad medicinsk arbetsuppgift - läkemedelshantering
- Hantering av medicintekniska produkter
- Vårdprevention



- Avvikelsehantering
- Utskrivningsprocess
- Omvårdnadspersonalens kompetens
- Journalgranskning

Den delegerade läkemedelshanteringen inom förvaltningen har fortsatt många avvikelser. Trots åtgärder under året krävs ytterligare insatser för att minska antalet avvikelser. För mer information se kapitel 3.8 Statistik avvikelser under rubriken Läkemedel

Arbete med säker och effektiv hantering av hjälpmedel har pågått under året. Bland annat har fokus varit i uppföljning av hjälpmedel och revidering av rutiner. Upphandling av ett IT system för hjälpmedel, medicintekniska produkter och lagervara har påbörjats.

Inom området vårdprevention har sårvårdsgruppen gjort arbete med att ta fram rutiner och utbildningar kring trycksårsprevention. Implementering av dessa har påbörjats under hösten och fortsätter under 2026.

Även detta år har det varit fokus på arbetet med avvikelser i förvaltningen. Under året har rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården översiktligt följts av medicinskt ansvariga för hälso- och sjukvård. Analys av avvikelser ska ske på verksamhetsnivå. Uppföljning av det avvikelsearbete som sker vid enheterna har justerats och sker mer strukturerat.

En återkommande patientsäkerhetsrisk finns i vårdens övergångar. Under 2024 identifierades risker och svårigheter i den interna samverkan mellan biståndsenheten och Hälso- och sjukvården i utskrivningsprocessen. Arbete med att förbättra den interna samverkan i utskrivningsprocessen har pågått under året. Koordinatorteam har startats för att samverka kring mer komplexa ärenden. Arbete med att säkerställa trygg och säker utskrivning behöver ha fortsatt prioritet kommande år.

För att höja omvårdnadspersonalens kompetens har hälso- och sjukvården erbjudit ett antal utbildningar, bland annat i trycksårsprevention, förflyttningsteknik, apotekets insulinutbildning och palliativ vård.Handledning av omvårdnadspersonal är också en viktig del i att höja omvårdnadspersonalens kompetens. Behovet av kompetensutveckling är stort och bristen på kompetens kan påverka patientsäkerheten. Verksamhetens behov av kontinuerlig kompetensutveckling behöver tillgodoses på ett hållbart sätt med ett fortsatt arbete.

Journalgranskning av HSL journaler har utförts enligt planen.

2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

2.1 Engagerad ledning och styrning

En engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvård på alla nivåer är grundläggande förutsättning för en säker vård.



2.2 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Hälso- och sjukvården regleras bland annat av hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård och rehabilitering gällande insatser av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Hälso- och sjukvårdsansvaret är för de som är inskrivna i hemsjukvården, bor i kommunens särskilda boenden och till de som vistas på dagverksamhet samt för de som har behov av hembesök enligt tröskelprincipen och gränsdragning hjälpmedel. Vården ska vara kunskapsbaserad, säker, personcentrerad effektiv, jämlik och tillgänglig.

Ett proaktivt arbete dvs förebyggande åtgärder är viktigt för att förhindra vårdskador hos patienter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vid behov även handleda och utbilda övrig personal inom verksamheten om medicinska och rehabiliterande insatser.

Uppföljning och analys sker på förvaltningsövergripande nivå för att än mer strukturerat identifiera orsaker på systemnivå och vilka åtgärder som behöver vidtas.

2.3 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vårdgivare i Luleå kommun är Socialnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande. Nämnden fastställer de övergripande målen för det systematiska kvalitetsarbetet, utvärderar och följer upp dem.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Kravet på att verksamhetschef ska finnas "där hälso- och sjukvård bedrivs" regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Verksamhetschefen har det övergripande



ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård har enligt lagkrav uppgift att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och att fastställa rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Verksamhetschef och enhetschefer inom HSL har uppdrag att verkställa, tillämpa och vidareutveckla kvalitén i verksamheten och säkerställa att vården bedrivs patientsäkert samt se till att gällande rutiner är kända och efterföljs. Arbetet sker i samverkan med de medicinskt ansvariga inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns i den kommunala hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Medicinskt ansvarig rehabilitering

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning (hälso- och sjukvårdsförordningen samt patientsäkerhetsförordningen) och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. Medicinskt ansvarig har ansvar att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner enligt angivna författningskrav.

Socialförvaltningen har två medicinskt ansvariga sjuksköterskor och en medicinskt ansvarig för rehabilitering som även har uppdrag som hjälpmedelssamordnare och superanvändare i Lifecare. MAR uppdrag föreslås bli obligatorisk för alla kommuner från och med 2026 enligt lagrådsremissen Nästa steg för god och nära vård.

Under året har MAS och MAR bytt organisationstillhörighet från HR och kvalité till Hälso- och sjukvård. För att kunna fullfölja uppdraget som MAS/MAR kommer verksamhetscheferna och MAS/MAR/SAS planera in gemensamma möten i form av ett vård och omsorgsråd under 2026 för att diskutera patient/brukarsäkerheten och kvalitén.

Enhetschefer inom hälso- och sjukvård

Enhetschefer inom hälso- och sjukvård ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända, att ny hälso- och sjukvårdspersonal får rätt introduktion och kompetens för uppdraget. De ansvarar även för avvikelshantering och teamsamverkan. Dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.



Socialtjänstens chefers ansvar inom stöd, vård och omsorg

Enhetschefer inom stöd, vård och omsorg ansvarar för grundutrustning på särskilda boenden, att personalen kan använda hjälpmedel, att läkemedelsdelegeringar är aktuella och att delegerad personal finns. De ska även säkerställa att personal följer ordinationer och instruktioner enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ansvar omfattar även skyldigheten att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada, i syfte att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Personal som utför delegerade uppdrag ska följa det ansvar som delegeringen innebär och agera enligt de instruktioner som givits av legitimerad personal. Omvårdnadspersonal har ansvar att följa ordinationer och instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal samt att tillämpa rutiner som förebygger vårdskador.

2.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Personer som kommer i kontakt med socialförvaltningens verksamheter har ofta sammansatta problem som kräver samordning från flera verksamhetsområden och vårdgivare. Att socialförvaltningen samarbetar och samverkar internt och externt är en förutsättning för att den enskilde ska kunna få sina behov tillgodosedda. Hög patientsäkerhet är beroende av ett fungerande teamarbete med engagemang från all personal inom enheten/förvaltningen.

Intern samverkan

Socialförvaltningen har bland annat följande riktlinjer och rutiner för den interna samverkan knuten till patientsäkerhet:

- Socialnämndens riktlinjer för teamsamverkan i äldreomsorgen
- Rutin för teamarbete i boendeteam, särskilt boende och ordinärt boende
- Teamsamverkan i särskilt boende inom Stöd och service och socialpsykiatri
- Vårdprevention med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert
- Fallpreventivt arbetssätt inom socialförvaltning
- Trycksårsprevention
- Koordinatorteam för utskrivningsprocess från slutenvården
- Skydds- och begränsningsåtgärder i socialförvaltningen

Den interna samverkan sker bland annat vid hemteamsmöten, teamträffar, miniteamträffar och vid fallutredningar. Teamträffarna är sällan fulltaliga eftersom arbets- och fysioterapeuter inte kan delta i alla teamträffar. Arbets- och fysioterapeuter arbetar inom flera områden och därför kan antalet teamträffar och fallutredningar bli



många och behöver bortprioriteras ibland. Detta upplevs som brist av samtliga i teamet. Teamarbetsrutinen kommer att revideras.

Gemensamma kvalitetsträffar mellan enhetscheferna och verksamhetscheferna inom Vård- och omsorg, Stöd och service och Hälsa- och sjukvård har genomförts under 2025.

Intern samverkan vid utskrivningsprocessen

Hälsa- och sjukvårds- och biståndsenheten har under 2025 arbetat för att förbättra den interna samverkan i utskrivningsprocessen. Slutet av året startade man en så kallad koordinatorteam med rehab, sjuksköterskor och biståndshandläggare. Den gemensamma målsättningen är en sömlös och trygg utskrivningsprocess med utgångspunkten att individen ska kunna återgå till hemmet. Det bedöms fortsatt finnas utmaningar i samverkan och följsamhet i processen. Arbete med trygg och säker utskrivningsprocess bör ha hög prioritet även kommande år.

Extern samverkan

Det finns flera samverkansavtal och överenskommelser med externa vårdgivare som socialförvaltningen arbetar utifrån. Exempelvis:

- Hemsjukvårdsavtal
- Gemensamma riktlinjer för samverkan - samordnad individuell plan
- Läkarmedverkan i hemsjukvård och särskilda boendeformer
- Samverkansavtal för gemensam hjälpmedelsnämnd
- Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning
- Riktlinjer för rehabiliteringsansvar
- Överenskommelse palliativ vård
- Överenskommelse inom området psykisk ohälsa

Hemsjukvårdsavtalet har inte reviderats sedan införandet 2013 och är en grogrund till en del oklarheter i gränsdragnings- och ansvarsfrågor mellan kommuner och region. På uppdrag av länets socialchefer 2024 har en arbetsgrupp sammanställt ett stödmaterial som kallas för "En väg in". Materialet kan användas av kommuner för att skapa rutiner och arbetssätt för inskrivning i hemsjukvård, när insatsen utförs via hembesöksuppdrag och för andra gränsdragningsfrågor kring sjukvårdsmaterial och hjälpmedel. Syftet är en mer jämlik vård och en likvärdig bedömning för länets kommuner. Arbete med att ta fram lokala rutiner och arbetssätt pågår. Samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och Region Norrbottens primärvård samt privata hälsocentraler sker vid flera forum och på olika nivåer. Samverkan med olika hälsocentraler upplevs fungera bra men hälsocentralernas arbetssätt skiljer sig.

MAS och MAR deltar regelbundet i kommunalt MAS/MAR nätverk där länsgemensamma frågor inom patientsäkerhet aktualiseras av dessa funktioner.



Samverkan inom hjälpmedelsfrågor har ändrats under året p.g.a. införandet av den gemensamma hjälpmedelsnämnden. De nya samverkansformerna upplevs fungera bra.

Norrbottens kommuner har anordnat regelbundna nätverksträffar för verksamhetschefer i kommunal hälso- och sjukvård och MAS/MAR där utvecklings- och patientsäkerhetsfrågor diskuteras.

Extern samverkan vid slutenvårds- och öppenvårdsprocessen

En återkommande patientsäkerhetsrisk finns i vårdens övergångar. När en patient flyttas från en vårdgivare till en annan ökar risken för fel och brister i vården. För att patienten ska få en god och säker vård, omsorg och rehabilitering i samband med överföring mellan olika vårdgivare krävs nära samverkan mellan dessa. En grundläggande förutsättning för detta är att nödvändig information överförs mellan vårdgivarna.

Samverkan kring samordnad planering måste ges hög prioritet för en patientsäker vård. Den externa samverkan kring utskrivningsprocessen upplevs ha fungerat tillfredsställande i år. Samverkan inom öppenvårdsprocessen med den regionala primärvården behöver förstärkas.

Samverkan inom God och nära vård

Omställningen till god och nära vård är en nationell satsning inom svensk hälso- och sjukvård, med målet att patienten ska få en lättillgänglig, sammanhållen och patientcentrerad vård nära hemmet, där primärvården är navet, vilket minskar behovet av kostsam slutenvård. Detta kräver ökad samverkan mellan regioner, kommuner och aktörer, stärkt primärvård och digitala lösningar för att patienten ska vara delaktig och känna trygghet.

Inom ramen av nära vårdssamverkan har utvecklingsarbete skett mellan den regionala akutsjukvården och kommunen. Arbete för att förbättra vårdens övergångar för hemsjukvårdspatienter som vistats på akuten men inte är i behov av inläggning på vårdavdelning pågår. En sjuksköterska från Luleå kommun har deltagit i samverkansträffar med regionen och planen är att nästa år börja implementera nya arbetssätt som bland annat handlar om bättre informationsöverföring.

2.5 Informationssäkerhet

Samtliga medarbetare i socialförvaltningen ska genomgå obligatoriska e-utbildningar om informationssäkerhet och GDPR. Ansvarig chef beställer behörighet till de IT-system medarbetaren behöver för att utföra arbetet. Avvägning sker alltid att behörigheten inte är för vid och inte heller för snäv. I förvaltningen sker regelbunden

kontroll av behörigheter för legitimerad personal till datornätverk och informationssystem.

Loggkontroller NPÖ (nationell patientöversikt)

MAS och MAR har genomfört granskning av inloggningar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gjort i NPÖ vid två olika tillfällen. Vid loggkontrollen granskas om personalen inhämtat samtycke, har vårdrelation och har uppfyllt dokumentationskravet. Syftet är att upprätthålla patientsekretess och integritetskrav. Årets granskning visar att det ibland saknas registrerat samtycke i journalsystemet samt dokumentation i journalen. Samtlig inloggad personal har bedömts ha en vårdrelation. Enhetscheferna för HSL planerar åtgärder under 2026 för att registrering av samtycke och att kravet på dokumentation uppfylls.

Loggkontroller Combine

Loggkontroller ska utföras varje kvartal på slumpvist utvalda personer och vid misstanke om otillåtet användande. Efter införande 2024 av nya journalsystem Combine utfördes inga slumpvisa stickkontroller på grund av bristerna i systemet, däremot gjordes riktade kontroller. Leverantören har under 2025 tagit fram loggar ur databasen och det har utförts loggkontroller av enhetschef för hälso- och sjukvården. Utförda kontroller under året har inte visat några oegentligheter.



2.6 En god säkerhetskultur

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. En god säkerhetskultur kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Den innebär också ett öppet arbetsklimat som gör att personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Centralt är även att man lär av både negativa och positiva händelser, arbetar förebyggande och ger patienten en möjlighet att vara delaktig. God säkerhetskultur är också beroende av personalens kunskaper. Det är stor en utmaning inom verksamheterna att omvårdnadspersonalens utbildningsnivå har sjunkit under senaste åren. Detta påverkar patientsäkerheten.

Under året har verksamheterna fortsatt arbeta mer systematiskt med avvikelser genom att utreda och analysera upprättade avvikelser. Förbättringsutrymme finns av att stärka säkerhetskulturen än mer.



2.7 Adekvat kunskap och kompetens

Vid bedrivande av hälso- och sjukvård ska det säkerställas att lokaler, utrustning och personal med adekvat kompetens finns tillgängliga. Sambandet mellan bemanning, kompetens och patientsäkerhet är avgörande, då brister inom dessa områden kan öka risken för vårdskador. En väl avvägd bemanning och rätt kompetens hos personalen utgör därför en grundläggande förutsättning för en trygg och säker vård.

Kommunal hälso- och sjukvård är unik genom att patienterna har många gånger även ett biståndsbedömt beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta innebär att personer som får vård av hälso- och sjukvårdspersonal ofta samtidigt får sitt behov av grundläggande omsorg tillgodosett av andra yrkesgrupper inom socialförvaltningen.

Kvaliteten på denna omsorg utgör en central del av förutsättningarna för att kunna erbjuda en trygg och säker vård i patientens hem, oavsett om det rör sig om ordinärt boende eller särskilt boende. Ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter är därför avgörande. Tillgång till adekvat personal och resurser inom båda verksamheterna påverkar direkt socialförvaltningens förmåga att utföra sitt uppdrag och stödja patientsäkerheten.

Inspektionen för vård och omsorg bedömer att bristande kompetens hos vårdpersonal är en av de största orsakerna till att äldre inte får vård av god kvalitet. Vanliga problem är otillräckliga språkkunskaper i svenska, vilket försvårar kommunikationen med patienter, samt brister i grundläggande vård- och omsorgskompetens. Bristerna leder till försämrad patientsäkerhet och gör det svårt att möta äldres behov av trygghet, omvårdnad och hälso- och sjukvård. Under 2026 införs skärpta språkrav inom äldreomsorgen vilket innebär att arbetsgivaren behöver se över behov av utbildningsinsatser.

Kompetensförsörjningsutmaningen har under 2025 fortsatt att påverka planeringen i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Sedan 2018 har andel



undersköterskor inom socialförvaltningens verksamhetsområde minskat ifrån 62 % till 44 %. Kompetensutveckling för alla medarbetare bör därför vara en prioriterad insats för att kunna upprätthålla kvalitén inom den kommunala vård och omsorgen.

Sjuksköterskor i palliativ hemsjukvård samverkar med primärvården och slutenvårdens palliativa team för att skapa trygghet och kontinuitet i hemmet. Under 2025 har utbildningsinsatser genomförts bland annat inom svåra samtal samt inom palliativ vård. Sjuksköterskorna fortsätter med att utveckla den palliativa vården i Luleå kommun samt att kontinuerligt utbilda kollegor och hemtjänstgrupper inom palliativ omvårdnad.

Under 2025 har hälso- och sjukvårdspersonalen höjt kompetensen genom utbildningsinsatser inom bland annat sårvård, palliativ vård, handledning av studenter, arbetsterapeutisk bedömning samt gerontologi.

För att stärka omvårdnadspersonalens kompetens har hälso- och sjukvården erbjudit ett antal utbildningstillfällen inom olika områden. Bland annat har e-utbildning i trycksårsprevention tagits fram. Utbildning i läkemedelshantering och insulin sker via apotekets utbildningar. Rehabenheten har erbjudit fysiska utbildningar i förflyttningsteknik. Stort antal av dessa utbildningar har dock fått ställas in på grund av lågt antal deltagare. Anledningen man anger till det låga deltagandet är bland främst brist på vikarier. Det finns därför ett fortsatt behov av att säkerställa att omvårdnadspersonalen får den kompetens inom hjälpmedel och förflyttningar som verksamheten ansvarar för.

Under 2026 kommer en e-utbildning i grundläggande hjälpmedelshantering till omvårdnadspersonal tas fram. E-utbildningen ersätter inte fysiska utbildningar. Ovan nämnda utbildningar kräver resurser i form av hälso- och sjukvårdspersonal som därmed behöver tas ifrån ordinarie verksamhet.

Under 2025 har ett kompetenscentrum etablerats och en sjuksköterska har anställts för att utveckla verksamheten. Det finns ett fortsatt behov av hälso-och sjukvårdsresurser för att kunna erbjuda den kompetensutveckling som behövs i verksamheten inom exempelvis basal omvårdnad, förflyttningsteknik, vårdpreventivt arbete, rehabiliterande arbetssätt och hjälpmedelshantering. MAS/MAR och SAS har genomfört utbildningar i patientsäkerhet och skydds- och begränsningsåtgärder under året. MAR har utbildat sjuksköterskor i hjälpmedelsförskrivning.



Under hösten 2025 genomfördes en genomlysning av Kronans vård- och omsorgsboende för äldre. Resultatet visar följande huvudområden:

- Kompetens: Kompetensnivån varierar mellan avdelningar och individer, vilket påverkar kvaliteten och tryggheten för de boende.
- Efterlevnad av rutiner: Det finns behov av att stärka implementeringen och säkerställa uppföljning av styrande dokument, särskilt gällande lex Sarah, social dokumentation och avvikelshantering.
- Samverkan och kommunikation: Teamens samverkan fungerar varierande, och det finns behov av tydligare roller och förbättrad kommunikation.
- Arbetsmiljö: Hög sjukfrånvaro och stress påverkar arbetsmiljön negativt.
- Bemanning och stabilitet: Hög personalomsättning och många vakanser har lett till bristande kontinuitet och ökad arbetsbelastning.

Bemanning och personalförsörjning

Bemanningsplaneringen för sjuksköterskor sker med stöd av planeringsverktyget TimeCare. Enhetschef eller koordinator följer upp personalbehovet inom hälso- och sjukvårdspersonal i de olika verksamheterna för att säkerställa en effektiv planering. Ett nära och löpande samarbete mellan enheterna möjliggör snabb anpassning till nya behov av personalresurser.



2.8 Patienten som medskapare

Patienten är en medskapare i vården och bidrar till säkerhet genom sin kunskap om egna behov och resurser. Delaktighet och respektfullt bemötande är grundläggande för trygg och säker vård. Under året har Vård- och omsorgskollen, anhörigenkäten samt enkät hälso- och sjukvård i hemmet använts för att systematiskt samla in synpunkter från patienter och närstående. För mer information se kvalitetsberättelsen.

Personer med behov av samordning erbjuds en samordnad individuell plan (SIP) för att stärka trygghet, kontinuitet och delaktighet. Inom palliativ vård beaktas patientens



önskemål särskilt och närstående ges möjlighet att återkoppla sina erfarenheter för fortsatt utveckling av vården och omsorgen.



3 Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren har ansvar att utöva egenkontroll som innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Alla enheter svarar för sin egenkontroll i verksamheten och syftet är att säkra verksamhetens kvalitet och genom lärande och utveckling uppnå ett fortlöpande förbättringsarbete. Redovisning av genomförda egenkontroller som till exempel olika kvalitetsindikatorer sker återkommande under året vid hälso- och sjukvårdens kvalitetsråd. En del av egenkontrollen har skett genom en individuell enkät till hälso- och sjukvårdspersonal. För mer information om resultat i egenkontroller se kvalitetsberättelsen.

Journalgranskning

Journalgranskning genomförs som *en form av egenkontroll* och kan beskrivas som en intern granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation enligt gällande författningar (jämför 2 kap. 1 § och 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Granskningen ska utföras regelbundet varje år. Syftet med granskningen är att kvalitetssäkra dokumentationen av den kommunala hälso- och sjukvården samt att identifiera förbättringsområden och goda exempel. Årets granskning har genomförts av MAS och MAR tillsammans med superanvändare för Combine. Totalt har 28 journaler granskats. Resultat av årets granskning visar att dokumentationen i stort är tillfredsställande i förhållande till lagkraven. Förbättringsområden har identifierats.

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom att medarbetare i verksamheten har kunskap om risker för vårdskador kan ett förebyggande av nya vårdskador uppnås. Utöver det krävs även att medarbetare har god kännedom om hur arbetet ska ske enligt gällande rutiner.



3.2 Delegerad medicinsk arbetsuppgift – läkemedelshantering

MAS och MAR ansvarar för rutiner kring delegering av medicinska arbetsuppgifter. Delegering innebär att en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal överlåter en medicinsk arbetsuppgift till en annan person som har reell kompetens för uppgiften. Detta sker i enlighet med gällande lagar och får aldrig äventyra patientsäkerheten eller kvaliteten på vården. Inom socialförvaltningen är läkemedelshantering den vanligaste medicinska arbetsuppgiften som delegeras.

Verksamheterna följer månadsvis upp antalet läkemedelsavvikelser och resultat redovisas bland annat inom ramen för hälso- och sjukvårdens egenkontroll, socialnämndens internkontrollplan och vid kvalitetsråd. Fortsatt bedöms antalet avvikelser vara för högt.

Arbetet med webbaserad utbildning och kunskapstest för nya medarbetare har etablerats och kompletterats med webbaserad utbildning och kunskapstest för insulindelegering. Enhetschefer följer upp handlingsplaner mer strukturerat för att säkerställa förbättringar vid vård- och omsorgsboenden, där Apotekets kvalitetsgranskningar fortsatt visar på förbättringsområden.

Under hösten 2025 har MAS och MAR, tillsammans med länets nätverk, arbetat fram hur delegeringsprocessen ska utformas nästa år. Syftet är att anpassa rutinerna till lagändringen när delegeringsföreskriften upphör den 1 januari 2026 och kraven på verksamhetsansvar och kvalitetssäkring ökar. MAS och MAR har därför påbörjat en översyn av rutiner och kompetenssäkring för att säkerställa patientsäkerheten.

Vårdhygien och smittförebyggande arbete

Att arbeta förebyggande och förhindra smitta och smittspridning är fortsatt ett fokusområde i förvaltningen. Föreskriftskrav finns att vårdgivaren ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis och socialförvaltningen har avtal med Vårdhygien, Region Norrbotten som innebär till exempel stöd i smittspårningsfrågor, vårdhygienperspektiv vid ombyggnationer och upphandlingar. Sedan november 2022 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL (socialtjänstlagen) och LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) (HSLF-FS 2022:4) och förvaltningsövergripande rutin har antagits under våren 2023. För mer information se kvalitetsberättelsen.

Nationella mätningar, PPM (Punktprevalensmätningar) har skett sedan 2011 av följsamheten till BHK (basala hygienrutiner och klädregler). Godkända resultat noteras för sjuksköterskeenheten från både självskattning och observation av sjuksköterskor. Dock noteras en lätt vikande trend gällande följsamhet vid självskattningen under 2025.



Under året har en e-utbildning genomförts och fortsatta regelbundna mätningar kommer att genomföras.

3.3 Läkarmedverkan

Lokal överenskommelse finns mellan den kommunala hälso- och sjukvården och hälsocentraler som utgår från det regionala avtalet om läkarmedverkan i särskilda boendeformer och hemsjukvård. De privata utförarna vårdcentralen Norra Hamn har ansvar för tre vård och omsorgsboenden och vårdcentralen Hermelinen ansvarar för ett vård- och omsorgsboende. Frågor avseende läkarmedverkan lyfts upp av verksamheten vid de kontinuerligt återkommande samverkansmötena och när behov uppstår.

I samverkan med de privata hälsocentralerna har generella direktiv vad gäller läkemedelshantering tagits fram under 2025. Frågor avseende läkarmedverkan lyfts upp av verksamheten vid de kontinuerligt återkommande samverkansmötena och när behov uppstår.

3.4 Vårdprevention – riskbedömningar

Senior Alert (riskbedömning av trycksår, fall, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion) för personer över 65 år har använts länge och är ett implementerat arbetssätt i verksamheten. Årets egenkontroll av Senior Alert visar att riskbedömningen används i hög grad på vård och omsorgsboenden men kan bli bättre inom hemsjukvård. Det är ett ständigt pågående förbättringsarbete.

Trycksårsprevention

Sårvårdsgruppen har tillsammans med MAR har under 2025 arbetat fram och implementerat rutin för trycksårsprevention som riktar sig till all personal. Gruppen har även tagit fram en e-utbildning i trycksårsprevention samt genomfört fysiska utbildningar för HSL personal. Rutinen för tryckavlastande madrasser har reviderats och MAR har utbildat sjuksköterskor i förskrivning av tryckavlastande madrasser. Arbete med trycksårsprevention har förstärkts tack vare att en sårvårdssjuksköterska anställdes i slutet av 2024 som har kunnat arbeta uteslutande med sår och trycksårsprevention.

Sårvårdssköterskan har även utfört en PPM (punktprevalensmätning) av trycksår i början av 2025. Resultatet visar att 4.21 % patienter hade trycksår. Detta är jämförbar med andra kommuner men vi har högre andel kategori 3–4 (allvarligare) sår. Trycksår är någonting som man med strukturerad arbetssätt ska kunna förebyggas i allt högre grad. Ett utbildningsmaterial har tagits fram.

Fallprevention

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och är i särklass den vanligaste skadeorsaken till inläggningar på sjukhus. Varje år läggs 70 000 personer in på sjukhus



på grund av en fallskada. Fall är en av de tio vanligaste dödsorsakerna bland svenskar över 70 år. Närmare 1000 personer över 65 år dör varje år på grund av fallolyckor.

Det finns en mängd olika orsaker till att man faller vilket gör fall komplicerad att förebygga. Dessutom finns oftast fler sammanverkande orsaker till varje enskilt fall som exempelvis dålig syn, läkemedel, olika diagnoser och ett antal faktorer i fysiska miljön.

Samlade forskningen visar att fallprevention ger effekt om flera åtgärder sätts in samtidigt och utgår från individens behov. Det krävs ett multiprofessionellt teamarbete och goda kunskaper om fallorsaker, om geriatriska patienter samt åtgärder för att förebygga fall.

En viktig aspekt i fallprevention är att undvika skydds- och begränsningsåtgärder. Fall ska inte förebyggas till vilket pris som helst. Livskvaliteten och självbestämmande är viktiga faktorer att ta hänsyn till i fallprevention.

Verksamheten har rutiner för fallprevention men dessa är i behov av revidering.

3.5 Medicintekniska produkter

Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Medicintekniska produkter omfattar en mängd olika produkter. Från enkla förbrukningsartiklar som katetrar och sterila förbrukningsartiklar till hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel som exempelvis inhalatorer, bladderscan, blodtrycksapparat mm.

Medicintekniska produkter som har förskrivits eller tillförts patient ska kunna spåras. Med spårbarhet avses att man ska kunna identifiera exakt vilken produkt som tillförts patienten samt produktens historik avseende underhåll, reparationer och placering. Vårdgivaren uppnår inte fullt ut lagkraven på spårbarhet för kommunägda medicintekniska produkter eftersom det saknas ett tillförlitligt IT- system. Upphandling av IT system för hjälpmedel, medicintekniska produkter och andra lagervaror pågår.

Medicintekniska produkter ska enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2021:52 hanteras enligt avsett ändamål. Det är viktigt att all personal, liksom patienten och dennes närstående, vet hur man använder medicintekniska produkter på rätt sätt. All användning kan medföra en större eller mindre risk, även då utrustningen används på avsett sätt. Detta är en utmaning i den kommunala verksamheten då den medicintekniska utrustningen, framför allt hjälpmedel används av stort antal personal som många gånger saknar basal utbildning. Bristande kunskaper hos omvårdnadspersonalen inom



hjälpmedelshantering utgör en risk för patientsäkerheten. En e-utbildning i hjälpmedelshantering planeras bli klar under 2026 men detta är inte tillräckligt för att höja omvårdnadspersonalens kunskaper. Verksamheten behöver möjliggöra omvårdnadspersonalens deltagande i fysiska utbildningar inom förflyttningsteknik och hjälpmedel i större utsträckning än hittills.

Hälsa- och sjukvården har under 2025 gjort ett omfattande arbete för att strukturera hjälpmedelsverksamheten. Bland annat har man följt upp ett stort antal hjälpmedel, implementerat nya och reviderat befintliga rutiner. Arbete har varit möjligt p.g.a. tillfällig utökning av resurser i verksamheten.

3.6 Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamhetssystem Combine

Verksamheten har under 2025 arbetat med att utveckla rutiner och arbetssätt i det nya verksamhetssystemet. Hälsa- och sjukvårdens superanvändare fungerar som stöd för sina kollegor samt träffas kontinuerligt för att förtydliga rutiner och öka kunskap i det nya systemet. Under 2026 planeras införandet av nytt hälsa- och sjukvårdsmodul.

Avvikelsehanteringssystem DF respons

Övergång till nya avvikelsehanteringssystem DF respons skedde 1 mars 2024. Rutiner och utbildningsmaterial finns tillgängliga till alla användare. Extra utbildningsinsatser för enhetschefer planeras under 2026. MAS och MAR deltar i Norrbottens kontaktnätverk för DF respons som arbetar med förbättringar och utveckling av systemet. Bland annat har systemet uppdaterats så att det går att ta ut statistik per kön.

Digital signering av läkemedel (Appva)

Under året har ett pilotprojekt genomförts på ett vård- och omsorgsboende samt i en hemtjänstgrupp med syftet att minska läkemedelsavvikelser och säkerställa att delegeringsprocessen följs. Resultatet visar en ökad följsamhet vid signering, minskad risk för uteblivna doser och bättre kontroll av delegeringar. Samt bättre avräkning av narkotikaklassade läkemedel.

Läkemedelsgivare

Arbetet med att upphandla läkemedelsgivare har pågått under året. Arbetet utgår ifrån en tidigare genomförd nyttovärdering som visar att läkemedelsgivare bidrar till en bättre effektivitet och säkerhet samt för att möta kommande demografiska utmaningar. Upphandlingen beräknas vara



klar i början av 2026. Frågan har även lyfts i beredningsgruppen hjälpmedel för en eventuell inkludering i hjälpmedelssortimentet i Norrbotten.

Säkra videomöten och säker e-post

Nytt kommunövergripande system för säkra videomöten och säker e-post upphandlades 2024. Följsamheten till användning av systemet bör följas upp.

IT system för hjälpmedel

Upphandling av nytt IT system för hjälpmedel, medicintekniska produkter och lagervara pågår.

Dokumenthanteringssystem

Socialförvaltningen har upphandlat ett nytt dokumenthanteringssystem som ska införas under 2026. Det har pågått arbete med att revidera och arkivera gamla rutiner under 2025. Hälsa- och sjukvården ansvarar för drygt 200 rutiner. Nya dokumenthanteringssystemet förväntas öka kännedom om rutiner samt underlätta för medarbetare att söka rutiner. Nya systemet ska även säkerställa att rutinerna revideras och arkiveras regelbundet vid behov.

3.7 Säker vård här och nu

Hälsa- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningar för patientsäkerhet kan förändras snabbt och det är därför viktigt att agera. Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som ger brister i verksamhetens kvalitet. Om en händelse inträffar ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten att det inträffar igen och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Restnoteringar och leveransproblem

Under året har det varit leveransproblem med vissa hjälpmedel på grund av brist på delar hos leverantören. Det har lett till längre väntetider, samt ökad arbetsbelastning hos personal men bedöms inte ha påverkat patientsäkerheten.

Riskhantering

Riskhantering inom socialförvaltningen bygger på en fastställd rutin där all vårdpersonal har ansvar att rapportera avvikelser och identifiera risker för oönskade händelser. Avvikelser registreras i DF-respons och respektive chef analyserar händelser, vidtar förebyggande åtgärder och återkopplar resultat och beslut till verksamheten. Vid allvarliga händelser där patienten drabbats eller riskerat att drabbas av allvarlig vårdskada, informeras MAS/MAR för



att en Lex Maria-utredning ska kunna initieras. Chefernas utredning utgör då underlag för den fördjupade utredning som MAS/MAR genomför.

Egenkontroll och analys av avvikelser sker fortlöpande både av medicinskt ansvariga och på enhetsnivå, för att identifiera brister och risker i verksamheten. Risk- och konsekvensanalyser görs vid behov så nära den berörda verksamheten som möjligt, särskilt inom fallprevention, inför bedömning av skyddsåtgärder och utprovning av medicintekniska hjälpmedel samt vid komplexa situationer. I utskrivningsprocessen pågår arbete med att testa beslutstöd som stöd för riskbedömning vid komplexa situationer. Förbättringsområden identifieras och åtgärdsförslag utarbetas inom ramen för avvikelsearbetet, vilket bidrar till att verksamheten kontinuerligt utvecklas och säkerheten stärks

Stärka analys, lärande och utveckling

Att lära av erfarenheter och analysera det inträffande är viktigt för en ständig utveckling och förbättring. Mätningar och resultat kan användas för att förstå vilka insatta åtgärder som ger förbättringar och minskar risken för vårdskador. Ett sätt att mäta är att delta i nationella kvalitetsregister som finns för kommunal hälso- och sjukvård. Deltagande sker i kvalitetsregistren Svensk apalliativregistret, SeniorAlert, BPSD och Rikssår. Uppföljning av mätdata sker strukturerat och redovisas vid hälso- och sjukvårdens kvalitetsråd. Sammanställning finns även i den förvaltningsövergripande kvalitetsberättelsen socialnämnden årligen erhåller för beslut.

Avvikelsehantering

Sedan mars 2024 har DF Respons varit i drift som system för avvikelshantering. Hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetschefer ansvarar för att klassificera avvikelser i allvarlighetsgrad 1–4. Händelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 analyseras och hanteras av dessa grupper som en del av det löpande förbättringsarbetet.

För avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 gör MAS eller MAR en bedömning av om en fördjupad utredning ska initieras enligt lex Maria. MAS eller MAR bedömer även om ärendet ska anmälas till IVO enligt lex Maria eller inte. Bedömningen grundas på händelsens karaktär, konsekvenser för patienten och risk för upprepning.

Om anmälan inte görs ska skälen dokumenteras i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:41), exempelvis att händelsen inte medfört eller inneburit risk för allvarlig vårdskada eller att åtgärder redan vidtagits som eliminerar risken för upprepning.

När åtgärder har vidtagits ska en utvärdering ske för att säkerställa effekt och lärande. Hela processen dokumenteras i DF Respons och används för statistik och uppföljning.



Arbete med att uppdatera/revidera befintliga rutiner inom avvikelshantering har pågått i förvaltningen under några års tid. Syftet har varit att tydliggöra ansvar och roller samt underlätta för bearbetning och fördjupad analys av avvikelser på enheterna. Avvikelsehanteringen har blivit bättre och rutinerna mer kända i verksamheter. Det är fortsatt av vikt att påminna om rutinerna och utbilda ny personal i avvikelshantering.

Externa avvikelser har skickats främst mellan socialförvaltningen och Region Norrbotten. De flesta avvikelser handlar om bristande informationsöverföring i samband med utskrivningsplanering, bristande följsamhet till samverkansrutiner och oklarheter kring läkemedelsordinationer.

Utredning av händelser – risk för eller inträffad allvarlig vårdskada

Under året har 11 lex Maria-utredningar initierats inom verksamheten. Sju av dessa har lett till större utredningar som har anmälts till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

I de händelser som har lett till anmälan har ett uppföljningsärende startats där handlingsplan finns.

Samtliga utredningar syftar till att identifiera bakomliggande orsaker, vidta nödvändiga åtgärder och förebygga att liknande händelser inträffar igen, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet och verksamhetens kontinuerliga utveckling.

3.8 Statistik avvikelser 2025

Under året har det rapporterats 5703 avvikelser gällande fall, hjälpmedel, trycksår, läkemedel samt vård/behandling/provtagning.

Tabellen visar antalet avvikelser per område. Inom parentes finns fjolårets siffra.

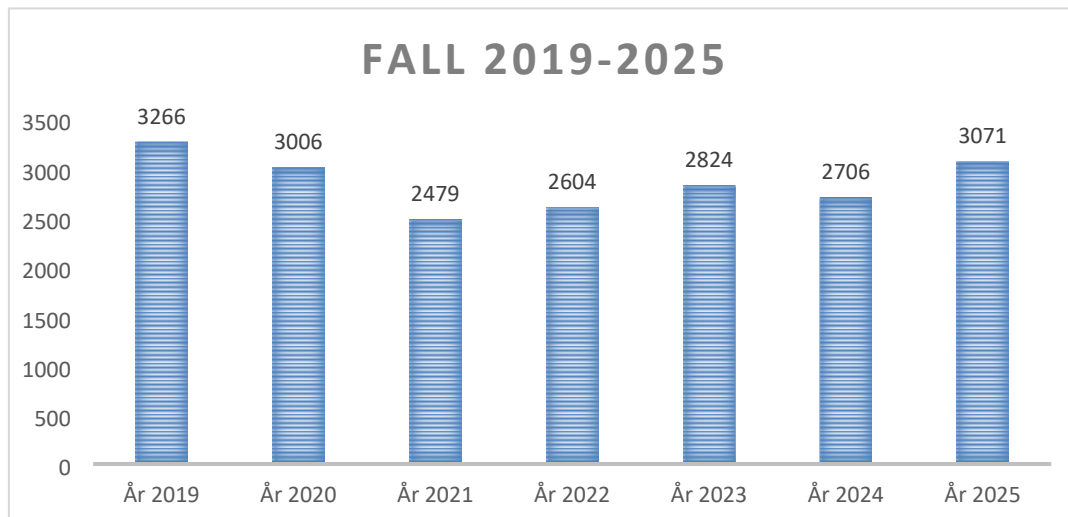
Område	Antal
Fall	3071 (2706)
Var av Fraktur alla	89 (79)
Var av Höftfraktur	43 (41)
Medicintekniska produkter	124
Trycksår	60 (50)
Läkemedel	2378 (2276)
Övrigt (ej person) 12 st	
Var av Uteblivna doser	1576 (1534)
Vård/Behandling/Provtagning	70
Var av utebliven/försenad vård/behandling/rehabilitering	70 (41)



Fallavvikelser

Antalet rapporterade fall varierar från år till år. Anledningen till att statistiken skiljer sig är svårt att svara på. Möjliga orsaker kan vara skillnader i patienternas förmågor, kunskap om fallprevention, följsamhet till rutiner eller benägenhet att rapporterade fall. Analys av fallavvikelser görs i verksamheten.

Luleå kommun har sedan 2008 rutiner för fallprevention. Rutinerna för fallprevention är i behov av revidering. Det finns även behov av kompetenshöjande insatser inom fallpreventivt arbete. För mer information om fallpreventivt arbete se kapitel 3.6.



Medicintekniska produkter (MTP)

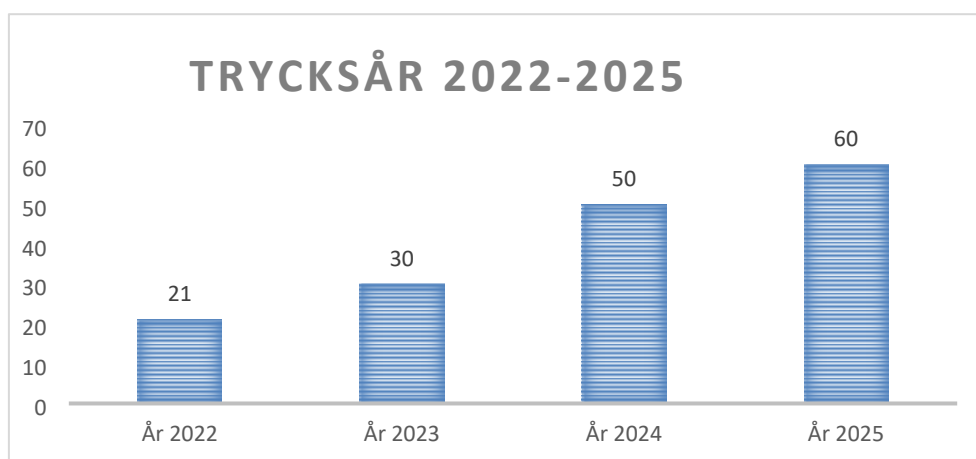
Statistiken över medicintekniska produkter är inte tillförlitlig p.g.a. att det registreras läkemedel eller avvikelser med annan typ av produkter i denna kategori. MAR följer alla avvikelser för medicintekniska produkter. När det gäller hjälpmedel har avvikelser visat bland annat kompetensbrister. Några rutiner har reviderats p.g.a. detta. Arbetsuppgifter som tidigare gjorts av omvårdnadspersonal utförs av leg. personal i dag.

Under 2025 har det rapporterats flertal avvikelser kring utprovning och förskrivning av tryckavlastande madrasser. Med anledning av detta har MAR utbildat sjuksköterskor i förskrivningsprocessen, anordnat madrassutbildningar i samverkan med regionens hjälpmedelsverksamhet samt reviderat rutinen för madrassförskrivning.



Trycksårsavvikelser

Antalet trycksår har ökat sedan 2022 sannolikt p.g.a. underregistrering tidigare år. Det har varit otydligt för verksamheten när och vem som ska registrera trycksår. Sårvårdssköterskan har arbetat med att förtydliga avvikelserapportering i DF Respons samt i det nationella registret Rikssår. För mer information om arbete med trycksårsprevention se kapitel 3.6.



Läkemedel

Under 2024 noterades en ökning av avvikelser kopplade till insulin och narkotikaklassade läkemedel. Därför har MAS haft särskilt fokus på dessa områden under 2025. Totalt rapporterades 89 avvikelser gällande narkotikaklassade läkemedel, registrerade som "Läkemedel saknas" där orsaken till att läkemedlet saknas, inte kunnat fastställas. För insulin registrerades 81 avvikelser, varav 6 avsåg förväxling av insulinsort. En fördjupad utredning pågår enligt Lex Maria. Arbetet fortsätter under 2026 med uppföljning av åtgärder och analys av nya avvikelser.

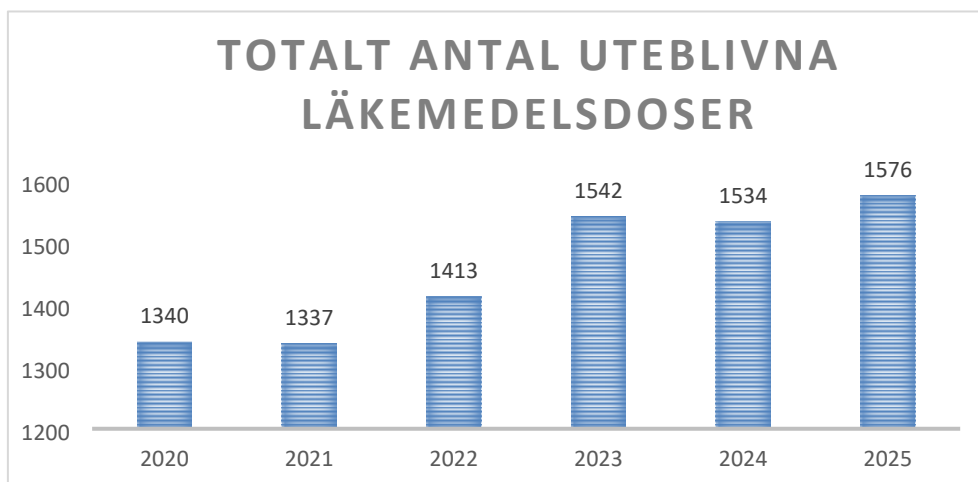
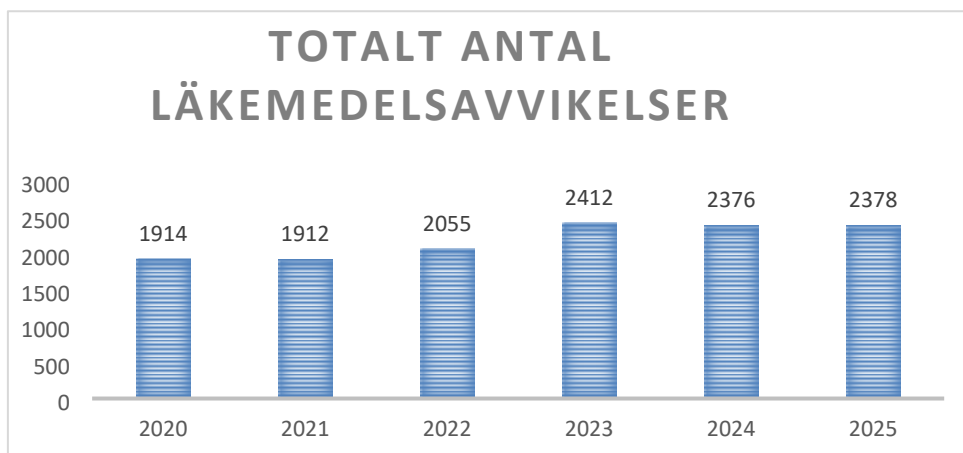
Verksamhetschef för SOL och HSL har haft under 2025 en arbetsgrupp som har fått uppdraget att se över åtgärder både på kort och lång sikt med målet att minska risken att fel vid hantering av insulin. Under 2026 kommer samma arbetsgrupp att jobba med att minska svinn av narkotikaklassade läkemedel.

Socialförvaltningen har köpt in läkemedelsskåp till samtliga patienter inom ordinärt boende, med tillhörande mindre skåp för patienter med narkotikaklassade läkemedel. Dessa skåp kommer öppnas via personligt kodad nyckel, vilket resulterar till högre spårbarhet.



Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat under perioden 2020–2025, med fortsatt höga nivåer de senaste åren. Uteblivna doser utgör en betydande andel av avvikelserna och har visat en ökande trend över tid. Ökningen bedöms delvis spegla en förbättrad rapporteringskultur. Läkemedelshantering bedöms fortsatt vara ett prioriterat riskområde. Under slutet av 2025 påbörjades införandet av digital signering, med förväntad effekt på minskade uteblivna doser under början av 2026.

Statistik läkemedelsavvikelser



Upphandling pågår gällande läkemedelsgivare som skall testas inom två hemtjänstområden under 2026. Med läkemedelsgivare kan antalet personal som behöver läkemedelsdelegering minska och det innebär också att patienten kan bli mer självständig



Under året 2026 kommer vi fortsätta att följa antalet insulin samt narkotika klassade läkemedelsavvikelser. Detta för att säkra att det läkemedel en patient ordinerats även erbjuds till patienten utan att en god och säker vård riskeras.

Avvikelser inom området Vård/behandling/provtagning. Avvikelser av detta slag kan omfatta vårdinsatser, rehabiliteringsinsatser, provtagningar, kontroller och omläggningar som uteblivit eller försenats.

Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till socialförvaltningen via en e-tjänst på Luleå kommuns hemsida, genom förfrankerade blanketter, muntligen eller per brev. Verksamheten försöker bemöta klagomålen muntligt där de uppkommer och ses som ett förbättringsarbete. Klagomål kan också lämnas till patientnämnden. Alla klagomål och synpunkter diarieförs och lämnas till ansvarig enhetschef att svara inom fyra veckor. Klagomål kan ställas direkt till inspektionen för vård och omsorg (IVO) för prövning om patienten inte är nöjd med svaret från vårdgivaren. Elva synpunkter har inkommit under året. Majoriteten har avsett bemötande/kompetens eller information/kommunikation. Samtliga synpunkter har omhändertagits och vid förekommande fall har åtgärder vidtagits, exempelvis i form av förbättrad information.

3.9 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Socialförvaltningen har under året arbetat med informationssäkerhet, säkerhetsskydd och civil beredskap enligt Luleå kommuns handlingsplan, för att stärka förmågan vid störningar. Det innefattar bland annat krispaket med mat, vatten, värme och sanitet för att minimera påverkan på brukare. Under 2025 har behovet av medicintekniska produkter och sjukvårdsmaterial vid höjd beredskap setts över i samverkan med Region Norrbotten.

Från 1 januari 2026 gäller nya lagändringar som stärker hälso- och sjukvårdens beredskap vid kris och krig, med tydligare ansvar och regler om begränsad vårdskyldighet vid katastroftillstånd. Syftet är att säkra vårdkedjan genom samverkan mellan kommuner, regioner och vårdgivare. Från 2027 införs krav på lagerhållning av sjukvårdsmaterial. Socialförvaltningen har redan ett månads lager av förbrukningsvaror enligt läns gemensam plan från 2023.



4 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2026 rekommenderas verksamheten att vidta åtgärder inom områden nedan för att stärka patientsäkerheten

- Omvårdnadspersonalens kompetens
- Delegerad medicinsk arbetsuppgift – läkemedelshantering
- Avvikelsehantering
- Hantering av medicintekniska produkter
- Utskrivningsprocess
- Arbeta för jämlik vård och rätt vårdnivå i hälso- och sjukvård i hemmet
- Fallprevention

Decentralisering resurser innovation och utveckling

Ärendenr 2026/155-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att använda medel enligt förslag.

Sammanfattning av ärendet

Kommunfullmäktige har i mål och budget 2026–2028 beslutat att stärka nämndernas möjligheter att driva innovation och utveckling genom att decentralisera delar av kommunstyrelsens resurser. Nio miljoner tillsköts finansförvaltningen från kommunstyrelsens budget, för senare ombudgetering till nämnderna. Kommunstyrelseförvaltningen fick i uppdrag att föreslå kommunstyrelsen en fördelning av medlen till nämnderna under hösten 2025. Syftet är att ge nämnderna större ansvar och handlingsutrymme, samtidigt som kommunen behåller en samlad styrning av gemensamma utvecklingsfrågor. De nio miljonerna fördelas mellan nämnderna baserat på nämndens storlek, egna befintliga utvecklingsresurser och identifierat utvecklingsbehov.

Medlen fördelades enligt följande:

- Socialnämnden: 2 miljoner kronor
- Barn- och utbildningsnämnden: 1,8 miljoner kronor
- Infrastruktur- och servicenämnden: 0,9 miljoner kronor
- Kultur- och fritidsnämnden: 0,9 miljoner kronor

Socialförvaltningen föreslår att medlen används för att täcka kostnader för de resurser som behövs för att jobba med förändring av arbetssätt exempelvis utifrån den nya sensortekniken i särskilt boende, kommande teknik i ordinärt boende samt utveckling av GPS-larm och medicinrobotar. Medel ska även täcka kostnadsbortfall för ordinarie personal som behöver vara med i olika delar kring utveckling av verksamheterna till exempel kravspecifikation, utbildning, mm. Det finns en viss otydlighet vilka eventuella kostnader som kommer behöver betalas från nämnderna för kommunövergripande projekt så kostnaden behöver följas under året.

Dialog

Dialog har skett internt i Socialförvaltningen

Ida Johansson

Avdelningschef ekonomi och infrastruktur

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp

Förslag till beslut gällande socialnämndens kvalitetsberättelse 2025

Ärendenr 2026/123-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna socialnämndens kvalitetsberättelse 2025.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens kvalitetsberättelse innehåller resultat och analys av förvaltningens kvalitetsarbete 2025. Exempelvis beskrivs resultat av åtgärder som genomförts under året, till exempel i form av utvecklingsarbete, egenkontroll och avvikelser.

Dialog

Underlaget till socialnämndens kvalitetsberättelse för 2025 har förmedlats från samtliga verksamhetsområden. Kvalitetsberättelsen har behandlats av de fackliga företrädarna vid förvaltningens forum för information och förhandling.

Beslutsunderlag

- Socialnämndens kvalitetsberättelse 2025 med bilagor

Rebecca Hedenljung
Kvalitetstrateg

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Ekonomiavdelningen

*Här infogas en framsida enligt kommunens grafiska
profil*

Denna sida tas sedan bort.

Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentegenskaper	
Dokumenttyp	Berättelse
Diarienummer	2026/123
Fastställt	2026-02-26
Giltighetstid	2027-02-28
Dokumentansvarig	Socialdirektör
Senast reviderad	2026-01-27
Beslutsinstans	Socialnämnd
Dokumentet gäller för	Socialförvaltningens alla verksamheter

Innehåll

Sammanfattning	6
Identifierade fokusområden för 2026.....	7
Inledning.....	7
Syfte	8
Organisation och ansvar	8
God kvalitet	10
Systematiskt förbättringsarbete	11
Riskförebyggande arbete och riskanalys.....	12
Socialförvaltningens kvalitetsarbete under året 2025	12
Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete	12
Utvärdering av kvalitetsberättelsen.....	12
Implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	13
Förvaltningsövergripande redovisning och analys gällande avvikelser, lex Sarah, synpunkter & klagomål, social dokumentation	15
Formella synpunkter, tillsyn och granskningar	23
Informationssäkerhet	25
Personuppgiftsincident.....	26
Beredskapsarbete	26
Kartläggning och planering ny socialtjänstlag	27
Dokumenthanteringssystem	28
Individens behov i centrum	29

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Vård- och omsorgsprocessen	30
Gemensamma kvalitetsråd.....	31
Kost och servicenämnd	31
Lokal plan för suicidprevention	32
Veckan för psykisk hälsa	32
Yrkesresan.....	33
Kompetensförsörjning.....	33
Kompetenscentrum	35
Verksamhetsövergripande kvalitetsarbete	36
Verksamheternas arbete med omställning till nya Socialtjänstlagen (SoL)	36
Hälso- och sjukvård	38
Genomförda förbättringsarbeten under året 2025	38
Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024	41
Egenkontroll	41
RisKFörebyggande arbete och riskanalys.....	41
Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	42
Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar	43
Individ och familjeomsorg Barn och unga.....	44
Förebyggande stöd Barn och unga.....	45
Genomförda förbättringsarbeten under 2025	46
Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelsen 2024.....	47

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Egenkontroll	47
Risikoförebyggande arbete och riskanalys.....	48
Individ och familjeomsorg Vuxen	48
Förebyggande stöd vuxen	48
Genomförda förbättringsarbeten under året 2025	50
Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024	54
Egenkontroll	55
Risikoförebyggande arbete och riskanalys.....	56
Avvikelse, synpunkter och klagomål Individ- och familjeomsorg.....	56
Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar Individ och familjeomsorg.....	56
Brukarundersökningar och öppna jämförelser Barn och unga.....	57
Öppna jämförelser Vuxen.....	57
Socialpsykiatri, stöd och assistans	58
Genomförda förbättringsarbeten under året 2025	58
Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024	60
Egenkontroll	61
Risikoförebyggande arbete och riskanalys.....	61
Avvikelse, synpunkter och klagomål.....	61
Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar	62
Stöd och service	62
Genomförda förbättringsarbeten under året 2025	62

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024	63
Egenkontroll	63
Risikoförebyggande arbete och riskanalys.....	63
Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	63
Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar	64
Vård och omsorg.....	64
Genomförda förbättringsarbeten under året 2025	65
Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024	67
Egenkontroll	68
Risikoförebyggande arbete och riskanalys.....	68
Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	69
Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar	70
Bilaga 1 - Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar hälso- och sjukvård.....	72
Bilaga 2 - Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar Vård- och omsorg	76
Bilaga 3 - Verksamheten i siffror	83

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Sammanfattning

År 2025 har präglats av omfattande utvecklings- och förändringsarbete inom socialförvaltningen, där fokus har varit att stärka kvalitet, rättssäkerhet och tillgänglighet i en tid av både nya lagkrav och ökade behov hos kommunens invånare. Genom ett systematiskt och långsiktigt kvalitetsarbete fortsätter förvaltningen att utveckla arbetssätt, struktur och styrning – med individens behov i centrum.

En central del av årets arbete har varit anpassningen till den nya socialtjänstlagen, som betonar förebyggande insatser, ökad tillgänglighet och kunskapsbaserade arbetssätt. Samtliga verksamhetsområden har kartlagt nuläge och behov, tagit fram handlingsplaner och påbörjat förändrade arbetssätt. Parallellt har utbildningsinsatser inom individbaserad systematisk uppföljning (ISU), suicidprevention och barnperspektivet genomförts för att stärka den professionella kompetensen.

Året har också inneburit en fortsatt digital förflyttning. Implementering av applikation för systematiskt kvalitetsarbete skapar förutsättningar för ett mer enhetligt och transparent kvalitetsarbete. Digitalisering inom hemtjänst och hälso- och sjukvård – såsom digital tillsyn, läsbara medicinskåp och digital signering av läkemedel – har gett positiva resultat och stärkt både trygghet och effektivitet.

Det systematiska kvalitetsarbetet har synliggjort både styrkor och utvecklingsområden. Bemötande och förtroende i kontakten med socialförvaltningen är fortsatt områden där invånare och brukare uttrycker störst nöjdhet. Samtidigt visar årets data att förbättringsarbete behövs inom bland annat dokumentation, uppföljning, delaktighet, riskförebyggande arbete, samt tillgänglighet och information. Årets egenkontroller, interna och externa granskningar samt avvikelshantering har skapat viktiga underlag för fortsatt utveckling.

Sammanfattningsvis visar kvalitetsarbetet 2025 att socialförvaltningen står på en grund av engagemang, kunskap och vilja att utveckla verksamheten. De förändringsarbeten som genomförts under året skapar goda förutsättningar för att möta 2026 års fokusområden: förstärkt riskförebyggande arbete, ökad processorientering, implementering av digitala stöd samt fortsatt omställning till nya socialtjänstlagen. Med helhetssyn, systematik och samverkan fortsätter förvaltningen att skapa god kvalitet för Luleåbornas behov.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Identifierade fokusområden för 2026

- **Kompetensförsörjning och kompetenscentrum**
Säkerställa medarbetarnas förutsättningar för att bedriva verksamhet med god kvalitet, genom introduktion och kompetenshöjande insatser.
- **Ny socialtjänstlag**
Socialförvaltningens omställningsarbete för att möta lagstiftningens krav fortlöper och beräknas präglade även kommande år, en del i det arbetet är utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning (ISU) efter utbildningsinsatser 2025.
- **Implementering av plan för förebyggande av suicid**
Implementering har fortlöpt för Individ och familjeomsorgens verksamhetsområden under 2025, fortsättningsvis behöver planen implementeras för resterande verksamhetsområden under kommande år
- **Implementering och tillämpning av ledningssystem för kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9**
För att stötta det systematiska kvalitetsarbetet införs ett digitalt beslutsstöd under kommande år, med syfte att öka kunskap och tillämpning av ledningssystemet för kvalitetsarbete. Prioriterade områden för ökad tillämpning av ledningssystemet är arbete med riskanalyser, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål samt det processbaserade arbetssättet behöver stärkas på förvaltningen.
- **Kvalitetsberättelsen utformning**
Kvalitetsberättelsens utformning fortsätter att utvärderas för tydligare följa SOSFS 2011:9.

Inledning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitetsarbete. Socialnämnden ansvarar i enlighet med detta för att det finns ett ledningssystem som anger grundprinciper för kvalitetsarbetet på socialförvaltningen, hur verksamheten ska planera, utföra, följa upp och utveckla kvaliteten i

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

verksamheten samt ge stöd i att styra och leda för god kvalitet. Det vill säga, ledningssystemet beskriver därmed våra överenskomna arbetssätt för ständiga förbättringar av verksamheten.

Syfte

Syftet med kvalitetsarbetet är att uppfylla definitionen om god kvalitet i socialförvaltningens verksamheter samt skapa systematik och samordning av verksamhetens kvalitetsarbete. Det ska finnas en organisatorisk struktur för verksamheten med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer och rutiner för uppföljning.

Kvalitetsberättelsen syftar även till att uppfylla det ansvar som nämndsreglementet ålägger socialnämnden, samt att säkerställa efterlevnad till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Kvalitetsberättelsen ska ge en samlad bild av hur socialförvaltningen arbetat med att utveckla och säkra god kvalitet i verksamheten och för socialförvaltningens målgrupper bedrivits under 2025. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet genomförts under det gångna året, åtgärder som vidtagits, resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som identifierats för kommande kalenderår.

Socialförvaltningens rapport för Patientsäkerhetsberättelse 2025 och "Tillägg patientsäkerhetsberättelse, enligt HSLF-FS 2020:56" finns att ta del av i sin helhet genom att efterfråga om det via mejl till socialforvaltningen@lulea.se.

Organisation och ansvar

I socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbete anges i enlighet med SOSFS 2011:9 organisation och ansvar för kvalitetsarbetet. Socialnämnden har delegerat ansvar till socialdirektör att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet i organisationen.

Varje verksamhetsområden leds av en verksamhetschef eller avdelningschef och enhetschefer med undantag för vård- och omsorg som utöver en verksamhetschef, även inrymmer två områdeschefer som leder hemtjänst med tillhörande enhetschefer och två områdeschefer som leder vård- och omsorgsboende med tillhörande enhetschefer.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Samtliga medarbetare på socialförvaltningen är i enlighet med ledningssystemet ansvariga för att aktivt bidra till att verksamheten förbättras, att rapportera fel och brister samt känna till och följa styrande dokument samt att samverka internt och externt på ett sätt som upprätthåller god kvalitet.

I den nya socialtjänstlagen är detta ansvar tydliggjort där 5 kap 1 § anger att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och insatser som genomförs är av god kvalitet.

Samtliga chefer har tillsammans med medarbetarna uppdraget att verkställa, tillämpa och vidareutveckla kvalitén i verksamheten. Chefen ansvarar för att säkerställa att insatserna bedrivs med kvalitet samt implementera och följa upp att framtagna styrande dokument är kända och efterlevs. Arbetet sker i samverkan med kvalitetsorganisationen vars ansvar innebär att förvalta och revidera ledningssystemet för kvalitetsarbete. I ansvaret ingår att se till att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för en kvalitetssäker verksamhet utifrån lagkrav.

Socialförvaltningen var vid ingången av 2025 indelad i fem olika verksamhetsområden; hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, vård och omsorg, socialpsykiatri, stöd och assistans samt stöd och service. Ledningsstöd bestod av två avdelningar; HR och kvalitet och ekonomi och infrastruktur, vilka är organiserade i en stabsfunktion som bistår med stöd till alla verksamheter.

Under första kvartalet av 2025 initierades en förändring av organisationen för Individ och familjeomsorgen, som då delades upp i två verksamhetsområden, Individ och familjeomsorg - Barn och unga och Individ och familjeomsorg – Vuxen. Under 2025 har organisationen förändrats tillfällig men blir en permanent organisation från 1 januari 2026.

Från 1 augusti 2025 verkställdes även en förändring gällande socialförvaltningens kvalitetsorganisation och HR-funktion. Tidigare avdelning HR & Kvalité delades upp under dels en ny organisatorisk tillhörighet – Verksamhetsstöd och utveckling, tidigare Ekonomi och infrastruktur, där SAS och två kvalitetsstrategier inkluderades. Därtill organiserades verksamhetsutvecklare närmare respektive verksamhet och ingår i ledningsgrupperna för verksamhetsområdena Hälso- och sjukvård, Socialpsykiatri, stöd och assistans, Stöd och Service samt Vård- och omsorg. Även MAS och MAR organiserades till ledningsgruppen för

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Hälso- och sjukvård. För Individ- och familjeomsorg ingår specialistsocionomerna i kvalitetsorganisationen

Förebyggande verksamhet barn, unga och vuxna är fortsatt organiserad under verksamhet individ - och familjeomsorg barn och unga, och förebyggande serviceinsatser för vuxna och äldre som tidigare organiserats under HR & Kvalité är sedan 1 augusti organiserad under individ- och familjeomsorg vuxna.

HR-konsulter som tidigare ingått i HR och Kvalitet, ingår sedan förändringen i verksamhetsområde Kompetensförsörjning. Under hösten 2025 har en tillfällig organisation tillämpats, under 2026 kommer en avdelningschef för HR & kompetensförsörjning rekryteras.

God kvalitet

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9 2 kap 1 § som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Insatser inom förvaltningen ska enligt socialtjänstlagen (2025:400) vara av god kvalitet. Vad kvalitet i socialtjänsten innebär framgår av 5 kap 1-3 § socialtjänstlagen (SOL), lagens förarbeten samt av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Även mål som är formulerade av politiken och förvaltningen påverkar vad som utgör kvalitet. Socialnämnden har beslutat att definitionen om god kvalitet på socialförvaltningen lyder enligt nedan:

God kvalitet innebär rättssäkerhet för den enskilde, att socialförvaltningens verksamheter tillgodoser den enskildes rättigheter och uppfyller de krav och mål som gäller enligt tillämpliga lagar, förordningar och andra föreskrifter. I definitionen av god kvalitet inom socialnämndens ansvarsområde ingår även att arbeta personcentrerat, med den enskildes behov i centrum. Förhållningssätten ska genomsyra individens alla kontakter med socialförvaltningen.

Medborgare och målgrupper inom nämndens ansvarsområde ska uppleva en god service i alla kontakter med förvaltningen.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Systematiskt förbättringsarbete

I socialnämndens ledningssystem för kvalitetsarbete beskrivs det systemiska förbättringsarbetet för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I det systematiska förbättringsarbetet ingår en mängd olika verktyg, bland annat egenkontroll, uppföljning av avvikelser- och klagomålshantering, interna och extern granskning av verksamheten och uppföljning av vidtagna åtgärder som ett resultat av identifierade brister.

Jämförelser av resultat och omvärldsbevakning ingår i arbetet med ständiga förbättringar, till exempel nationella mätningar som Öppna Jämförelser, nationell brukarundersökning och Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) med flera. Resultat av systematiska förbättringsarbetet sammanställs och analyseras och ligger till grund för förbättrande åtgärder i verksamheten.

Egenkontroll

Verksamhetsuppföljning och egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén, SOSFS: 2011:9,5 kap. 2 §. Med egenkontroll avses regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder, samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Varje verksamhet tar årligen fram en egenkontrollplan med områden som ska följas under året, i syfte att säkerställa kvalitet inom det egna ansvarsområdet. Innehållet i egenkontrollplanen baseras på verksamhetens identifierade riskområden, där verksamheten riskerar att inte nå ställda kvalitetskrav från lag och föreskrift.

Riskområden kan identifieras exempelvis utifrån verksamhetens mål, genomförda riskanalyser, inträffade missförhållanden och vårdskador, synpunkter och klagomål, samt interna granskningar samt kvalitetsundersökningar.

Internkontroll

Intern kontroll syftar till att nämnden ska kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige fastställt samt de lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera som gäller för verksamheten. Förvaltningen identifierar, utifrån ovan ställda krav, riskområden som ligger till grund för de internkontrollpunkter

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

som socialnämnden beslutar att följa. Internkontrollplanen revideras årligen utifrån förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys.

Risikförebyggande arbete och riskanalys

Socialförvaltningens alla verksamhetsområden ska utifrån klient-, brukar- och patientperspektiv genomföra risk- och händelseanalys. En riskanalys syftar till att identifiera och förebygga risker ur klient-, brukar- och patientperspektiv vid till exempel införande av nya arbetssätt, rutiner eller organisationsförändringar. Riskanalyser görs även i enskilda ärenden en gång per år samt på förekommen anledning. Som arbetsgivare gör socialförvaltningen även risk- och konsekvensanalyser för arbetsmiljö.

Det risikförebyggande arbetet är identifierat som ett fokusområde för 2026, för att öka förvaltningens kunskap och efterlevnad till arbetssättet.

Socialförvaltningens kvalitetsarbete under året 2025

Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete

Utvärdering av kvalitetsberättelsen

Ett arbete pågår inom socialförvaltningens kvalitetsorganisation med att utvärdera arbetssätt och utformning för att dels tillgängliggöras för läsare samt tydligare följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Därför har årets berättelse en förändrad disposition mot tidigare år, med ett tydligare förvaltningsövergripande avsnitt och därefter avsnitt för respektive verksamhetsområde, något som kommer att utvärderas under kommande år. Något som identifierats är att kvalitet- och brukarundersökningar används och analyseras varierat i verksamhetsområdena.

Implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som anger grundprinciper för ledning av verksamheten, ställer upp mål, samt följer upp och utvärderar målen (SOSFS-2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Ledningssystemet ska bidra till att ett systematiskt och strukturerat arbete sker i verksamheterna och att det leder till en bättre kvalitet och högre effektivitet.

Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planeras, ledas, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras. Resultat sammanställs och analyseras. Analysen med prioriterade förbättringsåtgärder ligger till grund för ny planering och utveckling. Därigenom sker ett ständigt förbättringsarbete och samtidigt en kvalitetssäkring av arbetet.

Ledningssystemet omfattar bland annat:

- Processer och rutiner
- Riskanalys
- Egenkontroll
- Dokumentationsskyldighet
- Utredning av avvikelser
- Sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål, synpunkter
- Förbättrande åtgärder i verksamheten
- Förbättring av processerna och rutinerna
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Det nuvarande ledningssystemet reviderades och fastställdes av socialnämnden under 2024 och därefter gjordes en planering för implementering innehållande utbildning och uppföljning.

Hela kalenderåret 2025 har arbete med att bygga upp och förbereda implementering av beslutsstödet Hypergenes SOSFS-applikation, som utgör en digitalisering av

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

ledningssystemet, pågått. Arbetet bedrivs i projekt och redogörs för under rubrik SOSFS-applikation.

Projektet har två syften, dels att införa ett digitaliserat beslutsstöd för systematiskt kvalitetsarbete, dels att öka kunskapen och tillämpningen av ledningssystem för kvalitetsarbete i förvaltningen.

Under 2026 planeras revidering av ledningssystemet för kvalitetsarbete för att omhänderta förändringar relaterat till ny socialtjänstlag, implementering av ovan beskrivet beslutsstöd och för att tydliggöra och förstärka processorienteringen på socialförvaltningen.

Implementering av applikation för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen i Luleå kommun har inte tidigare haft ett ändamålsenligt och gemensamt system för det systematiska kvalitetsarbetet. Dokumentation och uppföljning av kvalitetsarbetet har skett på olika sätt i verksamheterna. Det har gjort det svårt dels att få en helhetsbild över verksamheternas systematiska förbättringsarbete, dels en effektiv styrning av kvalitet. Socialförvaltningen har mot bakgrund av det inlett implementering av Hypergene beslutsstöd, applikationen för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Arbetsprocessen har omfattat att tydliggöra skillnader mellan verksamhetsplanering och styrning i relation till systematisk uppföljning av kvalitetsarbete samt skillnad mellan egenkontroll och interkontroll. Projektets första fas avslutades i mars 2025 med ett leveransgodkännande. Projektets andra fas har inriktat sig på att bygga upp applikationen med kvalitetsområden och testa applikationens vy kontinuerligt arbete. Kvalitetsområdena planeras att fastställas under inledningen av 2026 och komplettera socialnämndens kvalitetsdefinition. Införandet under kommande år omfattar att utföra riskanalyser och egenkontroll i applikationen.

Länsgemensamt verksamhetssystem

Det länsgemensamma verksamhetssystemet Pulsen Combine driftsattes under 2024 och fortsatt arbete har skett under 2025 för att omhänderta förutsättningarna för att arbeta systematiskt med uppföljning och kvalitet.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Under året infördes ett nytt beslutsstöd som underlättar för socialförvaltningens verksamheter att ta fram statistik, följa upp insatser och identifiera förbättringsområden. En del av årets kvalitetsarbete har inneburit att ge verksamheterna ökad förståelse för hur standardiserade arbetssätt bidrar till högre kvalitet genom uppföljning och efterlevnad av arbetssätt.

Arbetet med införandet av den nya socialtjänstlagen har medfört att systemstödet anpassats för att stödja både lagens intentioner och förändrade arbetssätt. I de länsgemensamma nätverksforumen utvecklas och förfinas löpande hur systemstödet ska användas, vilket bidrar till ett väl avvägt och ändamålsenligt innehåll.

Förvaltningen bevakar den kommande socialtjänstdataregisterlagen, som ställer ytterligare krav på strukturerad dokumentation och moderniserade systemstöd. Genom digitalisering och standardiserade arbetssätt stärks både kvaliteten, rättssäkerheten och verksamhetens förmåga att möta framtidens behov.

Förvaltningsövergripande redovisning och analys gällande avvikelser, lex Sarah, synpunkter & klagomål, social dokumentation

Avvikelser

Information om avvikelser sker vid kvalitetsråd eller vid arbetsplatsträffar på alla organisationsnivåer vilket är en viktig åtgärd för lärande. Vid verksamhetschefernas kvalitetsråd ska fokus även vara på verksamhetsområdets sammantagna analys av utfallet och resultat av arbetet med avvikelser.

Vid förvaltningsövergripande stickprov av avvikelser framkommer att följsamheten till avvikelseprocessen fortfarande brister i vissa delar, exempelvis att dokumentation av bakomliggande orsaker till händelsen och uppföljning av vidtagna åtgärder innan en avvikelse avslutas ofta saknas. Konsekvensen blir att de åtgärder som vidtas inte kan härledas till en analys av händelsen samt att det saknas information om vidtagna åtgärder gett önskat resultat. Stickproven visar också att vissa verksamheter har få avvikelser, rekommendationen är att varje verksamhetsområde säkerställer att det inte beror på underrapportering.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

För att stärka alla delar i avvikelseprocessen kommer MAS och SAS under 2026 att träffa enhetschefer och sjuksköterskor ute i verksamheterna för dialog och stöd kring avvikelseprocessen. Fokus blir på de verkställande verksamheterna. Först ut är särskilda boenden för äldre.

Under 2026 kommer den systematiska kvalitetsuppföljningen via internkontrollen kompletteras genom redovisning till socialnämnden sex gånger per år. MAS, MAR och SAS ansvarar för redovisningen till socialnämnden. För att kvalitetsuppföljningen ska leda till kvalitetsförbättring nu och framåt kommer varje verksamhetsområde dokumentera en sammanfattande analys av sina avvikelser, bakomliggande orsaker och vilka åtgärder som måste vidtas på enhets- och/eller verksamhetsnivå för att komma tillrätta med identifierade förbättringsområden samt vem/vilka som ansvara för genomförandet av åtgärder/aktiviteter.

Statistik

Under 2025 upprättades 1 670 avvikelser inom de områden som redovisas i tabellen nedan. Statistiken omfattar samtliga lagrum. Antalet avvikelser är en ökning med 59 avvikelser jämfört med 2024 då antalet ökade med cirka 250 avvikelser jämfört med 2023. Bedömningen är att ökningen 2024 och att den fortsatt under 2025 hör samman med en ökad medvetenhet om allas ansvar att upprätta avvikelser, inte att fler oönskade händelser inträffar.

Sedan hösten 2025 har det gått att markera kön på den avvikelserna gäller, totalt 333 avvikelser inom redovisade områden har kunnat fördelas på kön. Fördelningen är 177 kvinnor/flickor, 154 män/pojkar och 2 annan.

Det är 176 avvikelser som inte avslutade varav 32 är upprättade i december 2025. I 46 av avvikelserna är utredningen klar men ska följas upp innan de avslutas. I de övriga avvikelserna har i de flesta fall en utredning gjorts men utredaren har inte avslutat avvikelserna. Slutsatsen är att avvikelser till stor del utreds och avslutas i skälig tid vilket är en avsevärd förbättring jämfört med tidigare år.

Av de avslutade avvikelserna har 90 följts upp före avslut vilket innebär att totalt 136 avvikelser inom de områden som tabellen nedan redogör för har följts upp eller ska följas upp före de avslutats vilket är en ökning med 58 avvikelser jämfört med 2024.

Tabell för avvikelser under 2025 samt 1 mars till 31 december 2024

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Nedan följer en tabell över avvikelser från 1 mars 2024 då avvikelsehanteringen flyttades över till DF Respons. I DF Respons kan man välja flera områden i samma avvikelse vilket innebär att det totala antalet avvikelser inte är den samma som antalet avvikelser som redovisas nedan. I tabellen har inte de avvikelser som upprättades i Treserva lagts in med anledning av att avvikelseområdena i Treserva inte överensstämmer med dagens områden.

Område	Antal 2024 (från 1 mars)	Bedömts inte vara en avvikelse	Antal 2025	Bedömts inte vara en avvikelse
Utförande av insats/åtgärd	726	36	744	45
Handläggning (myndighet)	162	8	258	12
Samverkan	167	14	251	10
Dokumentation (utförare)	61	5	70	5
Hot och våld	170	17	210	21
Bemötande	73	5	124	19
Stöld	11	2	11	0
Självskada	46	2	68	4
Fysisk miljö	0	0	41	5

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

	1416	89	1777	121
Summa totalt per år	1327		1656	

De vanligaste registrerade åtgärderna är gruppsamtal som förekommer i 573 avvikelser och enskilt samtal som förekommer i 466 avvikelser samt kontakt med sjuksköterska som förekommer i 291 avvikelser. Förtydligat/ändrat i befintlig rutin, upprättat handlingsplan eller upprättat en ny rutin förekommer i 287 avvikelser. En avvikelse har ofta flera åtgärder. Det är relativt vanligt att det inte framkommer vad som förtydligats/lagts till i en rutin eller vad som framkommer i en handlingsplan eller i en ny rutin.

Kolumnen "bedömts inte vara en avvikelse" avser avvikelser som avslutats utan utredning. Exempel är att det upprättats avvikelse för att dusch skjutits upp en dag, att brukare slagit personal, att händelser ska registreras som tillbud och inte som en avvikelse, att samverkanspartner kommit sent med mera.

Det är viktigt att beakta att alla avvikelser inte upprättats inom rätt område men att det inte påverkar brukarna/klienterna/patienterna. Det viktigaste är att avvikelsen upprättas och utreds enligt processen för avvikelser, inte under vilket område avvikelsen registreras.

Externa avvikelser

I summan av totalt antal avvikelser ingår även 153 externa avvikelser. Majoriteten är avvikelser som verksamheterna har skickat till Region Norrbotten. Några avvikelser har skickats till Länstrafiken och privata hälsocentraler. De flesta externa avvikelserna handlar om bristande informationsöverföring från Region Norrbotten, till exempel uteblivna uppföljningar/åtgärder. Taggning på inkomna avvikelser är så pass vid att de inte kan tas fram utan handpåläggning som innebär att öppna varje avvikelse, vilket inte är görbart. Bristen har uppmärksammats till utvecklingsgruppen för DF Respons som förbättringsåtgärd. Processen för avvikelsehantering är likadan oavsett om det är en extern avvikelse eller en avvikelse som upprättas internt vilket innebär att eventuella brister uppmärksammas oavsett anledning till att avvikelsen upprättats.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Lex Sarah

Under året har det upprättats 148 lex Sarah rapporter. Varje lex Sarah rapport genererar en lex Sarah utredning varav 7 utredningar pågår. Under 2024 inkom 75 lex Sarah rapporter vilket innebär en dubbling under 2025. Ökningen är en positiv trend, den visar att allt fler medarbetare har kännedom om rapporteringsskyldigheten vid misstanke om missförhållande. Antalet rapporter per verksamhetsområde skiftar avsevärt vilket kan indikera en viss underrapportering inom dessa områden. Varje lex Sarah utredning avslutas med en bedömning om allvarlighetsgraden av händelse. Beslutet är delegerad till socialt ansvarig samordnare och utsedd likvärdig utredare.

Anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Under året har nio händelser anmälts till IVO vilket innebär att händelserna har bedömts vara ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande:

- Tre anmälningar inom särskilt boende för äldre, två med anledning av att medarbetare uppträtt otrevligt och varit hårdhänta/utfört våld mot brukare, en på grund av stöld.
- Två anmälningar inom stöd i hemmet, en med anledning av att brukaren tillbringade hela natten i rullstol då insats om stöd i samband med sänggående inte följdes, den andra på grund av att rutin för när brukare inte öppnat dörren inte följts och den enskilde påträffades avliden.
- Fyra anmälningar inom stöd och service, tre efter händelser vid gruppboende/serviceboende och en gällande korttidsverksamhet för barn. En anmälan avser att en brukare avled i samband med måltid, en på grund av våld mellan brukare, en på grund av att en medarbetare uppträtt påverkat på boendet och skrämt en brukare med sitt beteende samt en på grund av att en medarbetare avsiktligt serverat mat som strider mot brukarnas religion.

Övriga lex Sarah utredningar

Utredningarna har berört samtliga verksamhetsområden där lex Sarah ingår. Händelser som utretts är bland annat våld mellan brukare, brister i omvårdnad, uteblivna insatser, medarbetare som haft dåligt bemötande/utövat våld mot brukare, brukare/klient har fått

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

vänta på insats och att ansökan inte utretts inom skälig tid. I parentes anges siffran för 2024, där ingår de lex Sarah utredningar som inleddes under 2024 men avslutades 2025.

Allvarlighetsgraden är fördelad enligt nedan

- 40 (17) missförhållanden.
- 60 (45) påtaglig risk för missförhållande.
- 22 (6) inget missförhållande.

Förvaltningen har en rutin för uppföljning av tillsynsärenden där även lex Sarah utredningar ingår, oavsett allvarlighetsgrad. Rutinen anger att de brister som framkommer ska utgöra en del av verksamhetens förbättringsarbete och att resultat ska utgöra underlag till fortsatt kvalitetsarbete och lärande. Rutinen anger att ett uppföljningsärende med tillhörande handlingsplan ska upprättas i diariet där ansvarig chef ska dokumentera hur arbetet med att komma till rätta med identifierade brister fortlöper. Under 2025 har en handlingsplan efter en lex Sarah utredning upprättats. Från tidigare år finns tre aktuella handlingsplaner varav det saknas dokumentation i två av dem. Resultatet tyder på att efterlevnaden av rutinen bör förbättras för att säkra det systematiska kvalitetsarbetet.

Externa Lex Sarah

Ingen extern (privat) utförare har meddelat att de genomfört en lex Sarah utredning.

Övrigt

Socialförvaltnings arbete med omställningen till nya socialtjänstlagen inbegriper arbetet med lex Sarah. I och med att fler områden räknas som socialtjänst, exempelvis budget och skuld, pågår en revidering av styrande dokument för att anpassas efter de nya lagkraven. Berörda verksamheter kommer att få riktade utbildningsinsatser för att säkerställa kunskap om rapporteringsskyldigheten och hur rapporteringen sker.

Synpunkter och klagomål

Socialförvaltningen har den 1 januari 2025 driftsatt en ny modul för hantering av synpunkter och klagomål vilket innebär att hanteringen inte längre sker i diariet. Den nya modulen har inneburit en revidering av socialförvaltningens rutin för synpunkter och klagomål och att en

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

vägledning tagits fram. I rutinen framkommer att synpunkter och klagomål ska utredas och besvaras inom två veckor, även där synpunktslämnaren inte önskar svar. Om synpunkten kräver omfattande utredning får utredningstid och svarstid uppgå till fyra veckor. Förtydligandet innebär att socialförvaltningen följer praxis gällande hanteringen av synpunkter och klagomål.

Kansliet och socialt ansvarig samordnare har under året regelbundet skickat ut påminnelser till ansvariga handläggare som inte besvarat synpunkten inom två veckor eller som missat att avsluta ärendet trots att synpunkten är besvarad. Påminnelserna fortsätter under 2026 då följsamheten fortfarande kan förbättras.

Redovisningen nedan omfattar endast hanteringen av de synpunkter och klagomål som hanterats i modulen för synpunkter och klagomål vilket innebär att de synpunkter som verksamheterna därutöver mottagit och besvarat inte ingår i beskrivningen.

Under 2025 har det registrerats 168 ärenden i modulen för synpunkter och klagomål och fördelat enligt nedan:

- 67 % är registrerade som klagomål,
- 26 % som förbättringsförslag, frågor och beröm.
- Resterande 7 % är inte kategoriserade.

Antalet är en ökning i jämförelse med 2024 då det registrerades 99 synpunkter och klagomål i diariet. Det är en positiv trend att antalet registrerade ärenden ökat under 2025 jämfört med 2024 men det har under året framkommit att rutin/vägledning för synpunkter och klagomål inte implementerats i tillräcklig omfattning samt att modulen inte är känd för medarbetarna. Även i de verksamhetsnära avsnitten av kvalitetsberättelsen är behov av mer enhetlig efterlevnad till rutin/vägledning för synpunkter och klagomål, exempelvis beskrivs att synpunkter hanteras men inte dokumenterats systematiskt.

För att öka kännedomen och följsamheten till rutin och vägledning för synpunkter och klagomål behövs utbildningsinsatser. En del av detta kommer omhändertas av MAS och SAS som under 2026 ska ha fokus på bland annat hanteringen av synpunkter och klagomål i samband med besök vid förvaltningens verksamheter samt rapportering till socialnämnden vid sex tillfällen under 2026. Utöver detta planerar förvaltningen att ta fram en webutbildning.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

I statistiken nedan framkommer att även medborgarna har låg kännedom om möjligheten att lämna synpunkter, klagomål eller beröm via kommunens hemsida. Detta är något som bör vara i fokus som förbättringsåtgärd under nästkommande år.

Statistik från modulen för synpunkter och klagomål

Modulen ger ökad möjlighet att ta ut statistik förutsatt att den som upprättat synpunkten och den som utrett fyllt i de val som finns.

Nedan redogörs för svarstid för de inkomna ärendena:

- i 55 % av ärendena har svar avgetts inom två veckor
- i 18 % av ärendena har det tagit mellan två veckor men inom fyra veckor. Endast ett fåtal av dessa avser ärenden har krävt mer omfattande utredning.
- Resterande andel har tagit mer än fyra veckor.

Även här finns ett utvecklingsbehov inom förvaltningens arbete med synpunkter och klagomål.

Statistik, som nedan redogör för hur ärenden har inkommit, kan utläsas som att kännedomen om e-tjänsten på kommunens hemsida är låg vilket uppmärksammades redan 2024.

- 30 % har inkommit via e-tjänsten vilket innebär att den som upprättat synpunkten/klagomålet skrivit direkt i modulen,
- 70 % har inkommit via e-post, telefon, brev eller via personligt besök där mottagaren eller kansliet lagt in synpunkten i avvikelsemodulen.

Statistik för de 168 inkomna ärendena:

- 28 % män och 34 % kvinnor, resterande 38 % har inte angett kön.

Fördelning av avsändare:

- 39 % utgörs av anhöriga
- 21 % utgörs av brukare/patient/klient

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

- 3 % utgörs av anställda eller företrädare
- 37 % är registrerade som annan.

De flesta ärenden berör flera områden där det vanligast förekommande är bemötande/kompetens i 33 procent av alla ärenden. Information och kommunikation är registrerad i 28 procent av alla ärenden. Resterande avser bland annat delaktighet och inflytande, handläggning och dokumentation, trygghet och säkerhet och lokaler/miljö.

I 32 procent av ärendena har utredaren kryssat i åtgärder som vidtagits, det handlar om information till medarbetare/annan enhet, utbildningsinsatser, ändrat i rutiner, ändra i utemiljön. Antalet ärenden som även blivit avvikelser är under 1 procent.

Yttranden till patientnämnden

Patientnämnden har begärt yttrande i sju enskilda ärenden, yttranden i detta sammanhang är svar på ett klagomål som brukaren/patienten lämnat till patientnämnden i stället för att skicka den till socialförvaltningen.

Formella synpunkter, tillsyn och granskningar

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inkommit med begäran om yttrande i två ärenden som avser enskilda ärenden inom barn och unga samt hälso- och sjukvård. Justitieombudsmannen (JO) har inkommit med begäran om yttrande i ett ärende inom barn och unga. Utöver detta har IVO begäran om yttrande i 11 ärenden gällande ej verkställda gynnande beslut.

IVO har påbörjat en verksamhetstillsyn 2024 avseende Tillsyn av landets samtliga kommuner gällande rättssäkerheten i kommunernas myndighetsutövning för barn och unga. Tillsynen är avgränsad till socialnämndens handläggning och kontroll vid placeringar av barn och unga i privat drivna verksamheter, hantering av orosanmälningar, uppföljning av placeringar och handläggning samt kommunens och nämndens egenkontroll inom området. Ärendet är ännu inte avslutat.

Kommunrevisionen via KPMG har påbörjat och/eller genomfört fyra granskningar under året:

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

- Uppföljning av tidigare genomförda revisionsrapporter gällande; Elevhälsa, arbetsmarknadsinsatser, efterlevnad av offentlighetsprincipen, samt riktade stadsbidrag. Ärendet pågår.
- Granskning om socialnämnden har tillräcklig styrning och uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Ärendet pågår.
- Granskning av styrningen av socialtjänstens verksamheter, om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten – grundläggande granskning 2025. Ärendet pågår.
- Granskning av delegationsordningen och delegationsbeslut. Ärendet pågår.

Intern granskning av verksamhet

Interna granskningar

Tre interna utvärderingar har genomförts under 2025. Besluten att genomföra utvärderingarna är fattade i enlighet med socialförvaltningens ledningssystem där det framkommer att utvärderingar ska användas som ett led i det generella förbättringsarbetet

Särskilt boende för äldre

Med anledning av inkomna avvikelser och synpunkter beslutade socialdirektör i augusti 2025 om en utvärdering av kvalitet och arbetsmiljö vid Kronans särskilda boende för äldre. Syftet var att analysera nuläget, identifiera bakomliggande orsaker till påtalade brister och skapa underlag för åtgärder. Utvärderingen genomfördes genom intervjuer av legitimerad personal, baspersonal och berörda chefsled, insamling av data vid brukarråd och anhörigträffar, analys av anhörigenkät och brukarenkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" samt journalgranskning inom SoL och HSL samt granskning av följsamheten till avvikelseprocessen. Resultatet är presenterat för samtliga medarbetare vid Kronan och samtliga chefsled inom vård -och omsorg och hälso-och sjukvården sam för socialnämnden och kommunstyrelsen under november och december 2025. För närvarande arbetar verksamheten med de rekommendationer som presenteras i slutrapporten.

I oktober påbörjades en utvärdering av Midskogens särskilda boende för äldre. Uppdragsgivare är verksamhetschef för vård och omsorg. Bakgrunden är att det under de två senaste åren inträffat fem händelser vid Midskogen som bedömts som allvarliga

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

missförhållanden som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg i enlighet med bestämmelserna i lex Sarah. Syftet med utvärderingen är att göra en nulägesanalys av kvaliteten vid Midskogen utifrån ett helhetsperspektiv för god kvalitet och i detta undersöka bakomliggande orsaker till att kvalitetsbrister kan uppstå. Målsättningen är att ta fram ett underlag till verksamhetens arbete med ständiga förbättringar. Utvärderingen har genomförts genom intervjuer av baspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor samt granskning av den sociala dokumentationen och följsamheten till avvikelseprocessen. Sammanställning av insamlat underlag pågår. Slutrapporten bedöms vara färdig under februari 2026.

Särskilt boende inom socialpsykiatri

Med anledning av inkomna synpunkter från medborgare beslutade verksamhetschef inom socialpsykiatri, öppenvård och assistans i april om en utvärdering av Bergbo. Fokus på utvärderingen var bemötande gentemot brukare, samarbetet i arbetsgruppen, med enhetschef och den kommunala hälso- och sjukvården, social dokumentation och kännedom om rapporteringsskyldigheten i lex Sarah. Utredningen genomfördes genom intervjuer med baspersonal, samordnare, enhetschef och sjuksköterska samt genom granskning av den sociala dokumentationen. Sammanfattningsvis framkom att det krävs förbättringsinsatser i det systematiska kvalitetsarbetet kopplat till avvikelser och styrdokument samt var dokumentation om brukarna ska förvaras för att säkerställa rättssäkerheten. Resultatet är delgiven samtliga chefsled. Verksamhetschef ansvarar för att medarbetarna delges resultatet av utvärderingen och att vidta åtgärder gällande identifierade brister.

Informationssäkerhet

Lag (2018:1174) och (2022:2555) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS & NIS2-direktivet) ställer krav på att alla incidenter i nätverk och informationssystem som vårdgivaren använder skyndsamt ska anmälas till Myndigheten för civilt försvar (MCF).

Syftet med denna lag är att uppnå en hög nivå på säkerheten i nätverk och informationssystem vid händelse som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt definitionen i 1 kap 5 § Patientsäkerhetslagen (PSL) och ska där vårdgivaren påvisat att en incident varit en bidragande orsak till händelsen anmälas till IVO enligt Lex Maria. Socialförvaltningen har sammanställt de allvarligaste riskerna ur ett

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

patientsäkerhetsperspektiv med tillhörande åtgärder, vilket redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Personuppgiftsincident

Under året har 36 personuppgiftsincidenter rapporterats till förvaltningen jämfört med 27 2024. Ingen av incidenterna har varit av sådan allvarlighetsgrad att anmälan till integritetsskyddsmyndigheten (IMY) behövs göras. Förvaltningen ser att mognadsgraden i arbetet med dataskydd ökar och därmed identifieras och rapporteras incidenter i högre grad. Ett stigande antal rapporterade incidenter ses därför som ett positivt tecken på ökad medvetenhet.

Beredskapsarbete

I enlighet med regeringens riktlinjer för ett stärkt totalförsvaret har socialförvaltningen arbetat med att stärka den egna beredskapen för att i händelse av kris eller krig kunna omhänderta och hantera de uppdrag socialförvaltningen ansvarar för i ett normalläge.

Socialförvaltningen har enligt Luleå kommuns Handlingsplan för säkerhets- och beredskapsarbete arbetat med informationssäkerhet, säkerhetsskydd och civil beredskap under året, i syfte att stärka den egna förmågan inför och vid inträffad störning. Arbetet har exempelvis bestått i fortsatt planering för att förse samtliga verksamheter med krismateriel rörande livsmedel, dricksvatten, värme, sanitet et cetera. Detta för att socialförvaltningens målgrupper ska påverkas i så liten omfattning som möjligt oavsett inträffad störning.

Förvaltningens samtliga verksamheter har under året genomfört en risk- och sårbarhetsanalys (RSA) i syfte att kunna formulera verksamhetsnyttiga kontinuitetsplaner. Arbetet har utförts av berörda chefer och medarbetare tillsammans med förvaltningens säkerhetssamordnare samt beredskapssamordnare från kontoret för säkerhet och beredskap.

Årets beredskapsvecka genomfördes med erbjudande om deltagande på föreläsningar och möjlighet att ta del av utställning av krigsmateriel. Socialförvaltningen är därutöver engagerad i andra beredskapsarbeten som pågår, exempelvis-kommunövergripande nödvattenplanering, kriskommunikation, stabsarbete, krigsplanering och krigsplacering mm.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Säkerhetsskyddsarbetet fortgår i enlighet med den kommunövergripande handlingsplanen och kommer att fortsätta under 2026. I och med stärkt lagstiftning som införs 2026–2027 gällande hälso- och sjukvårdens beredskap har Luleå kommun, Boden kommun, Region Norrbotten och Länsstyrelsen inom uppdraget för KHOSS (kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och civilt försvar) tillsammans drivit ett pilotprojekt vid namn Alternativa vårdmiljöer för att säkerställa möjlighet till efterlevnad av ny lagstiftning.

Kartläggning och planering ny socialtjänstlag

De stora förändringarna och målen i den nya socialtjänstlagen innebär att socialtjänsten ska vara mer förebyggande, mer lättillgänglig, främja jämlika och jämställda levnadsförhållanden och ha en verksamhet som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialförvaltnings arbete med omställningen till nya socialtjänstlagen inleddes med att alla verksamhetsområden inom socialförvaltningen gjort en nulägesanalys i relation till målen samt behovsinventering för att uppfylla målen.

I arbetet har socialförvaltningen använt sig av stödmaterial som SKR och Socialstyrelsen tagit fram. Ansvaret för att ta fram handlingsplaner har därefter lämnats över till verksamhetsområdena, vilket bedömts som en framgångsfaktor i förändringsarbetet. Under hösten har förändrade arbetssätt prövats som ett resultat av handlingsplanerna, deltagande på utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) samt förslag på aktiviteter för att uppnå målsättningarna med den nya socialtjänstlagen.

Arbetet under våren 2025 var också inriktat på att förbereda sig inför lagens i ikraftträdande 2025-07-01 genom att ta fram en ny delegationsordning anpassat efter de nya lagrummen och göra om insatser som tidigare varit serviceinsatser till att bli insatser utan behovsprövning. Socialnämnden beslutade 19 juni om att anta förslaget på ny delegationsordning då nya socialtjänstlagen medför förändringar av lagrum och delegation. Socialnämnden beslutade samma dag om de insatser som ska vara tillgängliga utan behovsprövning efter 1 juli när nya socialtjänstlagen trädde i kraft. Beslutet omfattade även villkoren för insatserna samt beslut om undantag från skyldigheten att dokumentera för några insatser där nya socialtjänstlagen skulle medfört dokumentationskrav.

Identifierade utmaningar är svårigheten att förändra arbetssätt samtidigt som det saknas personal eller tid att genomföra förändringar, även om ett förändrat arbetssätt medför att

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

såväl tid och som personella resurser kan sparas. Medarbetarnas synsätt och inställning har också stor betydelse.

För 2026 planeras medverkan i Lärprocessen – Framtidens socialtjänst via SKR, skattning av nuläget på kommunövergripande nivå för att initiera förebyggande insatser som kräver samverkan mellan fler förvaltningar, samt att nå ut till Luleå kommuns medborgare med information om vad socialtjänsten erbjuder samt efterfråga vilka önskemål, behov och förväntningar som finns på socialförvaltningen. En ambition under 2026 är att skapa delaktighet för medborgare i socialförvaltningens förändringsarbete.

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU)

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) är ett sätt att få lokal kunskap om sin egen verksamhet vilket främjar nya socialtjänstlagens målsättning att verksamheten ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. ISU handlar om att beskriva och mäta brukares behov, insatser och resultat för att sedan sammanställa dem på gruppnivå i syfte att analysera och utveckla verksamheten. ISU ger kunskap för verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete.

Under hösten har kommunförbundet erbjudit utbildning i ISU uppföljning till kommuner i Norrbotten. Från socialförvaltningen i Luleå kommun har 68 personer varit anmälda till dessa utbildningar och fler kommer att genomföra utbildning under 2026. Verksamheterna har identifierat områden för att göra uppföljningar med stöd av metoden och planerar för detta under det kommande året. Ett fokusområde för 2026 är att socialförvaltningen på övergripande nivå beslutar om målsättning för arbetssättet för att kunna följa upp hur användandet av metoden fortlöper i verksamheterna.

Dokumenthanteringssystem

Implementering av ett nytt dokumenthanteringssystem pågår och bedrivs i projektform. Upphandling av den nya lösningen färdigställdes i augusti 2025, planerad driftstart för det nya systemet är i april 2026. Målsättningen med det nya dokumenthanteringssystemet är en tillgänglig och ändamålsenlig dokumenthantering, för att främja rättssäkerhet och öka socialförvaltningens efterlevnad till SOSFS 2011:9. Detta exempelvis genom att samtliga filer ska hanteras individuellt där produktion, klassning, granskning och publicering till rätt arbetsgrupper sker med versionshantering samt rollbaserad åtkomst. Målsättningen syftar även till att dokumenten i plattformen ska vara aktuella, med korrekt ägandeskap.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Därtill syftar implementeringen om att i så stor utsträckning som möjligt ersätta lokala lösningar för dokumenthantering, samt utforma och implementera process för fastställande av styrande dokument.

Projektorganisationen inkluderar referensgrupp och pilotgrupp från verksamheten med representanter från kvalitetsorganisation samt enhetschefer och socialförvaltningens registratur. Syftet med en ändamålsenlig projektorganisation är att utforma systemet för att motsvara socialförvaltningens behov.

Långsiktiga effektmål för implementeringen innebär ökad tillgänglighet för att kunna skapa ökade förutsättningar för efterlevnad till styrande dokument, samt minskad tidsåtgång för att söka styrande dokument för socialförvaltningens medarbetare. En åtgärd för att främja detta är att de styrande dokumenten kommer kunna tillgängliggöras i en applikation för medarbetare som i huvudsak använder mobila enheter i sitt arbete.

En annan långsiktig målsättning är att dokumenthanteringssystemet främjar processorienteringen på socialförvaltningen.

Individens behov i centrum

Socialnämnden har tidigare beslutat om att socialförvaltningen ska arbeta enligt IBIC och målsättningen om att socialförvaltningen har en organisation där roller, samverkansprocesser och kvalitetsuppföljning kvarstår. Målsättningen är även att utbildningsstrategier som innehåller introduktion för nya medarbetare och bibehållande utbildningsmaterial ska finnas och efterlevas. På en strategisk nivå berör det fler aktörer inom socialförvaltningen genom att exempelvis beakta individens behov vid organisationsförändring, genomföra riskanalyser på patient och brukarnivå samt skapa förutsättningar för samverkansprocesser.

Arbetet med att stötta implementeringen av Individens behov i centrum (IBIC) fortsätter på förvaltningsövergripande nivå med arbetsgrupp med processledare från de berörda verksamheterna inom socialförvaltningen. Implementeringen av IBIC berör enhet LSS/Socialpsykiatri och biståndsenheten samt de utförare som arbetar med att verkställa uppdrag som beviljats inom dessa enheter.

På verksamhetsnivå bedrivs arbetet med stöd av processledare i de forum som är aktuella för respektive verksamhetsområde och enhet. Under 2025 har arbete bedrivits med att ta fram ett utbildningspaket för utförarverksamheter som förutom en introduktion till IBIC innehåller tidigare framtagna utbildningar och stödmaterial och omfattar Personcentrering, Dokumentera i din brukares journal samt Dialogfrågor för kvalitetsuppföljning som riktar sig till de som arbetsleder. Därtill har arbete även genomförts för att tydliggöra och utbilda verksamheter i mål och uppföljning inom IBIC.

Inom vård- och omsorgsboende, stöd och service, personlig assistans, har verksamhetsnära utbildningar genomförts under 2025 och planeras fortsätta under 2026. Inom myndighetsområdet ingår aktiviteter som främjar IBIC i introduktion av nya medarbetare och aktiviteter på aktuella forum, såsom kvalitetsråd.

Framöver planeras för fortsatt implementering bland annat en förnyad individbaserad systematisk uppföljning (ISU), i syfte att utvärdera resultaten av den motsvarande uppföljning som genomfördes 2023 samt för att följa upp implementeringen av IBIC.

Dokumentationsombud

Vår och hösttermin har träffar för socialförvaltningens dokumentationsombud erbjudits, nytt 2025 är att särskilda träffar har erbjudits till de ombud som är helt nya i sin roll, detta efter önskemål från dokumentationsombuden. Träffarnas primära syfte har varit att skapa ett forum där ombud kan träffas för erfarenhetsutbyte, stor vikt har lagts vid diskussion och erfarenhetsutbyte. Två fokusområden under årets träffar har varit dels hur arbete med brukarens delmål i genomförandeplanen kan genomföras, dels hur vi ska lyckas med systematiska uppföljningar av genomförandeplanen.

Organisationen för att planera och leda dokumentationsombudsträffar har utökats med processledare inom IBIC-arbetsgruppen från utförarverksamhet. Tidigare var uppgiften enbart orienterad till kvalitetsorganisationen. Syftet med den förändringen är att innehållet i större utsträckning ska möta verksamhetens operativa behov och skapa förutsättningar för informationsspridning till socialförvaltningens ledningsgrupper på ett mer effektivt sätt.

Dokumentationsombudens förutsättningar påverkar utfallet av deras uppdrag i stor utsträckning, nyckelfaktorer har identifierats som etablerad samverkan med närmsta chef samt struktur och tid för uppdraget.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Vård- och omsorgsprocessen

Under 2024 lanserades gruppen "VoB-processen" på Intranätet. Processen beskriver olika yrkesgruppers ansvar inom de olika processtegen vid verkställande av plats vid ett vård- och omsorgsboende, från inflyttning till avslut. Syftet är att underlätta för alla professioner att hitta viktig information och skapa förutsättningar för att liknande arbetssätt används i relevanta delar på alla vård och omsorgsboenden. Det bidrar till jämlikhet och underlättar för professioner som har flera vård och omsorgsboenden som arbetsplats, till exempel arbetsterapeuter och fysioterapeuter, då arbetssätten är lika oavsett vård och omsorgsboende. Under 2025 har implementeringsarbetet som inleddes 2024 fortsatt. Uppföljning och dialog har gjorts med enhetschefer på kvalitetsråd. Fortsatt utveckling att samtliga medarbetare känner till gruppen och följer alla arbetssätt.

Gemensamma kvalitetsråd

Under hösten 2024 genomfördes gemensamma kvalitetsråd mellan verksamheterna vård och omsorg och verksamhetsområdet för hälso- och sjukvård. Syftet var dialog om gemensamma utmaningar, fokus på gemensamma lösningar samt bidrag från olika verksamheter. De gemensamma kvalitetsråden upplevdes som positiva forum för att ha dialog om gemensamma utmaningar, och genomfördes på liknande sätt under våren och hösten 2025. Gemensamma kvalitetsråd hölls även mellan hälso- och sjukvård och socialpsykiatri, stöd och assistans samt stöd och service.

De gemensamma kvalitetsråden mellan vård och omsorg och hälso- och sjukvård utvärderades av verksamhetschefer efter inkomna synpunkter från enhets- och områdeschefer och kommer under 2026 att ändra inriktning. För att tydliggöra syftet med träffarna byter forumet namn till samverkansmöten och kommer att planeras och ledas av områdeschefer inom vård och omsorg och enhetschefer inom hälso- och sjukvård för att planeringen ska göras närmare verksamheten. Målet är att skapa utrymme till mer dialog, tydliggöra samverkan och på ett tydligare sätt fånga upp aktuella frågor till dagordningen.

Kost och servicenämnd

En kost och servicenämnd där socialförvaltningen ingår tillsammans med Öjebyns produktionskök och Samhall sedan 2022 samverkar gällande matdistribution och mat till

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

boende. Genomför löpande driftsmöten för kvalitetsutveckling genom trygga leveranser, rätt produktionsinformation, menyförbättring, matsvinnsmätning och avvikelshantering.

År 2025 serverades totalt 808 334 matportioner varav normalkost 693 284 och specialkost 115 050.

Brukare inom ordinärt boende har en meny med sju valmöjligheter vid tre olika leveranstillfällen/vecka. En måltidsenkät för ordinärt boende genomfördes under våren 2025 med goda resultat. Av de som svarade tycker 45% att maten smakar ganska bra och 30% tycker att maten smakar mycket bra. 82% tycker att det finns lagom många alternativa maträtter att välja mellan. Brukare inom särskilt boende har en meny med två valmöjligheter till lunch och två till middag varje dag, samt ytterligare valmöjlighet av en maträtt/leveranstillfälle.

Det finns en handlingsplan beslutad i augusti 2025, som vid kristillfällen ska säkerställa att leverans av mat till ordinärt och särskilt boende upprätthålls enligt en prioriterad ordning utifrån verksamhet.

Lokal plan för suicidprevention

I februari beslutades den kommunövergripande planen för suicidprevention som sträcker sig från 2025 – 2028. Socialförvaltningen har ett samordningsansvar men samtliga kommunens förvaltningar och räddningstjänsten är en del av planen. Planen är framtagen med Region Norrbotten, Suicide zero och Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) som referensgrupper.

På verksamhetsnivå har arbete med att implementera planen pågått inom Individ och familjeomsorg på samtliga enheter, samt inom det förebyggande arbetet för vuxna. Ett fokusområde för 2026 identifieras som fortsatt arbete med att identifiera hur planen implementeras inom förvaltningens utförarverksamheter.

Veckan för psykisk hälsa

Veckan för psykisk hälsa genomfördes under oktober månad med ett ungdomsevenemang tillsammans med andra förvaltningar och flertalet organisationer, exempelvis

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

arbetsmarknads och utbildningsförvaltningen, fritidsförvaltningen, Barnens rätt i samhället (BRIS), SHEDO, Rädda barnen, Kyrkan och Kulturskolan. Vid evenemanget föreläste Irena Pozar och Vincent Rankila. Föreläsningarna syftade till att öka kunskapen hos ungdomarna om mobbning, psykisk ohälsa och sociala mediers påverkan på den psykiska hälsan. Utvärderingen av evenemanget visade positiva resultat.

Henrik Wahlström föreläste på Kulturens hus, för främst föräldrar och personal som arbetar med barn och unga. Föreläsningen handlade om psykisk ohälsa och hur det kan påverka människor att leva med psykisk ohälsa och sjukdom. Syftet med föreläsningen var att höja kunskapen och minska fördomar om psykiska sjukdomar och beroendesjukdomar. Det var två föreläsningstillfällen som nådde ca 700 personer.

Socialförvaltningen erbjöd även en föreläsning med Linda Vesterberg - Att leva nära unga vuxna som inte arbetar eller studerar. Innehållet handlade om hur anhörig kan stärkas om man lever med unga vuxna utan sysselsättning.

Yrkesresan

Socialförvaltningen fortsätter sitt deltagande i yrkesresan som är ett samarbete mellan SKR, regionala samverkans -och stödstrukturer och Socialstyrelsen. Yrkesresan lanseras inom fem områden under perioden 2022–2028 och erbjuder introduktion och kompetensutveckling till medarbetare inom delar av socialförvaltningen och utgår från bästa tillgängliga kunskap. Det är en nationell satsning med regionalt genomförande för lokal kompetens. Tidigare har barn och unga inom myndighet tagit del av satsningen under 2025 har yrkesresan fortsatt inom verksamhetsområdena Socialpsykiatri, Stöd och service och Boendestöd.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är fortsatt en av förvaltningens stora utmaningar. Fler äldre, färre i arbetsför ålder och ökad konkurrens om arbetskraften kräver långsiktiga strategiska insatser för att rekrytera, utveckla och behålla rätt kompetens. Socialförvaltningen har under 2025 fortsatt att arbeta aktivt och långsiktigt med insatser för att lyckas med vår kompetensförsörjning.

Socialförvaltningens kompetensförsörjningsplan bygger på Luleå kommuns gemensamma kompetensförsörjningsstrategi, för att skapa en helhet i egna och gemensamma aktiviteter.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Attrahera och rekrytera

Utifrån framtagna kommunikationsplan har ett stort antal interna och externa aktiviteter skett under året. Syftet har varit att marknadsföra och synliggöra socialförvaltningens olika yrken i olika sammanhang och på olika sätt. Samverkan har skett med interna och externa aktörer för att synliggöra vård, stöd och omsorg med flera yrkesområden.

Socialförvaltningen erbjuder varje år ett stort antal praktikplatser för elever och studenter inom yrkesgrupperna undersköterskor, stödassistenter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt socionomer. Arbetet sker i samverkan med Luleå kommuns gymnasieskola och vuxenutbildning, Luleå tekniska universitet samt Umeå universitet. Dessa elever och studenter är en viktig rekryteringsbas efter slutförd utbildning.

Att i våra verksamheter ta emot studenter har varit och är fortsatt viktigt för att skapa ökat intresse bland unga för vård- och omsorgsyren.

Arbetet med att kvalitetssäkra introduktion för nya medarbetare har fortsatt, under året har även en kvalitetssäkring skett av introduktionen för nya chefer på socialförvaltningen.

Utveckla och behålla

Arbetet med att skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv, möjligheter till karriärvägar och kompetensutveckling står högt upp på agendan. Under året har möjligheten för medarbetare att via #blommaut göra intresseanmälan om önskan att byta arbetsplats internt fortsatt.

Socialförvaltningen erbjuder utbildning till baspersonal inom vård, stöd och omsorg för att nå formell kompetens motsvarande undersköterska och stödassistent. I samverkan med vuxenutbildningen har förvaltningen även startat upp en kombinationsutbildning. Där medarbetare som saknar grundläggande svenska samt vårdutbildning ges möjlighet att studera på arbetstid. Inom ramen för Äldreomsorgslyftet får socialförvaltningen fortsatt statligt bidrag för att utbilda medarbetare.

Utifrån regeringens kommande förslag om nya språkkrav gällande medarbetare inom äldreomsorgen har olika former för språkutveckling tagits fram. Syftet är att stärka kvalitén och säkerställa att medarbetare har tillräckliga språkkunskaper för att möta de krav som

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

ställs inom vård, stöd och omsorg. Det långsiktiga målet är att stärka språkkompetensen i svenska samt öka antalet utbildade inom vård, stöd och omsorg.

Nedan är sammanställning över deltagande i samtliga utbildningsspår under 2025, siffrorna omfattar uppdragsutbildning, sammanhållen utbildning samt kombinationsutbildning.

Jämförelse med 2024: Totalt 164 medarbetare studerade. Totalt uppnåddes 60 900 gymnasiepoäng.

	Kvinnor	Män	Totalt
	135	64	199

	Gymnasiepoäng
Totalt	67010

Kompetenscentrum

Under året har Kompetenscentrum (KC) gått från att vara en nybildad paraplyorganisation till att successivt implementeras i socialförvaltningens ordinarie struktur. KC:s övergripande uppdrag är att samla, utveckla och kvalitetssäkra förvaltningens kompetensstöd inom områden som metodutveckling, utbildning, introduktion och uppföljning, ett arbete som sker i samverkan med andra professioner på socialförvaltningen. En verksamhetsplan har fastställts och utgör en grund för fortsatt utveckling och uppföljning. Arbetet med att etablera KC har identifierat behov av fortsatt förankring i verksamheterna, tydligare rollbeskrivningar samt fortsatt utveckling av stödstrukturer. Resurs- och tidsutmaningar har också påverkat implementeringstakten. De personella resurserna inom KC användes under

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

hösten till att utföra utbildningsinsatser vid Kronans särskilda boende för äldre. Genom att på plats i Kronans verksamhet ha en dialog och identifiera utbildningsbehov har resulterat i viktiga insikter kring faktorer för en hållbar introduktion, utbildning och lärande i arbetet. Men det innebär även ett avsteg från den initiala planeringen.

Positiva effekter som redan kan noteras:

- Ökad samordning av utbildnings- och introduktionsinsatser samt förvaltningens kompetensbehov
- Tydligare kontaktvägar för chefer och medarbetare
- Mer strukturerad planering av kompetensutveckling

Som ett exempel har inför sommaren 2026 introduktionsprocessen setts över för att stärka kvalitetssäkring och samordning. Syftet är att öka tryggheten för nya medarbetare, minska variationer mellan enheter och stärka kompetensförsörjningen.

Verksamhetsövergripande kvalitetsarbete

Inom samtliga verksamhetsområden genomförs systematiskt kvalitetsarbete genom kvalitetsråd för att kvalitetssäkra verksamheten. I det ingår hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål, uppföljning av egenkontroll, genomgång av nya och reviderade styrande dokument samt förändringar i lagstiftning.

Verksamheternas arbete med omställning till nya Socialtjänstlagen (SoL)

År 2025 är präglad av en ny socialtjänstlag. Den nya lagen syftar bland annat till att anpassa till dagens samhällsutmaningar och skapa en förebyggande, lättillgänglig och kunskapsbaserad socialtjänst, inom samtliga berörda verksamhetsområden har arbete bedrivits för att utveckla verksamheten i enlighet med lagens intentioner.

För socialförvaltningens förebyggande verksamheter har ett fokus varit på att öka dess tillgänglighet, exempel på det är fältverksamhet och vidtagna åtgärder inom föräldrasupporten med ökade öppettider och ett ökat antal grupper för vårdnadshavare.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Vidare har inom området för Barn och unga en mängd åtgärder vidtagits för att socialförvaltningen ska verka tidigt och förebyggande med fokus på barnets delaktighet samt samverkat med relevanta aktörer. I syfte att med tidigt stöd kunna minska antalet ingripande insatser. Samverkan skapar förutsättningar för att barn och unga växer upp i trygga närmiljöer och får sina behov tillgodosedda.

Förberedande arbete

Året har präglats av förberedande arbete med kartläggning, information och workshops för att möta krav och omhänderta möjligheter med nya socialtjänstlagen.

Workshops har genomförts i samverkansprocesser, exempelvis biståndsenheten och vård och omsorg, för att ta fram underlag till handlingsplan som förbereds för beslut till socialnämnden under våren 2026. Ett resultat av genomförda workshops är tillskapande av arbetsgrupper i syfte att ta fram ramar och kriterier för insatser utan behovsprövning inom äldreomsorgen

Ett annat exempel på hur arbete skett inom samverkansprocesser är LSS/Socialpsykiatri och Boendestöd i syfte att skapa gemensamma ramar inför planerade förändringar för insatser utan behovsprövning, ålderssänkning för målgruppen och borttagande av avgift. Riktlinjer och vägledning för området är under framtagande.

Kunskapshöjande insatser

Som deltagande i seminarier och föreläsningar arrangerade bland annat av SKR, med målet att fördjupa kunskapen om lagändringarna och de bakomliggande intentionerna. En betydande mängd av enhetschefer, specialistsocionomer och verksamhetsutvecklare har även genomfört utbildning i Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) som en del i förberedelserna för att arbeta mer kunskapsbaserat. Inom Individ och familjeomsorgen planeras införandet av nya SoL att följas upp med hjälp av metoden ISU.

För arbetet med att anpassa verksamheten efter kärnprinciperna i den nya socialtjänstlagen har det fortsatta arbetet med "Yrkesresan" varit och är prioriterat framåt. Yrkesrean utgör ett viktigt verktyg för att säkerställa kontinuerlig uppdatering för verksamheten av den senaste forskningen och att främja ett helhetstänkande med individfokus.

Insatser utan föregående behovsprövning

Socialnämnden beslutade 1 juli 2005 om insatser som skulle tillgängliggöras utan föregående behovsprövning och att dokumentationsskyldigheten omfattar insatser utan föregående behovsprövning. Områden som tillgängliggjorts är bland annat insatser för skadligt bruk och beroende. Det har skapat förutsättningar för nya arbetssätt, ökad tillgänglighet och service för målgruppen.

Mötesplatsen Lyktan är ett exempel på en verksamhet som syftar till att möta behov hos vuxna i social utsatthet. Från februari till och med november har Lyktan haft 2698 besök av 149 unika individer varav 29 procent kvinnor. Lyktan skapade möjlighet till förändrat arbetssätt på akutboendet. Akutboendet erbjuds utan behovsprövning för dem som har Luleå som sin bosättnings kommun och är känd av personal på akutboendet, uppfylls inte kriterierna genomförs behovsprövning

En arbetsgrupp med medarbetare från Bergbo stödboende, öppenvården och boendestöd har under året börjat planering för insats utan behovsprövning i form av en ny sysselsättningsverksamhet för personer med samsjuklighet inom verksamhetsområdet socialpsykiatri, stöd och assistans. Arbetsgruppen har samlat in idéer och information från andra aktörer och kommuner som ska ligga till grund för införandet av verksamheten i Luleå.

Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvård organiseras den legitimerade personalen inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret som omfattar de som är inskrivna i hemsjukvården, bor i kommunens särskilde boenden eller vistas på dagverksamhet. Från 1 augusti 2025 ingår även medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Genomförda förbättringsarbeten under året 2025

Nära vård

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

En handlingsplan med olika områden och aktiviteter för Nära vård upprättades i början av året. Några exempel på aktiviteter som genomförts eller pågår är samverkan internt och med region och andra externa aktörer, utbildningsinsatser, åtgärder för att öka kontinuitet och tillgänglighet, jämlika bedömningar, samt arbete inom öppenvårds- och utskrivningsprocessen. Målet är att samtlig personal inom hälso- och sjukvården har kompetens gällande palliativ vård samt att patienten ska vara delaktig i sin planering av den palliativa vården utifrån personcentrering. Fokusområden nästa år blir fortsatt arbete med struktur och arbetssätt samt utveckling av rutiner och kriterier

Rehabsamordnare och koordinatorteam

För att säkerställa trygga och säkra hemgångar från sjukhus för patienter med komplexa behov, samt likvärdiga bedömningar i komplexa ärenden, har ett nytt arbetssätt med koordinatorteam startats under 2025. Resultaten av åtgärderna visar att komplexa ärenden hanteras mer jämlikt och att arbetssättet stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvård och myndighet. För kommande år planeras fortsatt utveckling och uppföljning av koordinatorteamets arbete. Inkommande ärenden fortsätter att följas liksom utfallet av arbetssättet.

Digital signering av läkemedel

Ett pilotprojekt för att öka patientsäkerheten genom digital signering av läkemedel har genomförts på ett vård- och omsorgsboende samt i en hemtjänstgrupp. Resultaten visar bättre följsamhet till rutiner för signering, minskad risk för uteblivna doser och förbättrad kontroll av delegeringar. Goda möjligheter finns att skala upp lösningen till fler verksamheter samt att framledes använda fler funktioner. För att säkerställa långsiktiga effekter krävs fortsatt stöd, uppföljning, utbildning, förändringsledning och teknisk stabilitet. Nästa steg är att utvärderingen ska slutföras och beslut om fortsatt drift. Beslut om eventuellt breddinförande kommer att tas under 2026.

Säkra delegeringar

Ett fokusområde för 2025 har varit delegeringar och insulingivning. Det finns utmaningar kring påminnelser för att förnya delegeringar i verksamhetssystemet och behov av tydliga arbetssätt för uppföljning av delegeringar. En arbetsgrupp med representanter från hela verksamheten har utvecklat nya rutiner och ett nytt arbetssätt för trygg och säker

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

insulingivning har implementerats. Arbetet med säkra delegeringar och trygg läkemedelshantering kommer att fortsätta nästa år.

Läkemedelsautomater

Behovet av läkemedelsautomater har identifierats som en åtgärd relaterat till avvikelser inom läkemedelshantering gällande uteblivna doser och behov av förändrat arbetssätt med bland annat ökad effektivitet relaterat till demografiutmaningen. Upphandlingen av läkemedelsautomater förväntas vara genomförd i början av 2026. Arbetet utgår från en tidigare genomförd nyttovärdering som visade att läkemedelsautomater bidrar till förbättrad effektivitet och säkerhet.

Trycksårsprevention

Under året har sårvårdsgruppen bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut tillsammans med MAR arbetat med att ta fram verktyg för ett mer systematiskt arbete med trycksårsprevention. Kompetenshöjande insatser årligen för hälso- och sjukvårdspersonal är en del av åtgärderna, men utmaningar kvarstår med att nå ut till samtlig personal med dessa insatser. För att lyckas på lång sikt med trycksårsprevention behöver samverkan mellan olika yrkeskategorier förstärkas.

Videokonsultation

Under ett par år har ett projekt pågått med målet att ta fram och införa ett arbetssätt gällande videokonsultation för att möjliggöra vårdbedömningar på distans. Under 2025 har det framkommit behov av en lösning som bättre möter krav på användarvänlighet och stabilitet. För att säkerställa ett hållbart resultat har projektet valt att pausa införandet och går under 2026 in i en fas där alternativa lösningar identifieras.

Övergripande kompetensutvecklingsplan

Ett arbete har pågått med att ta fram en femårig övergripande kompetensutvecklingsplan för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor inom verksamhetsområdet för hälso- och sjukvård. En del i arbetet med att ta fram planen är kartläggning av kompetens och kompetensutvecklingsbehov inom hälso- och sjukvårdens

olika områden. Utifrån prioriterade områden kommer förslag till kompetensutvecklande insatser att bifogas kompetensutvecklingsplanen, som beräknas färdigställas under 2026.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024

Det har skett ett fortlöpande arbete med pågående förbättringsarbeten i olika arbetsgrupper i verksamheten, exempelvis gällande säkra delegeringar och läkemedelshantering samt trycksårsprevention. Initiativ och åtgärder har följts upp vid kvalitetsråd och systematiskt av ledningsgrupp för hälso- och sjukvård.

Det har även skett ett omfattande arbete med säker och effektiv hantering av medicintekniska produkter gällande rutiner och arbetssätt, samt införande av en gemensam hjälpmedelsnämnd där Region Norrbotten deltar tillsammans med kommunerna i Norrbotten. Detta beskrivs närmare i patientsäkerhetsberättelsen. Exempel på utvecklingsområden som kvarstår att omhänderta är exempelvis dokumentationsutbildning. En utbildningsdag för sjuksköterskor planeras för kommande år. Dokumentation lyfts även som ett utvecklingsområde i patientsäkerhetsberättelsen.

Egenkontroll

Egenkontrollen inom verksamhetsområdet för hälso- och sjukvård har enligt tidigare år följt ett årshjul där uppföljning skett regelbundet exempelvis i samband med kvalitetsråd. Kontrollpunkter som följts har varit resultat från nationella kvalitetsregister, avvikelser samt från enkäter till patienter och anhöriga. En del av egenkontrollen har skett genom en individuell enkät som gått ut till alla arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Resultatet av egenkontrollen utgör grund för förbättringsarbeten där basala hygienrutiner, diabetes, inkontinens och beslutsstöd har identifierats som prioriterade områden.

Planerade åtgärder omfattar upprättande och revidering av rutindokument samt implementering av dessa i verksamheten. För kontinuerlig förbättring kommer arbetet även att inkludera fortsatt dialog och uppföljning vid arbetsplatsträffar under kommande år.

Risikoförebyggande arbete och riskanalys

Risikanalys sker löpande genom att avvikelser följs och omhändertas regelbundet exempelvis genom handlingsplaner och olika förbättringsarbeten vid risk för vårdskada.

Verksamheterna arbetar med riskanalys men rutin och mall för riskanalys vid verksamhetsförändring är inte fullt implementerad och behöver säkerställas. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv har riskbedömningsmallar utvecklats för hälso- och sjukvården. Ett identifierat behov är att klargöra ansvarsområden vid verksamhetsförändringar som påverkar flera olika verksamhetsområden

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Avvikelser

Arbetsätt

Enhetschefer för sjuksköterskor har haft veckovisa uppföljningar kring avvikelser tillsammans med verksamhetschef och MAS. Arbetet med avvikelser har även skett i fler forum, exempelvis vid miniteamträffar inom särskilt boende för äldre. Behov av att fortsätta utveckla dessa samverkansprocesser i avvikelsearbetet har identifierats.

Resultat, åtgärder

Analysen av de aktuella avvikelserna inom området indikerar att införandet av läkemedelsgivare och digital signering bedöms bidra till ett minskat antal avvikelser relaterade till läkemedelshantering. Det har även identifierats en positiv trend med färre rapporterade avvikelser avseende signeringslistor, vilket sannolikt kan kopplas till förbättrad kontinuitet i bemanningen bland sjuksköterskor. Exempel på bakomliggande orsaker till avvikelser inom är bristande kompetens inom basal omvårdnad, förflyttningsteknik, bristande följsamhet till kontrollräkning av läkemedel, vårdpreventivt arbete och hjälpmedelshantering.

Förbättringsåtgärder är nödvändiga för att reducera avvikelser relaterade till insulingivning som efter en nedgång i antal åter ökat. För att förebygga att insulinavvikelser uppstår behövs fortsatt arbete med att implementera tidigare beslutade åtgärder, genomföra uppföljningar

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

och arbeta systematiskt med handlingsplaner. Ett annat prioriterat område är avvikelser relaterat till narkotikaklassade läkemedel. Planerade åtgärder är bland annat låsbara skåp för förvaring av läkemedel. En arbetsgrupp kommer under nästa år att arbeta med hur man utöver de planerade åtgärder ska komma till rätta med avvikelser gällande narkotikaklassade läkemedel.

Ytterligare ett prioriterat område är behov av åtgärder för att i samverkansprocesser följa upp det fallpreventiva arbetet är identifierat med anledning av högt antal fallavvikelser inom vård- och omsorgsboenden.

Synpunkter och klagomål

Elva synpunkter har inkommit under året. Majoriteten har avsett bemötande/kompetens eller information/kommunikation. Samtliga synpunkter har omhändertagits och vid förekommande fall har åtgärder vidtagits, exempelvis i form av förbättrad information.

Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar

Under året har flera kvalitets- och brukarundersökningar genomförts inom hälso- och sjukvården: Palliativregistret, Senior alert, Öppna jämförelser, anhängenkäten samt enkäten Hälso- och sjukvård i hemmet (kontakt med sjuksköterska). Dessa undersökningar ger tillsammans en bred bild av kvalitet, trygghet, delaktighet och utvecklingsbehov i vårdens olika delar. För utförligare beskrivning av resultatet se bilaga 1.

Resultaten från **Palliativregistret** visar att flera kvalitetsindikatorer är bibehållna eller något förbättrade jämfört med föregående år, bland annat en ökad andel personer som haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Samtidigt kvarstår utvecklingsområden, särskilt gällande dokumentation av munhälsobedömning i livets slutskede. Analysen pekar på att munhälsobedömningar ofta genomförs men inte alltid dokumenteras, samt att anhöriga ibland själva önskar utföra munvård. Under året har rutinen för extravak reviderats med betoning på följsamhet till det nationella vårdprogrammet, och palliativa gruppen har genomfört både träffar och utbildningsinsatser. En fördjupad analys planeras inför kommande år.

Inom **Senior alert** ses en fortsatt positiv utveckling gällande riskbedömningar. På vård- och omsorgsboenden samt LSS har antalet unika brukare och patienter som riskbedömts ökat, vilket visar att arbetssättet är väl etablerat. Inom hemsjukvården har den tidigare ökningen

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

bibehållits, medan särskilda boenden inom socialpsykiatri uppvisar en fördubbling av antalet riskbedömningar. Det finns dock fortsatt behov av att stärka åtgärdsplaner och uppföljning av insatser. Under året har Senior alert varit återkommande tema vid arbetsplatsträffar och teammöten, och flera enheter har infört stödjande rutiner såsom checklistor. Nästa år planeras en fördjupad analys på enhetsnivå för att möjliggöra mer riktade insatser.

Årets resultat från **Öppna jämförelser** visar att den kommunala hälso- och sjukvården uppnår goda resultat inom flera områden, bland annat patientsäkerhetsarbete och samverkan med andra aktörer. Samtidigt framkommer utvecklingsbehov som delas av många kommuner, såsom att öka patientmedverkan i det systematiska säkerhetsarbetet och att säkerställa att fler professioner inkluderas i multiprofessionella team. Avsaknaden av en övergripande kompetensutvecklingsplan kvarstod som ett tydligt förbättringsområde. Arbetet med att ta fram en sådan plan har påbörjats under året, liksom en ambition att stärka fallförebyggande arbetssätt i samverkan med andra verksamhetsområden.

Anhörigenkäten visar att anhöriga efterfrågar tydligare information, lättillgängliga kontaktvägar och bättre samordning vid hälsoförändringar och rehabilitering. Samtidigt lyfts styrkor såsom god tillgänglighet, professionellt bemötande och god samverkan, vilket skapar trygghet för de närstående. Under året har anhörigträffar genomförts både i ordinärt och särskilt boende, och inkomna synpunkter har lett till handlingsplaner där det bedömts nödvändigt.

Enkäten **Hälso- och sjukvård i hemmet (kontakt med sjuksköterska)** bygger på trygghetsskapande samtal och syftar till att fånga patientens upplevelse av trygghet, delaktighet och tillgänglighet i mötet med sjuksköterska i hemmet. Frågorna har reviderats under året för att bättre anpassas till lokala behov. Enkäten genomförs i december och resultatet kommer att analyseras och ligga till grund för det systematiska förbättringsarbetet under kommande år.

Sammantaget visar årets undersökningar på att flera områden utvecklas positivt, samtidigt visar resultaten på tydliga förbättringsområden avseende dokumentation, patient- och anhörigmedverkan, kompetensförsörjning och uppföljning. De åtgärder som påbörjats under året, tillsammans med de planerade insatserna inför kommande år, utgör en viktig grund för att ytterligare stärka kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården.

Individ och familjeomsorg Barn och unga

Inom individ och familjeomsorg Barn och Unga är både det förebyggande stödet samt myndighetsutövning inom barnområdet organiserat. Under året har arbetet med samverkansprocesser inom området varit prioriterat för att säkerställa samverkan mellan det förebyggande stödet och myndighetsutövning främjar att möta barn och familjers behov.

Förebyggande stöd Barn och unga

Inom det förebyggande stödet för barn och unga ingår familjerådgivning, föräldrasupport och fältverksamhet.

Föräldrasupporten har under 2025 arbetat med insatser för att öka sin tillgänglighet. Både genom ökade öppettider och genom att erbjuda grupper till föräldrar till de yngsta barnen, föräldrar till barn med skolrelaterade bekymmer eller skolfrånvaro samt föreläsningar om gängkriminalitet. Trygghetsskapande insatser till medborgare som utbildningen gängsnack har genomförts av föräldrasupporten och fältverksamheten i samverkan med andra aktörer. Syftet är att förhindra att barn och unga hamnar i ogynnsamma miljöer/kriminalitet och att stödja vårdnadshavare i att uppfatta signaler och att vända sig till socialtjänsten vid behov av stöd och råd.

Samverkan internt med fältverksamhet och myndighetsutövningen samt externt med områdespolis och skola har genomförts för att omhänderta förbättringsområden, föreläsningar har även erbjudits till två grupper via SFI. Föräldrasupporten har även deltagit i Norrbusmöten utifrån samverkan i Prevention i samverkan och deltagit i utbildning om samverkansmodellen Skola, Socialtjänst, Polis och Fritid (SSPF).

Fältverksamheten var under 2024 ett projekt men har under 2025 blivit en stadigvarande verksamhet med fyra fältarbetare. Deras uppdrag är uppsökande och att bygga relationer med unga, med fokus på förebyggande arbete i samverkan med bland annat skolor, föreningar och polis. Samverkan med andra aktörer sker varje månad i avsett forum för att skapa en helhetsbild av situationen bland ungdomar i Luleå. Fältverksamheten har rört sig i ungdomsmiljöer, som fritidsgårdar och nattidrott, under kvällstid två vardagskvällar och en helgkväll per vecka. Fältverksamheten har under året varit del av socialtjänstens arbete med trygghetsfält i samband med riskkvällar och festivaler.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Ett utvecklingsområde är att identifiera en metod för att mäta målgruppens upplevelse av kvalitet av insatsen.

Klientutvärderingar förebyggande stöd, barn och unga

Föräldrasupporten har under 2025 möt 559 personer i enskilda samtal och grupper, varav 361 kvinnor och 198 män. Verksamhetens egen enkätundersökning för att mäta den upplevda kvaliteten på insatsen har besvarats av 55 personer varav 78 procent kvinnor, 20 procent män och 1 procent annat alternativ.

- **Upplevelsen av att hitta information:** 67 % mycket lätt, 27 % ganska lätt, 5 % ingen åsikt/vet ej.
- **Upplevelsen av väntetid:** 60 % kortare än väntat, 34% lagom väntetid, 4 % längre än väntat och 1 % ingen åsikt/vet ej.
- **Upplevelsen av bemötandet:** 96 % mycket nöjd, 4 % ganska nöjd
- **Upplevelsen av nytta av insatsen:** 75 % mycket nöjd, 25 % ganska nöjd

Genomförda förbättringsarbeten under 2025

Den nya socialtjänstlagen har tydliggjort kommunens ansvar att arbeta mer förebyggande, lättillgängligt och med ett synsätt där barn ses som rättighetsbärare.

Under 2025 har verksamheten IFO barn och unga arbetat med förbättringsarbete inom de olika enheterna. Ett arbete som genomsyrat verksamheten är fokus på samverkan både internt mellan familjerätt, föräldrasupport, fältverksamhet och öppenvård och externt med exempelvis skola och polis. För hela barnområdet har utbildningsinsatser för att höja kunskapen om barn och ungas psykiska ohälsa genomförts. Informationsinsatser har genomförts för att öka medarbetarnas kunskap om vilket råd och stöd socialtjänsten kan ge gällande suicid samt för att öka kännedomen om den lokala planen för suicidprevention.

Inom myndighetsutövning för barn och unga har verksamheten under året fortsatt arbetet med introduktion av nya medarbetare, genomfört workshops kring arbetssätt samt erbjudit utbildningar inom lagstiftningsområdet. Ett omfattande kvalitetsarbete har bedrivits med fokus på rutiner, avvikelser och uppföljningsärenden kopplat till granskningar, vilket sammantaget har stärkt kvalitetsledningssystemet.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Inom familjehemsverksamheten har arbetet fortskridit med en tydligare uppdelning av ansvarsområden. Syftet med denna struktur är att öka effektiviteten och höja kvaliteten i de olika processerna kring rekrytering av familjehem, utredning och handledning till befintliga familjehem. Parallellt pågår utveckling av interna arbetssätt för att stärka förmågan att både rekrytera och behålla familjehem, vilket är en central del i att skapa långsiktighet och trygghet i verksamheten.

För att öka familjerättens tillgänglighet och anpassa stödet utifrån den enskildes behov har rådgivning erbjudits både fysiskt, via telefon och digitalt, samt genom att erbjuda digitalt föräldrastöd.

I samverkan med föräldrasupporten och familjerådgivningen har familjerätten fortsatt att anordna föräldrakurser och grupper riktade till bonusfamiljer. Under året har enheten också fokuserat på barns delaktighet och utvecklat arbetet med återkoppling till de barn som kommit i kontakt med verksamheten.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelsen 2024

Under 2024 var samverkan ett identifierat förbättringsområde vilket omhändertagits på olika sätt under 2025. Exempelvis genom förebyggande samverkan mellan fältverksamhet och skolsociala team, samverkansgrupper med skola, socialtjänst, Kultur och fritidsförvaltningen samt polisen. Även den interna samverkan inom IFO har varit ett fokusområde som förbättrats under 2025.

Rekrytering av socionomer var under 2024 identifierat som ett stort förbättringsområde, under 2025 har rekrytering av socionomer skett i ökad omfattning främst inom myndighetsutövning barn och unga.

Barns delaktighet i utredningsarbete var något som identifierades som fokusområde bland annat på familjerätten under 2024 vilket har omhändertagits genom formulerad målsättning att förbättra detta under 2025.

Egenkontroll

Egenkontroll har haft ett gemensamt fokus på delaktighet, barnsamtal, hur barnets röst kommit fram i utredningsprocessen och i insatser till barn.

Resultatet visar på att delaktighet har ökat inom familjestöd med insatsen Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB), att systematisk dokumentation av barnets delaktighet genomförs under utredningsprocessen, därtill har kommunikering med barn utvecklats med hjälp av verktyg i form av bildspel.

Även handläggningstider inom barnområdet har under året följts i egenkontroll. Det har under året genomförts löpande uppföljningar gällande förhandsbedömningar och utredningstider. Vidtagna åtgärder har omfattat bemanning, metoder, arbetssätt och utbildningsinsatser med målet att upprätthålla kvaliteten, uppfylla lagstiftningens krav samt säkerställa att barn och ungas behov tillgodoses.

Resultaten från egenkontrollen visar att området för barn och unga behöver fortsätta att följa upp och arbeta med att beakta barnets perspektiv både under utredningsfasen och insatsfasen. Det gäller även att kontinuerligt granska handläggningstider samt säkerställa löpande skyddsbedömningar och utredningstider i enlighet med gällande lagstiftning.

RisKFörebyggande arbete och riskanalys

I samband med förändringar inom enheterna har riskanalyser och barnkonsekvensanalyser genomförts, exempelvis inför att fältverksamhet övergick till ordinarie verksamhet, där resultatet identifierade betydelsen av samverkan för att tidigt upptäcka behov hos barn och unga. Riskanalyser och barnkonsekvensanalyser har även genomförts vid uppföljning av ungdomsmottagningen.

Individ och familjeomsorg Vuxen

Inom området Individ och familjeomsorg vuxen organiseras det förebyggande stödet som riktar sig till vuxna, den myndighetsutövning som genomförs på vuxenenheten, försörjningsenheten, biståndsenheten och enhet LSS/socialpsykiatri. Även FREDA-

mottagningen, träningsboendet och akutboendet samt mötesplatsen Lyktan ingår i verksamhetsområdet.

Förebyggande stöd vuxen

Enheten för förebyggande stöd vuxna omfattar Anhörigstöd, Personligt ombud, RoS-mottagningen samt Äldresupporten. Dessa verksamheter erbjuder hälsofrämjande och förebyggande råd, stöd, information och vägledning med syftet att personer ska kunna söka hjälp i ett tidigt skede, innan problemen växt sig för stora. Förebyggande stöd vuxna arbetar med samverkan tillsammans med civilsamhället, hyresvärdar och myndigheter.

Informationsinsatser sker kontinuerligt via sociala medier och traditionella medier, även på olika språk, för att nå breda målgrupper. Särskilda insatser riktas mot utrikesfödda genom samarbete med bland annat församlingar. Förebyggande stöd vuxna har även arbetat med avhysningsförebyggande insatser i nära samarbete med Lulebo och Kronofogden. Utöver detta har rutiner och utbildningar inom suicidprevention utvecklats i bred samverkan med andra aktörer. Äldresupporten har fortsatt att erbjuda hälsofrämjande samtal och sociala gruppaktiviteter, vilket har resulterat i ökat deltagande. Särskilda insatser har genomförts för att minska ensamhet bland äldre.

Anhörigkonsulenter har arrangerat gruppaktiviteter och föreläsningar för att stärka anhörigas hälsa, ofta i samverkan med föreningar och universitetet. RoS-mottagningen har intensifierat sitt uppsökande arbete för att nå personer med riskbruk eller skadligt bruk av alkohol, droger eller spel om pengar. Råd- och stödsamtalen har erbjudits på flera språk för att öka tillgängligheten.

Klientutvärderingar förebyggande stöd vuxna

Klientutvärderingarna från RoS-mottagningen, Anhörigstöd, Personliga ombud och Äldresupporten visar sammantaget goda resultat med vissa variationer mellan olika enheter. Totalt var det 124 svar på klientenkäten varav 74 procent var kvinnor och 23 procent män samt 2 procent svar annat/vill ej uppges.

- **Upplevelse av tillgänglighet:** 86,2 % upplevde det mycket eller ganska lätt att hitta information om verksamheten.
- **Upplevelse av väntetid:** 96 % upplevde väntetiden som kortare än väntat eller lagom väntetid.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

- **Upplevelse av bemötande:** 100 % var mycket eller ganska nöjd med bemötandet varav 93,5 % var mycket nöjd.
- **Upplevelse av insatsens nytta:** 96 % upplevde mycket eller ganska stor nytta av stödet, varav 63,7% upplevde mycket stor nytta av stödet.

Framgångsfaktorer till det återkommande goda resultatet bedöms vara en levande dialog om bemötande och tillgänglighet inom personalgrupperna för att alltid ge stöd av högsta kvalitet. Även kollegialt lärande och att enheterna är lyhörda för återkoppling samt mottagliga och öppna inför förändringar är av stor betydelse.

Genomförda förbättringsarbeten under året 2025

Utbildningsinsatser

På vuxenenheten har ett antal utbildningsinsatser genomförts under 2025, som utbildning i personcentrerat arbetssätt med tillhörande studiecirkel, med fokus på jämlikhet och jämlikt bemötande. Verksamheten identifierar behov av ett fortsatt fördjupningsarbete och att ta fram en tydlig plan för implementering. På vuxenenheten har det med regelbundenhet genomfört workshops i arbetet som bedrivs i systemstödet Lifecare. Detta för att skapa trygghet i arbetsprocessen att kalla till och upprätta samordnad individuell planering (SIP), med syfte att fokusera på den enskilda individens behov genom samverkan.

Samtliga enhetschefer och specialistsocionomer har, eller planeras genomföra under 2026, utbildning i Individbaserad systematisk uppföljning (ISU). Metoden planeras att användas för att följa upp omställning till ny socialtjänstlag.

För medarbetare på Träningsboendet har utbildningsinsatser genomförts inom Ett självständigt liv (ESL) och motiverande samtal (MI) samt utvecklat ett mer reflexivt arbetssätt, i syfte att utveckla och kvalitetssäkra enhetens arbete.

Handläggning och dokumentation

På samtliga enheter har olika förbättringsarbeten genomförts under året i syfte att säkerställa handläggningsprocessen, exempel på dessa redovisas här.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

På försörjningsenheten har fokus legat på att vidareutveckla och förändra enhetens arbetssätt för att skapa en mer sammanhållen, effektiv och långsiktig handlägningsprocess. En målsättning har varit att tydliggöra att uppdraget för de socialsekreterare som arbetar inom mottagningen främst ska hantera akuta ärenden, medan andra socialsekreterare tar hand om planerade besök och långsiktigt arbete med den enskilde. Detta minskar antalet handläggartycken och ökar kontinuiteten, vilket evidens visar är en framgångsfaktor för att bryta långvarigt biståndsmottagande och stärka individens möjligheter till självständighet.

För biståndsenheten har riktlinjer för biståndsbedömda insatser vid biståndsenheten fastställts under hösten vilket har förändrat arbetssätt relaterat till förbehåll i beslut gällande särskilt boende för äldre. Syftet är att säkerställa att de brukare som befinner sig på väntelista har för avsikt att flytta till särskilt boende. Utvecklingsarbete har genomförts avseende utredningar om särskilt boende för äldre vilket resulterat i stöddokument samt frågeunderlag för inhämtning av information från utförarverksamheter och legitimerad personal. Även gällande uppföljningar har förbättringsarbete genomförts, det genom att revidera styrande dokument samt fastställa en prioriteringsordning för uppföljningar. Syftet med aktiviteterna är att skapa en ökad systematik och likahantering, samt vara ett stöd för biståndshandläggarna i arbetet med uppföljningarna. Resultatet av de vidtagna åtgärderna är en ökad systematik kring uppföljningar, särskilt avseende tidsbegränsade beslut, ej verkställda beslut och i ärenden där den enskilde tackar nej till boendeplats.

Ett område med hög prioritet är att säkerställa att brukare som väntar på plats på särskilt boende för äldre får sina behov tillgodosedda under väntetiden.

Suicidpreventiva aktiviteter

Samtliga enheter har under 2025 genomfört aktiviteter för att implementera den lokala planen för suicidprevention, ett område som identifierades för implementering var kompetenshöjning i ämnet.

Kunskapshöjande insatser har genomförts på alla enheter, såsom att ta del av utbildningen "Våga Fråga" framtagen av Suicide Zero, samt deltagande på föreläsning med Ullakarin Nyberg. Workshops och webinarium har genomförts, exempelvis om suicidprevention för äldre och Socialstyrelsens webinarium "Nu stärker vi det suicidpreventiva arbetet" och "Så främjar kommuner och regioner psykisk hälsa och välbefinnande". Vid kvalitetsråd har

styrande dokument för socialförvaltningens suicidpreventiva arbete presenterats och diskuterats.

På försörjningsenheten har arbetet även omfattat att identifierats risker i det dagliga arbetet, med särskilt fokus på ärenden som rör våld i nära relation, ekonomisk utsatthet och social isolering. Dessa områden har lyfts som särskilt sårbara ur ett suicidpreventivt perspektiv. Enheten har även genomfört gemensamma genomgångar av ärenden med förhöjd risk, där arbetsledning och socialsekreterare tillsammans analyserat handläggning, bedömningar och vidtagna åtgärder. Dessa genomgångar har både haft ett lärande och kvalitetssäkrande syfte.

De genomförda aktiviteterna har upplevts gett önskat resultat då det har lett till ökad kunskap och reflektion kring bemötande, samt ökad kännedom om lokala stöddokument. Det finns ett fortsatt behov av kompetenshöjande insatser och dialog kring ämnet under kommande år. Plan för 2026 är att på nytt gå igenom kommunens stöddokument på kvalitetsråd för att bibehålla kunskap bland medarbetare och för att säkerställa att nyanställda uppnår samma kunskapsnivå.

Intern samverkan

Aktiviteter för att stärka den interna samverkan inom individ- och familjeomsorgen samt på förvaltningen har genomförts under året. Exempelvis genom reviderad rutin som beskriver arbetsgång för samverkan mellan vuxenenheten och barn- och ungaenheten (BUE), där samverkan i enskilda ärenden ska ske i ett tidigt skede när en ungdom som är 20 år och ska flyttas från BUE till Vuxenenheten.

Ett antal biståndshandläggare ingår tillsammans med sjuksköterskekoordinatorer och rehabsamordnare i det koordinatorteam som startades upp under hösten 2025. Syftet är att skapa en hållbar utskrivningsprocess där varje profession används effektivt för att erbjuda kvalitativ vård och omsorg till medborgarna i Luleå kommun. Den gemensamma målsättningen är en sömlös och trygg utskrivningsprocess med utgångspunkten att individen ska kunna återgå till hemmet. I detta ingår även att vara socialförvaltningens representant i samverkan med primärvård och slutenvård utifrån utskrivningsprocessen.

Aktiviteter för att förbättra samverkan i syfte att uppnå ökad kvalitet och förbättrad arbetsmiljö har genomförts genom uppföljning av gemensamma arbetssätt för biståndsenheten och hemtjänsten, samverkansmöten med samtliga av hemtjänstens

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

planerare och dagliga möten som syftar till att följa flöden gällande utskrivningsklara brukare/patienter på sjukhus och korttidsplatser samt platstillgång på särskilt boende och korttids. Detta kommer fortsätta under 2026.

Extern samverkan

Enheterna samverkar på olika sätt med exempelvis Region Norrbotten och Lulebo. Exempel på extern samverkan som har utvecklats under 2025 redogörs nedan.

Vuxenenheten har startat upp och genomfört samverkan med beroendecentrum för de gemensamma processerna i Lifecare. Det är något som planeras att fortgå under kommande år.

Representanter från biståndsenheten har deltagit i arbetsgrupp med regionen avseende målgruppen äldre, för att utforma nya arbetssätt för att möta behov hos äldre som återkommande besöker akuten utan medicinska skäl för inskrivning. Arbetet drivs av regionen och planeras fortsätta under 2026.

Träningsboendet har under året fokuserat på förbättrad kvalitet genom utvecklad samverkan. Samverkan har intensifierats med närpsykiatri och LARO-mottagningen och fortsatt samverkan med beroendemottagningen, som innebär att läkare och sjuksköterska besöker både träningsboendet och mötesplatsen Lyktan en gång i månaden.

Tillgänglighet

Tillgänglighet och bemötande har fortsatt varit prioriterade områden. Försörjningsenheten har under 2025 helt lämnat traditionella telefontider och arbetar i stället fullt ut med systemet Artwise. Det möjliggör planering av samtliga kontakter, ger handläggarna bättre förutsättningar att förbereda sig inför samtal och bidrar till ett mer respektfullt och individanpassat bemötande.

Enheterna har i samverkan med kommunikatör säkerställt och reviderat information på Luleå kommuns externa webbsida, för att öka tillgängligheten till korrekt information om socialtjänstens verksamheter.

Våld i nära

Inom området våld i nära relation har fokus under året legat på att utbilda ny personal samt att vidareutveckla arbetssätt och rutiner. Arbetet har syftat till att skapa goda och hållbara förutsättningar för våldsutsatta att få rätt stöd i rätt tid och att kunna leva ett liv fritt från våld. Genom kompetenshöjande insatser och fortsatt utveckling av samverkan har enheten stärkt sin förmåga att möta både våldsutsatta och våldsutövare på ett rättssäkert och kvalitativt sätt.

Överenskommelse med Lulebo om förtur till bostad för våldsutsatta kvinnor fortgår. På begäran av den enskilda kvinnan upprättar socialförvaltningen ett yttrande, vilket kvinnan själv överlämnar till Lulebo i samband med intresseanmälan om bostad. Under året har 22 kvinnor tilldelats yttrande, hur tilldelningen av bostäder sedan fortlöpt varierar på Lulebos tillgång till lediga bostäder.

Digitala verktyg

Enheterna fortsätter utveckla användandet av digitala verktyg för utredningsprocessen. På vuxenenheten planeras ett pilotprojekt för AI-verktyg för handläggare inom socialtjänsten under 2026. Arbetet med att undersöka digitala verktyg fortsätter och kan frigöra tid för socialt arbete för socialsekreterare.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024

Stärkt arbete med bedömningsmetod ASI

Vuxenenheten har under 2024 och 2025 haft ett fortsatt fokus på att arbeta med den standardiserade bedömningsmetoden Addiction Severity Index (ASI) i syfte att kartlägga den enskildes problemsituation samt möjliggöra uppföljning och utvärdering av insatser. Under 2024 visade uppföljningen att få uppföljande ASI-intervjuer genomfördes, vilket indikerade att fattade beslut inte följdes upp i tillräcklig omfattning och en handlingsplan togs fram.

Under 2025 har flera konkreta åtgärder genomförts för att omsätta handlingsplanen i praktik. Vuxenenheten har en egen ASI-utbildare med uppdrag att följa upp handläggarnas arbete, säkerställa att ASI-processer följs och bidra till kontinuerlig metodutveckling.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Införandet av verksamhetssystemet Combine, där beslutsunderlagen är uppbyggda enligt ASI-strukturen, har underlättat handläggarnas arbete och bidragit till ett mer enhetligt och effektivt utredningsförfarande. Sammantaget har arbetet under perioden stärkt förutsättningarna för strukturerad uppföljning, statistik och analys av problemområden, insatser och resultat samt bidragit till en mer rättssäker och kunskapsbaserad handläggning.

Bostad först

Under 2024 flyttades projektet Bostad först från försörjningsenheten till vuxenenheten, vilket innebar ett omfattande etablerings- och utvecklingsarbete. Under året togs rutiner, handläggarstöd och en tydlig arbetsgång fram för att skapa strukturerade och rättssäkra processer. Även samverkansrutiner togs fram tillsammans med Lulebo och infrastruktur- och serviceförvaltningen (ISF) i syfte att skapa förutsättningar för att projektet skulle kunna fortlöpa under 2025. Under året har fem personer, både kvinnor och män, beviljats insatsen Bostad först, samtliga bosatta i egna lägenheter och med pågående individuellt anpassat stöd från teamet inom Bostad först. Arbetet under 2025 kännetecknas av implementering, samverkan och praktiskt genomförande utifrån etablerade rutiner och arbetssätt.

Skyddat boende

Under 2024 flyttades ansvaret för handläggning av skyddat boende vid våld i nära relation och hedersrelaterat våld till försörjningsenheten i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Förändringen har lett till mer sammanhållen handläggning och kortare placeringsdygn, vilket gynnar den våldsutsatta. Under 2025 har arbetet fortsatt med fokus på kompetensutveckling, utveckling av rutiner och stärkt samverkan för att säkerställa rättssäkert och kvalitativt stöd.

Handläggning och dokumentation

Kvalitetsarbetet inom LSS och socialpsykiatri har under perioden haft fokus på att stärka kvaliteten och rättssäkerheten i utredningar och beslut, särskilt avseende bostad med särskild service. Under 2024 togs checklistor fram för utredningar och kollegial granskning i syfte att säkerställa likvärdiga bedömningar, och arbetet med att följa upp ej verkställda beslut prioriterades genom tydligare rutiner. Under 2025 har kvalitetskontroller och riktade uppföljningar genomförts, vilket lett till en tydlig minskning av antalet ej verkställda

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

gynnande beslut. Arbetet har även inkluderat utveckling av rutiner för informationsöverföring mellan utförare och handläggare.

Egenkontroll

Fokusområden för enheternas egenkontroll har under 2025 varit inom området för handläggning och dokumentation där fokus varit dokumentation av barnperspektiv, omprövningsförbehåll, kommunikering och den enskildes inställning till hjälpbehov och insats. Även handläggningstider och utredningsprocessen har följts upp genom egenkontroll. För att utföra egenkontroll har både kollegial granskning genomförts utifrån fastställda kontrollpunkter samt granskning av specialistsocionomer. Kontrollen syftar till att skapa rättssäkerhet och likvärdiga bedömningar, resultatet har lett till åtgärder vilka planeras att följas upp under det kommande året.

Risikoförebyggande arbete och riskanalys

Risikanalys och barnkonsekvensanalyser har under året genomförts i enlighet med gällande rutin, exempelvis inför öppning av träningsboendet Lyktan i samverkan med rektor för närliggande förskolor, samt vid andra förändringar inom verksamhetsområdet som uppstart av koordinatorteam.

Avvikelser, synpunkter och klagomål Individ- och familjeomsorg

Avvikelser

Under våren deltog enhetschefer i en intern utbildningsinsats i avvikelshantering på socialförvaltningen, därefter har hanteringen av avvikelser bedrivits mer systematiskt. Från hösten har en förändring införts gällande kvalitetsråd, verksamheten har gått från ett kvalitetsråd som berör hela området till kvalitetsråd på varje enhet. Syftet är att ytterligare anpassa avvikelse- och kvalitetsarbetet till enheternas specifika behov, samtidigt som medarbetarnas delaktighet i dessa processer stärks.

Resultat och åtgärder

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Den största andelen avvikelser är inom området handläggning och dokumentation, bakomliggande orsaker har identifierats till efterlevnad av rutiner. Åtgärder som har vidtagits är utbildningsinsatser inom handläggning och dokumentation, metoddagar samt revidering av styrande dokument.

Synpunkter och klagomål

Inkomna synpunkter och klagomål har mestadels berört handläggning och dokumentation. Åtgärder har genomförts genom systematiskt kvalitetsarbete med genomgång av rutiner, uppdatering av rutiner och utbildningsinsatser inom handläggning och dokumentation.

Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar Individ och familjeomsorg

Svarsfrekvensen för brukarundersökningen via SKR inom individ- och familjeomsorg har varit relativt låg men stabil, med en variation mellan 28 och 34 procent under perioden 2022–2025. Antalet inkomna svar har däremot ökat märkbart, från 31 svar 2023 till 101 svar 2025. Brukarnas omdömen är generellt positiva; indikatorerna helhetssyn, kontakt och tydlig information har under hela perioden uppvisat ett resultat över 80 procent. Områdena förståelse och inflytande visar 2025, liksom tidigare år, höga resultat. Andelen som upplever förbättrad situation har ökat markant, från 49 procent 2022 till cirka 78 procent 2025.

Nedan redovisas övergripande trender för barn och unga samt resultat från Öppna jämförelser för vuxna.

Brukarundersökningar och öppna jämförelser Barn och unga

- Ökning av psykisk ohälsa och suicidförsök, särskilt bland flickor.
- Ekonomisk utsatthet, andelen barn i socioekonomisk utsatthet har inte ökat.
- Utsatthet för våldsbrott minskar tydligt.
- Förskoleinskrivning är stabilt hög, vilket är positivt.
- Unga som varken arbetar eller studerar minskar något, men är fortsatt en utmaning.
- Andelen vårdnadshavare som upplever att situationen förbättrats genom kontakten med individ- och familjeomsorgen har varierat de senaste åren. Efter en nivå på 60 procent 2021 sjönk resultatet till 49 procent 2022, men ökade därefter till 79 procent

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

2023. Under 2024 och 2025 har andelen legat stabilt högt, på 75 procent respektive 78 procent.

- Andelen handläggare med socionomutbildning och minst ett års erfarenhet av barn utredningar har varierat mellan 77,5 och 88,6 procent under perioden 2021–2024, med en nedgång efter 2021 men en viss återhämtning 2024.

Öppna jämförelser Vuxen

Öppna jämförelser ger en samlad bild av kvalitet, utveckling och behov inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Under 2025 har jämförelserna omfattat ekonomiskt bistånd, missbruk och beroende, socialpsykiatri, funktionshinder LSS, våld i nära relation samt hemlöshet. Redovisningen nedan fokuserar på utvecklingen i förhållande till resultatet från 2024 inom några särskilt utvalda områden.

Under området kunskapsbaserad verksamhet ingår bland indikatorerna *Bostads först* och att ta *tillvara enskildas uppfattning för verksamhetsutveckling*.

När det gäller indikatorn Bostads först visade 2024 års öppna jämförelser ett positivt resultat då modellen befann sig i ett införandeskede. Under 2025 har arbetet utvecklats genom att en samverkansrutin etablerats tillsammans med Lulebo, vilket lett till att fem personer, både kvinnor och män, har beviljats insatsen och tilldelats lägenhet.

Indikatorn som avser att ta *tillvara enskildas uppfattningar för verksamhetsutveckling* bedömdes under 2024 som delvis uppfylld genom att utvärderingar genomförts efter avslutad kontakt med förebyggande verksamheter. Ett utvecklingsområde som identifierades var uppföljningsmetoden Individbaserad systematisk uppföljning, ISU. Under 2025 har kunskapshöjande insatser genomförts då enhetschefer och specialistsocionomer har deltagit på utbildning i ISU, metoden planeras implementeras och användas under kommande år för att följa upp införandet av nya socialtjänstlagen.

Avseende *tillgänglighet* rörde 2024 års indikatorer bland annat uppsökande verksamhet för personer som riskerar att förlora sitt boende, särskilt personer med psykiatrisk funktionsnedsättning och samsjuklighet. Resultatet identifierade då att fastställd arbetsform saknades. Under 2025 har ett arbete pågått både internt och tillsammans med Lulebo samt Infrastruktur och service för att utveckla en arbetsform, arbetet fortsätter under kommande år.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Socialpsykiatri, stöd och assistans

Socialpsykiatri, stöd och assistans verkställer insatser till målgrupper med funktionsnedsättning och personer med missbruk- och beroendeproblematik. Inom området finns det olika boendeformer för målgruppen. Här finns också avlösar- och ledsagarservice samt personlig assistans

Genomförda förbättringsarbeten under året 2025

Inom hela verksamhetsområdet har samverkan intensifierats för att öka kunskapen om varandras verksamheter och uppdrag med målsättning att identifiera nya arbetssätt och kunna erbjuda medborgarna rätt insatser i rätt tid, lättgängligt och med ännu bättre service. För att nå målen har samordnare inom personligassistans, socialpsykiatri, gruppboende och ledsagning/avlösning gemensamt planerat och implementerat de åtgärder som identifierats inom respektive verksamhet.

Samverkan mellan samordnare har bidragit till ett övergripande perspektiv på bemanningsbehov och matchning av tillgängliga resurser. Ett resultat av samordnarnas samverkan är att flertalet medarbetare introducerats och sedan bokats för arbete i andra verksamheter, både vid korttidsfrånvaro och längre utlån av medarbetare. Detta har gett ökad kvalitet och kontinuitet för brukare i verksamheterna.

De kompetensutvecklingsinsatser som påbörjades 2024 har slutförts under året och samtliga medarbetare har deltagit i Yrkesresan, samt utbildning i IBIC, där dokumentationsombuden inom personlig assistans har varit utbildare för både personlig assistans och socialpsykiatrin.

Boendestöd

Under året har båda boendestödsteamerna genomfört ett omfattande kvalitetsarbete. Utifrån resultat från brukarenkäten, nya SoL och dess intentioner, socialnämndens mål och andra identifierade förbättringsområden har man tillsammans med medarbetarna tagit fram en framtidsplanering för boendestöd 2025 med tillhörande mål, aktiviteter och en övergripande handlingsplan. Denna plan omfattar det samlade kvalitetsarbete och ligger även till grund för planeringen av arbetsplatsträffar och teamträffar, inklusive temaarbeten och samverkan.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Under året har boendestöd fortsatt utveckla arbetet med genomförandeplaner, kvalitativa delmål och genomfört en planeringsdag med metoden ett självständigt liv (ESL) som tema. Medarbetarna har också påbörjat Yrkesresan och genomfört de delar som erbjudits.

Boendestöd har förnyat verksamhetens HBTQI+-certifiering och haft huvudansvar för att representera Luleå kommun på Pridefestivalen.

Ledsagar- och avlösarservice

Under året har teamet avvecklats och verksamheten har övergått till en modell där beslut verkställs enbart av uppdragstagare. Den tidigare teamstrukturen har ersatts av en samordnare med helhetsansvar för att rekrytera och matcha uppdragstagare samt säkerställa kvalitetsarbetet. Förändringen har lett till positiv feedback från brukare och anhöriga.

Det pågår även en inventering om behov av insatser enligt SoL för att bättre stödja och avlasta vårdnadshavare till barn med funktionshinder i syfte att kunna tillgodose målgruppens behov i ett tidigare skede. Det arbetet fortgår under 2026 och leds av enhetschef och samordnare inom ledsagar- och avlösarservice.

Personlig assistans

Arbetet med att utforma Vägledning för personlig assistans som påbörjades 2024 har slutförts under året, även en riktlinje för personlig assistans är framställd under året, likväl som informationsmaterial till brukare inför val av utförare och stöddokument för samverkan mellan personlig assistans och stöd i hemmet.

Socialpsykiatriboende SoL/LSS

Under året har utbildning via Yrkesresan påbörjats i verksamheterna för både medarbetare och enhetschefer, fortsättning planeras under kommande år.

Under föregående år påbörjades planering av utbildning; Specialpedagogiska perspektiv i mötet med personer med funktionsnedsättning (lågaffektivt bemötande) för medarbetare inom stöd och service, socialpsykiatri stöd och assistans samt utförare inom

missbruksverksamheten. Utbildningen som utförs av Luleå tekniska universitet (LTU) har genomförts med två grupper under våren 2025 och två grupper hösten 2025.

Inom socialpsykiatriboenden har intern omorganisation genomförts som omfattat några av verksamhetens boenden. Omorganisation genomfördes för att få liknande verksamheter under samma enhetschef för att öka förutsättningar för utveckling och kvalitetssäkring.

Under året har enhetschefer inom området genomfört samverkan med områdespoliser, vaktbolag och kommunens säkerhetssamordnare för att öka brukarnas trygghet inom verksamhetsområdet.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024

Utifrån brukarundersökningen 2024 har känslan av otrygghet i sitt boende varit del av egenkontrollen inom socialpsykiatriboende och boendestöd. Egenkontrollen har då omfattat att inhämta ytterligare information om de bakomliggande orsakerna till otrygghet i syfte att tillskapa åtgärder som aktivitet i handlingsplan.

Egenkontroll

Fokusområden för verksamhetsområdets egenkontroll har under 2026 varit efterlevnad till styrande dokument gällande genomförandeplaner, exempelvis att genomförandeplaner upprättats inom tre veckor efter verkställt uppdrag samt att genomförandeplaner är aktuella och följs upp. För 2026 planeras egenkontrollen att utvecklas till att följa upp hur arbetet med att formulera mål och delmål i genomförandeplan fortlöper.

Risikoförebyggande arbete och riskanalys

Inom verksamhetsområdet har flera risikoförebyggande arbeten genomförts.

Risikanalyser har exempelvis genomförts för att identifiera åtgärder relaterat till känslan av otrygghet i eget boende, som är en del av brukarundersökningens resultat. Därtill har rutiner för riskanalys används som verktyg i hot och våldssituationer för att öka tryggheten både för personal och den enskilde brukaren. Vid identifierade risker relaterat till hot och

våldssituationer har enhetschefer i området bildat arbetsgrupp för att undersöka vilka åtgärder som kan vara aktuella.

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Arbetsätt

Arbetet med avvikelshantering genomförs enligt rutin och följs upp via kvalitetsråd samt vid arbetsplatsträffar. Avvikelser tas upp med berörd personalgrupp för att utredas och åtgärdas om eventuella förändringar måste genomföras, vid behov genomförs arbetet i samverkan med andra professioner. Förutsättningarna till att sätt samla personalgrupper för att arbeta med medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet varierar och har identifierats skilja sig åt mellan ordinärt boende och särskilt boende inom verksamhetsområdet.

Resultat och analys

Den mest betydande förbättringen har noterats inom området självskada, vilket nu nästan har eliminerats. Identifierade nya riskområden omfattar hot och våld, bemötande samt fysisk miljö. Det finns behov av ytterligare analys kring genomförandet av insatser och åtgärder, liksom samverkan. Händelser relaterade till läkemedel och dokumentation uppvisar stabilitet, men fortsatt fokus rekommenderas.

Synpunkter & klagomål

Generellt har behov av utvecklingsarbete för att arbeta mer enhetligt inom verksamhetsområdet avseende att hantera synpunkter och klagomål identifierats. Det avser både när det inkommer synpunkter eller klagomål skriftligt eller muntligt till personal eller chefer, avsaknad av dokumentation kan tolkas som att inga ärenden har inkommit eller att det saknas vidtagna åtgärder. Det har dock identifierats att synpunkter och klagomål oftast åtgärdas direkt, men att det finns brister relaterat till den systematiska dokumentationen.

Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar

Verksamhetsområdets brukarundersökningar omhändertas och analyseras under kommande år. Baserat på resultat från 2024 har verksamhetsområdet under 2025 haft

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

trygghet som ett fokusområde och därtill har informationsmaterial till brukare och vägledning för personlig assistans fastställts samt åtgärder i form av utbildningar i bemötande och möjlighet att studera svenska på arbetstid.

Öppenvården vuxna har identifierat ett behov av att utforma en egen enkät för att göra brukarundersökningar, då området inte ingår i brukarundersökningen via SKR.

Verksamheten har identifierat det som ett utvecklingsområde för 2026.

Stöd och service

Verksamhetsområdet stöd och service riktar sig till barn och vuxna som har rätt till och behov av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Verksamhetsområdet verkställer beslut om korttidsboende, gruppboende och daglig verksamhet enligt LSS, samt sysselsättning enligt SoL.

Genomförda förbättringsarbeten under året 2025

För att förbättra chefers förutsättningar att leda och utveckla verksamheten genomfördes den första april en ny områdesfördelning. I och med den nya områdesfördelningen renodlades chefsansvaret för gruppboende och daglig verksamhet. Förutom att ge bättre förutsättningar syftar förändringen även till att ge en mer jämlik arbetsfördelning mellan chefer inom stöd och service.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024

Under 2024 sattes avancerad resursplanering (ARP) som är ett arbete för att möta det växande kompetensbehovet och går ut på att skapa en struktur för tätt samarbete mellan enhetschefer i så kallade ARP-grupper med en gemensam resursplanering. Samarbetet i grupperna har utvecklats positivt och har bidragit till effektiva arbetssätt. Däremot har den gemensamma resursplaneringen inte fungerat fullt ut, vilket beror på flera faktorer som identifierats under året. De huvudsakliga faktorerna att arbeta vidare med är att tillse att rätt grundbemanning är på plats och ett tätare samarbete med schemaplaneringen. Möten för detta är inplanerat på månadsbasis, utvärdering av införandet planeras för kommande år.

Egenkontroll

Arbetet med egenkontroll sker på tertialbasis. Egenkontrollen har bland annat visat att arbetet med social dokumentation behöver fortsätt behöver utvecklas och följas upp. Att fortsätta implementera arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) är identifierat som prioriterad åtgärd i syfte att skapa förutsättningar för att följa upp och arbeta med kvalité.

Riskförebyggande arbete och riskanalys

Inom arbetet med riskanalyser har det bland annat identifierats ett behov av fler platser inom daglig verksamhet och sysselsättning för att möta målgruppens behov. En åtgärd för att möta behovet är inledd samverkan med verksamhetsområde vård och omsorg, då arbetsuppgifter inom området har identifierats som lämpliga för målgruppen att utföra. Åtgärden är ett led i en förflyttning närmare arbetsmarknaden för deltagarna, samtidigt som den kan verka avlastande för vård och omsorg.

Avvikelse, synpunkter och klagomål

Arbetssätt och resultat

Arbetet med avvikelser sker systematiskt genom dialog på kvalitetsråd och arbetsplatsträffar där även rapporter om missförhållanden eller risk för missförhållanden diskuteras. Verksamhetsområdet har haft två rapporter om missförhållanden, i ett av dessa ärenden har personals anställning avslutats efter utredning.

Synpunkter och klagomål

Från och med 2025 har arbetssättet med synpunkter och klagomål förändrats i och med nytt systemstöd och reviderade styrande dokument. Under året har 11 synpunkter och klagomål registrerats och hanterats.

Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar

Brukarundersökningen för funktionshinderområdet syftar till att ge vuxna personer med insatser enligt LSS eller SoL möjlighet att uttrycka sina upplevelser av stödet och bidra till

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

verksamhetsutveckling. Undersökningarna genomförs från och med 2025 vartannat år och resultaten kommer i december. Andel brukare som svarat på undersökningen har minskat från föregående år. Daglig verksamhet LSS har minskat från 56 procent till 43 procent, gruppbostad LSS från 66 procent till 25 procent och sysselsättning SoL från 38 procent till 21 procent.

Analys

I resultatet från årets brukarundersökning har framför allt områdena "Delaktighet" och "Inflytande" analyserats, eftersom dessa även återfinns i de nationella jämförelserna. För delaktighet har frågan "Får du den hjälp du vill ha?" valts ut för djupare analys och för inflytande frågan "Får du bestämma saker som är viktiga för dig". Vad gäller inflytande har resultatet förbättrats i områdets alla tre verksamhetsdelar mot föregående år medan delaktighet har minskat. Resultatet kommer ligga till grund för kvalitetshöjande aktiviteter för kommande år. Frågor som speciellt ska utredas är vad orsaken till minskningen av deltagandet beror på och hur resultat gällande "delaktighet" kan förbättras.

Vård och omsorg

Inom verksamhetsområdet ingår verksamheter som verkställer insatser inom hemtjänst, nattpatrull, trygghetslarm, daglig verksamhet samt särskilt boende för äldre och tillfälliga insatser på korttidsboende.

Genomförda förbättringsarbeten under året 2025

Strategisk plan 2026–2028

Under 2025 har vård och omsorg tagit fram en strategisk verksamhetsplan. Planen sträcker sig över tre år, vilket skapar förutsättningar för långsiktig utveckling, stabilitet och systematiskt förbättringsarbete. Planen är framtagen utifrån identifierade utmaningar som ökad andel äldre, kompetensbrist och krav på ekonomisk hållbarhet, och den knyter an till kommunens övergripande mål om ett attraktivt och hållbart Luleå.

Planen innehåller tre huvudmål som ska vägleda verksamheten:

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

- Ett värdigt liv och välbefinnande för äldre – genom individanpassade insatser, respektfullt bemötande och förebyggande arbete ska äldre uppleva trygghet, delaktighet och meningsfullhet i vardagen.
- Stärkt kompetensförsörjning – säkerställa rätt kompetens på rätt plats genom strategisk rekrytering, introduktion, kompetensutveckling och ett aktivt arbetsmiljöarbete.
- God hushållning och ekonomisk hållbarhet – resurser ska användas effektivt genom optimerade arbetssätt, digitalisering och välfärdsteknik, utan att kompromissa med kvalitet eller trygghet.

Varje mål kompletteras med kvalitetsmål och indikatorer som följs upp under året. Arbetet dokumenteras i beslutsstödet Hypergene och ger underlag för analys, åtgärder och lärande. Den nya planen syftar till att arbeta mer proaktivt och långsiktigt, samtidigt som man behåller flexibilitet att justera vid förändrade behov. På så sätt skapas förutsättningar för en äldreomsorg som är trygg, hållbar och anpassad för framtidens krav.

Digital hemtjänst

Digitala tillsynsbesök via surfplatta kan stärka den enskildes förmåga att bo kvar hemma längre, förbättra omsorgen, öka personalkontinuiteten och tryggheten för brukaren, samtidigt som resursanvändningen effektiviseras. Pilottester i fyra hemtjänstgrupper under hösten 2025 har gett gott resultat och planering för breddinförande pågår, vilket beräknas vara genomfört i april 2026. Målet är att nyttja digitaliseringens och teknikens möjligheter samt hitta mindre personalkrävande arbetssätt och erbjuda medborgare ändamålsenliga insatser med god kvalitet utifrån synsättet digitalt först – fysiskt när det behövs.

Inom hemtjänsten pågår även införandet av digitala läsbara medicinskåp med digitala nycklar i brukarnas hem i syfte att förbättra säkerhet, effektivitet och medicinhantering. Implementeringen bedrivs som ett projekt och beräknas vara klar under första kvartalet av 2026.

Antibiotikasmart Sverige

På Bergstadens vård och omsorgsboende inleddes under 2025 ett arbete för att bli en diplomerad antibiotikasmart verksamhet. Folkhälsomyndigheten leder arbetet som syftar till att stötta arbetet med smittförebyggande åtgärder genom att stimulera ett kontinuerligt och

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

systematiskt förbättringsarbete. Bergstaden har deltagit i nätverksträffar och bedrivit förbättringsarbete för att uppnå de kriterier som krävs. Ansökan om diplomering kommer att skickas in inom kort och i mars 2026 förväntas diplomeringen ske.

Utvärdering av Kronans vård och omsorgsboende

För att åtgärda bristerna som utvärderingen av Kronan har identifierat har verksamheten inlett ett omfattande förbättringsarbete. Bland åtgärderna finns ökat nära ledarskap, förtydligade av roller, planeringsdagar för stödpersonsuppdraget och en årsplan för styrande dokument. Socialförvaltningen har beslutat om riktade satsningar på kompetensutveckling, införande av läkemedelsautomater och översyn av organisation och schemaprocess. Boende, anhöriga och fackliga representanter involveras aktivt i utvecklingsarbetet för att säkerställa att åtgärderna ger effekt. Fokus framåt är att skapa stabila arbetsgrupper, höja kompetensen och att arbeta systematiskt med kvalitetsuppföljning för att återställa förtroende och säker vård.

Teamledare

Under 2025 infördes en ny roll – teamledare – på Kronans och på Bergvikens vård- och omsorgsboende i syfte att höja kvaliteten i vård och omsorg samt stärka arbetsmiljön. Bakgrunden är ökade krav på kompetens och patientsäkerhet i takt med att brukarna är allt sjukare och personalresurserna begränsade. Projektet är en del av Luleå kommuns mål att erbjuda trygg, personcentrerad omsorg och vara en attraktiv arbetsgivare.

Syfte och mål:

- Ökad kvalitet i omvårdnaden och förbättrad upplevelse av trygghet, förtroende och gott bemötande för brukare och anhöriga.
- Stöd och handledning för nya medarbetare.
- Minskade avvikelser, ökad trivsel och lägre personalomsättning.

Teamledarens roll:

Teamledaren är undersköterska eller specialistundersköterska med ledaregenskaper och ansvarar för två avdelningar. Uppdraget omfattar handledning, stöd i dokumentation,

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

fördelning av arbetsuppgifter samt att driva kvalitetsförbättringar i dialog med enhetschef. Teamledaren fungerar som en förebild och arbetar personcentrerat tillsammans med kollegorna.

Projektet pågår till november 2026 med löpande uppföljning av mätetal såsom avvikelser, trycksår, enkätresultat (bemötande, trygghet, aktiviteter), personalrörlighet och sjukfrånvaro.

Nutritionprojekt

Under året har Baldersgårdens vård- och omsorgsboende deltagit i ett utvecklingsprojekt med syfte att stärka arbetet mot undernäring hos äldre. Projektet omfattade att testa nya digitala arbetssätt som kunde hjälpa verksamheten att samla data, ge en tydlig överblick över nutritionen och varna vid risker för undernäring. Projektet har bidragit till att arbetssätt med digitala rullstolsvågar kommer behållas och användas för viktregistrering, erfarenheter om att digitala lösningar kan ge stora vinster i arbetet med att förebygga undernäring, men också att tekniska lösningar måste vara användarvänliga och integreras i verksamhetens rutiner. Detta då ansvarsfördelning, brister i systemet och att den erbjudna lösningen krävde många manuella moment vilket inte bedöms som tidseffektivt. Lärdomarna kommer användas för att utveckla ett mer hållbart arbetssätt som möter verksamhetens behov.

Resultat av förbättringsarbeten som beskrevs i kvalitetsberättelse 2024

I mars 2025 trädde organisationsförändringen Framtidens stöd i hemmet i kraft. Genom att tydliggöra enhetschefer, planerares och baspersonals uppgifter och ansvar skapades förutsättningar att uppnå mer jämställda och jämlika insatser, ökad stabilitet, trygghet och samverkan, förbättrat ekonomiarbete, ökad kvalitet och service till Luleå kommuns medborgare, och skapa förutsättningar för ökad användning av välfärdsteknik och nya arbetssätt. Målet med Framtidens stöd i hemmet är också att enhetschefer förutsättningar att jobba med ett nära ledarskap och systematiskt kvalitetsarbete förbättras. Under 2025 har implementering av arbetssättet pågått. Planerare har fått nya arbetsuppgifter och har haft utbildning och stöd av enhetschefer. Arbetet har kommit olika långt i olika grupper, beroende på individuella förutsättningar och nyrekryteringar. Planerade utbildningsinsatser är genomförda. Planen är att samtliga grupper ska vara i mål med det nya arbetssättet under början av 2026. Under året kommer samverkan vara i fokus för att kvalitetssäkra brukarnas insatsplanering.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Egenkontroll

Under 2025 har både särskilt boende för äldre och stöd i hemmet arbetat utifrån åtgärdsplaner baserade på egenkontrollresultat från 2024. Fokus har legat på områden som social dokumentation, genomförandeplaner, avvikelshantering, vårdhygien, delegeringsrutiner och praktisk professionell planering (PPP).

Höstens egenkontroller visade blandade resultat:

Positivt: Förbättringar inom vårdhygien, fast omsorgskontakt (FOK), delegeringsrutiner och rengöring av hjälpmedel.

Utmaningar: Brister i dokumentation, genomförandeplaner och kontinuitetsplaner vid teknikstörningar.

Planerade aktiviteter för 2026 är att främst fokusera på uppdaterade genomförandeplaner, förbättrad dokumentation och stärkt digital kompetens. Vårdhygien, riskbedömningar och avvikelshantering prioriteras också, liksom utbildning i informationssäkerhet och brandskydd.

Risikförebyggande arbete och riskanalys

Under 2025 har verksamheterna intensifierat arbetet med att stärka det risikförebyggande arbetet och implementera gällande styrande dokument för processen. Arbetet har omfattat både generella riskanalyser vid större förändringar och individuella riskbedömningar för brukare. Inför omorganisationer och införande av nya roller, som teamledare, har riskanalyser genomförts enligt fastställda rutiner, där berörda professioner involverats för att fånga upp synpunkter och minimera risker. Parallellt pågår ett fortsatt arbete med att revidera och utveckla förebyggande riskbedömningar för brukare, med fokus på att identifiera och åtgärda risker innan incidenter uppstår.

Trots framsteg finns utmaningar kvar. Arbetet med individuella riskbedömningar behöver bli mer systematiskt, och dokumentationen samt uppföljningen av riskanalyser behöver förbättras för att säkerställa att vidtagna åtgärder ger önskad effekt.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Arbetsätt

Under 2025 har avvikelshantering följts upp kontinuerligt på flera nivåer, med dagliga genomgångar, månatliga kvalitetsråd och övergripande avvikelseanalys på enhetsnivå varje månad.

Resultat och åtgärder

Särskilda insatser har genomförts för att minska läkemedelsrelaterade avvikelser, bland annat förbättrade rutiner för insulingivning, utbildning i läkemedelshantering och återkallade delegeringar vid misskötsamhet. Följsamhet till rutiner för avvikelshantering har stärkts, men fortsatt utveckling av analysarbetet behövs för att identifiera bakomliggande orsaker och förbättra arbetssätt.

Synpunkter och klagomål

Hantering av synpunkter och klagomål har utvecklats under året. Alla inkomna klagomål har hanterats skyndsamt med återkoppling till berörda, och flera har lett till konkreta förbättringar, exempelvis ökad nöjdhet hos anhöriga efter dialogmöten. Utmaningar kvarstår kring registrering av muntliga synpunkter och behovet av tydligare rutiner och utbildning för enhetlig dokumentation. Inför 2026 planeras informationsinsatser och regelbunden analys av inkomna synpunkter för att identifiera trender och förebygga återkommande problem.

Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar

De kvalitets- och brukarundersökningarna som varit aktuella under året inom vård- och omsorg är vad tycker äldre om äldreomsorgen, kvalitetsfrågor, anhörigenkät, hemtjänstindex, punktprevalensmätning (PPM), kommunens kvalitet i korthet (KKiK) och enhetsundersökningen. För utförligare beskrivning av resultatet se bilaga 2.

Under 2025 visar resultaten från kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen i Luleå kommun tydliga styrkor, men också utvecklingsområden som är gemensamma för både hemtjänsten

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

och vård- och omsorgsboenden. Bemötandet fortsätter att vara en av de viktigaste indikatorerna på verksamheternas kvalitet. Inom hemtjänsten upplever 95 procent av de äldre ett gott bemötande, vilket ligger i nivå med riket, och även inom vård- och omsorgsboenden är bemötandet och förtroendet för personalen fortsatt högt, med resultat i nivå med rikssnittet.

Den positiva utvecklingen märks även i att Luleå klättrat kraftigt i Hemtjänstindex, där Luleå kommun gjort en stor klättring från plats 210 till 83, och nu placerar sig över medel nationellt, främst tack vare digital utveckling och goda resultat i brukarundersökningen.

Samtidigt visar året att trygghet och delaktighet behöver prioriteras. Inom hemtjänsten visar brukarundersökningen, vad tycker äldre om äldreomsorgen att tryggheten i hemmet minskat från 87 till 81 procent och den sammantagna nöjdheten sjunkit från 84 till 81 procent. Endast 49 procent upplever att de får information vid förändringar, vilket är tydligt lägre än rikets nivå och ett av årets mest framträdande utvecklingsområden. Verksamheten har genomfört insatser för att förbättra detta, bland annat genom att förtydliga planerarens ansvar att kontakta brukare vid schemaändringar. Det finns även en viss positiv rörelse i delaktighet, då fler upplever att personalen tar hänsyn till önskemål och att de i något högre grad kan påverka tider, men nivåerna är fortfarande under rikets resultat. Tillgänglighet och flexibilitet fortsätter att vara utmaningar, liksom personalomsättning, kontinuitet och kompetensförsörjning, där andelen undersköterskor är lägre än riksgenomsnittet.

Inom vård- och omsorgsboenden visar brukarundersökningen att bemötande och förtroende är fortsatt starka områden, medan tryggheten ligger något under rikssnittet. Måltiderna upplevs som en trivsam stund av en högre andel än i riket, och allt fler känner till vart de kan vända sig med synpunkter och klagomål. Samtidigt framträder tydliga utvecklingsområden som påverkar helhetsintrycket negativt. Endast 41 procent är nöjda med aktiviteter och endast 30 procent upplever möjligheten att komma utomhus som god, vilket är betydligt lägre än rikets nivåer. Sammantagen nöjdhet har minskat från 78 till 74 procent, och anhöriga lyfter behov av förbättrad återkoppling, fler aktiviteter, bättre städning och ökad kontinuitet i bemanningen. Språkliga hinder och varierande bemötande vid vikariat är återkommande utmaningar. Samtidigt lyfts trygg miljö, god omvårdnad och engagerad personal fram som betydande styrkor, och flera anhöriga beskriver en positiv utveckling över tid.

Flera av kvalitetsmätningarna visar en liknande utvecklingsbild. PPM-mätningarna visar att följsamheten till basala hygienrutiner överlag är god, men att vissa moment, behöver stärkas

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

ytterligare. Enhetsundersökningen visar att Luleå har rutiner för centrala områden såsom hantering vid försämrat allmäntillstånd, när brukare inte öppnar dörren, misstanke om undernäring eller våld, samt samverkan med hälso- och sjukvård. Dock visar enhetsundersökningen både för hemtjänst och vård- och omsorgsboende att andelen aktuella genomförandeplaner är längre än riket.

Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) visar att väntetiden till vård- och omsorgsboende har förbättrats tredje året i rad, från 147 dagar 2023 till 87 dagar 2025, men nivån är fortfarande hög i nationell jämförelse.

Anhörigenkäten och dialogen med anhöriga förstärker bilden av både styrkor och utvecklingsområden. Anhöriga beskriver personalens bemötande, tryggheten och omvårdnaden som verksamheternas mest framträdande styrkor. Samtidigt efterfrågar många bättre tillgänglighet, särskilt under kvällar och helger, samt förbättrad återkoppling och planering. I hemtjänsten lyfts även behovet av minskade personalbyten och stärkt kompetens inom demens och språk.

Bilaga 1 - Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar hälso- och sjukvård

De kvalitets och brukarundersökningarna som varit aktuella under året inom hälso- och sjukvård är palliativregistret, senior alert, öppna jämförelser, anhörigenkäten och enkäten Hälso- och sjukvård i hemmet (kontakt med sjuksköterska).

Palliativregistret

I det svenska palliativregistret, som är ett nationellt kvalitetsregister, registreras samtliga dödsfall utifrån ett antal frågeställningar i en dödsfallsenkät. Inrapporterat data i enkäten omvandlas till statistik som möjliggör för verksamheter att följa olika kvalitetsindikatorer över tid. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slut.

Övergripande resultat för alla åldersgrupper och utan uppdelning per kön visar på bibehållna eller något ökade värden på kvalitetsindikatorerna jämfört med året innan. Ökad andel ses exempelvis för andel personer med mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Ett par indikatorer ligger omkring eller något över målvärdet medan flera andra har en bit kvar till målvärdet exempelvis andel med dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan.

Bakomliggande orsaker till resultatet bedöms exempelvis vara att munhälsobedömning inte alltid dokumenteras trots att enklare munhälsobedömningar utförs. Möjliga förklaringar är att det kan behövas mer utbildningsinsatser samt att anhöriga ofta själva vill utföra munvård för den närstående. Rutin för extravak vid livets slutskede reviderades under året och i denna förstärktes vikten av att nationellt vårdprogram för palliativ vård följs, där det bland annat fastslås att ingen människa ska behöva dö ensam. Detta kan vara en möjlig bidragande förklaring till resultatet.

Andra genomförda åtgärder under 2025 har varit träffar arrangerade av palliativa gruppen och att palliativa utbildningar har hållits under året. Planerade åtgärder för 2026 är att resultatet analyseras i sin helhet av palliativa gruppen och övriga sjuksköterskor och att förslag tas fram utifrån analysen.

Senior alert

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Senior alert är ett kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja arbetet med vårdprevention inom exempelvis områdena för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Arbetet med Senior alert innebär att riskbedömningar görs på brukare/patienter och utförs inom alla verksamhetsområden. Arbetet innebär även att bakomliggande orsaker identifieras vid risk samt att åtgärdsplaner upprättas och följs upp. Delaktighet i det vårdpreventiva arbetet behövs från hela teamet.

Resultat från Senior alert inom vård- och omsorgsboenden inklusive omsorgsboende LSS visar en ökning av antalet unika brukare/patienter som riskbedömts jämfört med året innan. 870 (834*) unika brukare/patienter har riskbedömts och registrerats under 2025. Resultatet visar att arbetssättet är väl implementerat inom många enheter men att det finns utrymme för förbättring bland annat gällande åtgärdsplaner och uppföljning av insatta åtgärder.

Inom hemsjukvården noteras att den ökning som sågs föregående år har bibehållits. 177 (173*) unika brukare/patienter har riskbedömts under året. Arbetet med riskbedömningar och alla ingående moment behöver öka. En planerad åtgärd under det kommande året är en ny informationssatsning till sjuksköterskor, något som tidigare gett gott resultat.

Inom stödboende och socialpsykiatri noteras en fördubbling av antalet registrerade genomförda riskbedömningar till 12 (6*).

Under året har Senior alert diskuterats på arbetsplatsträffar samt på gemensamma teamträffar, vilket behöver fortsätta även nästa år. Inom sjuksköterskeenheten lyfts vikten av följsamhet regelbundet och inom korttidsverksamheten har en checklista införts. Rutin för registrering i kvalitetsregister behöver bli mer känd. En planerad åtgärd för 2026 innefattar analys av resultatet på enhetsnivå för att kunna rikta insatser där förbättringsutrymme finns.

**Data för 2025 hämtad från Senior alert 2025-12-30. 2024 års resultat inom parentes.*

Öppna jämförelser

Den kommunala hälso- och sjukvården har ett positivt resultat för flertalet indikatorer men också identifierade utvecklingsområden. Inom kategorin "Säker" noteras att det finns handlingsplan och regelbundna möten för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Resultatet visar i likhet med många andra kommuner att riskbedömningar görs som ett led i

vårdprevention. Ett utvecklingsområde, som delas med många andra kommuner, är fortsatt patientmedverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultatet inom kategorin "Tillgänglig" visar också att det liksom för de flesta andra kommuner finns överenskommelser för samverkan med andra aktörer inom olika områden. Även att multiprofessionella team erbjuds. Dock finns också professioner som inte är representerade i teamen exempelvis kurator, psykolog och logoped. Utbildningsinsatser genomförs men liksom för många andra kommuner visar kategorin "Kunskapsbaserad" att det saknas en övergripande kompetensutvecklingsplan för olika områden. I enlighet med föregående år visar resultatet när det gäller fallskador och frakturer i höft och lår i både ordinärt och särskilt boende, att det behövs ett fortsatt fallförebyggande arbete.

Åtgärder som vidtagits under året utifrån resultatet av Öppna jämförelser är bland annat arbetet med att ta fram en övergripande kompetensutvecklingsplan för hälso- och sjukvårdens olika yrkeskategorier. Planen beräknas färdigställas under kommande år. Hälso- och sjukvården framhåller vikten av att det sker ett omtag kring fallförebyggande arbetssätt inför nästa år, vilket behöver ske i samverkan med andra verksamhetsområden.

Anhörigenkäten

Anhörigenkäten visar sammantaget på behov av tydligare information, kontaktvägar och samordning, särskilt kring hälsoförändringar och rehabilitering. Samtidigt upplevs också tillgänglighet, professionellt bemötande och god samverkan vara styrkor som skapar trygghet.

Anhörigträffar har hållits både inom ordinärt boende och inom vård- och omsorgsboende. Synpunkter omhändertas och handlingsplaner har tagits fram vid behov.

Enkäten Hälso- och sjukvård i hemmet (kontakt med sjuksköterska)

Enkäten "Hälso- och sjukvård i hemmet (kontakt med sjuksköterska)" bygger på trygghetsskapande samtal mellan vårdpersonal och patient utifrån färdiga frågor med syftet att inhämta patienters upplevelse av vården i hemmet relaterat till kontakt med sjuksköterska. Ett flertal geografiska områden inkluderas. Innehållet i frågorna har i år omarbetats för att bättre passa lokala behov men fokuserar liksom tidigare bland annat på patientens upplevelse av trygghet, delaktighet och tillgänglighet. Enkäten genomförs under

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

december 2025. Resultatet kommer därefter att analyseras och utgöra underlag för systematiskt förbättringsarbete under det kommande året.

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Bilaga 2 - Kvalitetsundersökningar och brukarundersökningar Vård- och omsorg

Vad tycker äldre om äldreomsorgen

Hemtjänst

Bemötandet i hemtjänsten ligger kvar på en hög nivå, 95 procent nöjda, i nivå med riket, vilket är en styrka för verksamheten. Däremot har tryggheten hemma med hemtjänst minskat från 87 procent 2024 till 81 procent, och den sammantagna nöjdheten från 84 procent 2024 till 81 procent. Information vid tillfälliga förändringar är ett tydligt utvecklingsområde. Endast 49 procent av de äldre upplever att personalen informerar vid förändringar, vilket är en minskning från 51 procent 2024 och ligger klart under rikets nivå på 59 procent. Verksamheterna har under året gjort insatser för att förbättra detta, bland annat genom att tydliggöra planerarens uppdrag att kontakta brukare och meddela förändringar i planeringen.

På flera punkter närmar sig Luleå rikets nivå: fler upplever att personalen tar hänsyn till deras önskemål, ökning från 81 procent 2024 till 84 procent (riket 85 procent), och möjligheten att påverka tider, ökning från 44 procent 2024 till 47 procent (riket 53 procent).

Vård och omsorgsboende

Brukarundersökningen 2025 visar att Luleås vård- och omsorgsboenden har fortsatt starka resultat i bemötande och förtroende, men att tryggheten ligger något under riksnivån.

Bemötandet från personalen bedöms som gott av 91 procent av de svarande, och 82 procent känner förtroende för personalen – båda siffrorna i nivå med rikets resultat. Tryggheten är god men lägre än riksgenomsnittet: 83 procent jämfört med rikets 86 procent. Måltiderna upplevs som en trevlig stund av 68 procent, vilket är något över rikets nivå.

Utvecklingsområdena är tydliga. Endast 41 procent är nöjda med aktiviteter och 30 procent upplever att möjligheterna att komma utomhus är bra, vilket är betydligt lägre än rikets nivåer (60 procent respektive 59 procent). Möjligheten att påverka tider, 47 procent, upplevelsen av tillräcklig tid, 64 procent, är också lägre än riksgenomsnittet.

Helhetsnöjdheten har minskat från 78 procent 2024 till 74 procent 2025. För att höja helhetsintrycket behöver fler och mer varierade aktiviteter, ökad möjlighet till utevistelse och stärkt inflytande i vardagsplanering prioriteras.

Det finns områden som utvecklats i positiv riktning. Andelen som vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål har ökat från 44 procent 2024 till 48 procent 2025, vilket nu ligger över rikets nivå, 46 procent. Förtroendet för personalen, 82 procent nöjda och möjligheten att få kontakt med personalen vid behov, 79 procent, har hållits oförändrat på en hög nivå. Dessutom ligger Luleå fortsatt över rikets nivå när det gäller att uppleva måltiderna som en trevlig stund 68 procent jämfört med rikets 66 procent. Analys av denna positiva trend visar att informationsinsatser och bemötandearbete gett effekt – ett område att fortsätta utveckla och synliggöra. Även kontakt med sjuksköterska fungerar fortsatt väl och ligger i nivå med riket.

Sammanfattningsvis är bemötande och förtroende för personalen starka sidor, medan utvecklingsområdena handlar om trygghet, delaktighet och livskvalitet – särskilt aktiviteter, utevistelse och tydlig information vid förändringar. De förbättringar som gjorts inom delaktighet och inflytande är viktiga steg som minskar avståndet till rikets nivå och ger en grund att bygga vidare på.

Kvalitetsfrågor

Kvalitetsfrågorna inom stöd i hemmet som tidigare användes som ett komplement till brukarundersökningen genomfördes inte 2025. Syftet med dessa frågor var att ge ytterligare verktyg för att upprätta handlingsplaner som bibehåller eller förbättrar resultaten från Vad tycker äldre om äldreomsorgen. Vid en genomgång bedömdes frågorna inte uppfylla detta syfte, och därför valde verksamheten att inte genomföra dem. I stället har fokus legat på att använda resultaten från den nationella undersökningen och anhörigenkät för att identifiera förbättringsområden.

Kvalitetsfrågor till anhöriga på vård och omsorgsboende:

Under året kontaktades 593 anhöriga, en ökning från 527 föregående år. Anhöriga lyfter både styrkor och utvecklingsområden. Bemötandet beskrivs ofta som vänligt, respektfullt och professionellt, särskilt hos ordinarie personal, vilket skapar trygghet och förtroende. Samtidigt framkommer behov av förbättrad återkoppling, mer tid i samtal och bättre

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

informationsdelning. Språkförbistringar och variation i bemötande vid vikariat är fortsatt utmaningar. När det gäller boendet uppskattas trygg miljö, god omvårdnad och trivsamt utemiljö, men anhöriga efterfrågar fler aktiviteter, bättre städning och ökad kontinuitet i bemanning. Flera kommentarer visar på positiv utveckling över tid, vilket stärker tilliten till verksamheten.

Anhörigenkät

Anhörigenkäten 2025 ger en viktig kompletterande bild av hur anhöriga upplever kvaliteten. Under 2025 har insatser genomförts för att höja svarsfrekvensen, genom att komplettera den digitala enkäten som tillgängliggörs på Luleå kommuns hemsida med en analog som delas ut till anhöriga inom verksamhetsområdet.

Utmaningar gällande den digitala enkäten har identifierats i form av väldigt hög svarsfrekvens för en enhet inom stöd i hemmet. Behov finns att analysera reliabiliteten på dessa svar, eftersom svarsfrekvensen bedöms orimligt hög. För berörd enhet har anhörigas synpunkter inhämtats genom anordnade anhörigträffar under hösten i stället för att förlita sig på resultat i anhörigenkäten. Nedan redovisas därför stöd i hemmets resultat med berörd verksamhets svar undantagna.

- Vård och omsorgsboende, inklusive dagverksamhet och korttidsverksamhet: Svarsfrekvensen har höjts från 162 svar 2024 till 461 svar 2025. Anhöriga är mest nöjda med bemötande, trygghet och personalens engagemang. De upplever att miljön är trivsamt och att aktiviteter som erbjuds skapar värde. Samtidigt lyfts utvecklingsområden som kommunikation och återkoppling, bemanning och kontinuitet, språkliga hinder hos vissa vikarier, samt behov av fler aktiviteter och bättre grundläggande omvårdnad.
- Stöd i hemmet: Höjd svarsfrekvens från 29 svar 2024 till 145 svar 2025. Majoriteten är nöjda med bemötande och omsorgens kvalitet. Digital hemtjänst nämns som positivt. Utvecklingsområden är tillgänglighet, särskilt kvällar och helger, bristande återkoppling, hög personalomsättning och behov av bättre planering och delaktighet. Anhöriga efterfrågar också färre personalbyten för att skapa trygghet, samt förbättrad kompetens inom demens och språk.

Hemtjänstindex

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Luleå kommun placerar sig över medel nationellt i Hemtjänstindex och har gjort en stor klättring från plats 210 till plats 83. Denna förbättring beror främst på digital utveckling, där kommunen tagit stora steg under 2025, men också på förbättrade resultat i brukarundersökningen Vad tycker äldre om äldreomsorgen. Resultatet i Hemtjänstindex visar att hemtjänsten har en stabil grundstruktur och kvalitet jämfört med andra kommuner. Indexet bygger på fyra delområden:

Delindex 1 – Information

Luleå har en god position när det gäller information till medborgarna. Kommunen erbjuder tydlig information om tjänster, kontaktvägar och bistandsprocess via webbplatsen. Det finns även uppgifter om insatser och kostnader, vilket stärker transparensen. Utvecklingsbehov finns i att förtydliga tidsangivelser för bistandsbeslut och att utveckla "räknesnurra" till medborgare att själv kunna räkna ut preliminär kostnad för hemtjänsten.

Delindex 2 – Biståndshandläggning

Kommunen ligger i nivå med riket när det gäller att beslut anpassas efter individens behov och att personalen har tillräckligt med tid. Däremot är andelen handläggare med socionomexamen låg. Flexibilitet inom ramen för bistandsbeslutet är ett styrkeområde, men förenklad bistandsbedömning saknas.

Delindex 3 – Utförande

Utförandet är den största delen av indexet och här har Luleå en stark position i bemötande och trygghet:

Nästan alla brukare upplever respektfullt bemötande och hänsyn till integritet.

Majoriteten känner sig trygga och har förtroende för personalen.

Utförandet av arbetsuppgifter bedöms som bra och bemötandet är i topp jämfört med riket.

Utvecklingsområden inom utförande:

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

Luleå ligger under riksgenomsnittet för flexibilitet: få brukare kan påverka besökstider och få besked vid schemaändringar.

Tillgänglighet till personal är lägre än riket, vilket påverkar serviceupplevelsen.

Kompetensförsörjningen är en utmaning: andelen undersköterskor är lägre än rikssnittet.

Delindex 4 – Stödfunktioner och kvalitetsarbete

Kommunen har etablerade rutiner för akuta avvikelser och samverkan med anhöriga, vilket är en styrka. Digitala lösningar som digitala lås och nattkameror används, men GPS-larm gäller endast boenden och inte hemtjänsten. Utvecklingsbehov finns i rutiner för våld, övergrepp och missbruk, där Luleå ligger under rikssnittet.

Samlad slutsats

Luleå har en stark placering nationellt tack vare gott bemötande, trygghet och tydlig information. För att behålla och stärka positionen bör kommunen prioritera:

- Flexibilitet och kommunikation i utförandet.
- Kompetensförsörjning med fler undersköterskor.
- Specialrutiner för utsatta situationer.
- Fortsatt utveckling av digitala stöd och räknesnurra på hemsidan.

Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Under 2025 har punktprevalensmätningar (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts både under våren och hösten inom vård- och omsorgsboenden samt stöd i hemmet. Resultaten visar en blandad utveckling.

Inom vård- och omsorgsboenden har följsamheten till handdesinfektion efter patientnära arbete och användning av handskar fortsatt ligga på en hög nivå, medan korrekt desinfektion före patientnära arbete minskade något från våren till hösten. Även följsamheten till klädregler har varit stabilt hög, med små variationer mellan mätningarna.

För stöd i hemmet syns en tydlig förbättring i handdesinfektion före arbete, som ökade från våren till hösten, medan efterarbete och handskanvändning behöll en god nivå. Däremot kvarstår utmaningar kring användning av engångsförkläde, där höstens resultat trots en viss förbättring fortfarande är lägre än önskat.

Sammantaget visar mätningarna att hygienarbetet är väl förankrat, men att vissa moment kräver fortsatt fokus och utbildning för att nå en jämn och hög följsamhet över tid. Inför 2026 planeras därför fortsatta PPM-mätningar, utbildningsinsatser och förstärkt stöd från hygienombud för att säkerställa en jämn och hög följsamhet över tid.

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är ett nationellt jämförelseverktyg som ger en översikt av kommunens kvalitet inom olika verksamheter. Under 2025 har KKiK genomgått en förändring där vissa nyckeltal har tagits bort för att öka jämförbarheten och minska uppgiftslämnarbördan. Ett av de mått som utgått är personalkontinuitet i hemtjänsten.

Det nyckeltal som fortsatt följs inom äldreomsorgen är väntetid till vård- och omsorgsboende. Väntetiden mäts som antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum. För 2025 är väntetiden 87 dagar, vilket är en förbättring jämfört med 96 dagar 2024 och 147 dagar 2023. Trots förbättringen är väntetiden fortfarande bland de längre av de 175 kommuner i landet som rapporterat väntetiden till KKiK, vilket gör att arbetet med att korta ledtider och öka tillgången till platser är fortsatt prioriterat. Kortast väntetid i riket är tre dagar och längst är 189 dagar, vilket visar på stora skillnader mellan kommunerna.

Enhetsundersökningen

Vid en jämförelse med jämförbara kommuner och riket visar enhetsundersökningen 2025 att Luleå inom hemtjänsten har lägre andel genomförandeplaner som bedöms som aktuella enligt undersökningens definition (uppdaterade senaste 6 månaderna, Luleå tillämpar 12

månader) samt lägre underskötersketäckning, särskilt på helger, medan personaltätheten är högre än jämförelserna.

Inom särskilt boende är andelen aktuella genomförandeplaner också lägre än riket och jämförbara kommuner, undersköterskeandelen något över jämförbara kommuner men under riket, och personaltätheten lägre än jämförelserna.

Undersökningen visar att Luleå har rutiner för centrala områden såsom hantering vid försämrat allmäntillstånd, när brukare inte öppnar dörren, misstanke om undernäring eller våld, samt samverkan med hälso- och sjukvård. Dessa rutiner är viktiga för trygghet och säkerhet och bör följas upp regelbundet för att säkerställa att de används i praktiken.

Bilaga 3 - Verksamheten i siffror

Verksamhetsstatistik	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Förändring 2024-2025
STÖD I ORDINÄRT BOENDE							
Antal brukare hemtjänst ny beräkningsmodell från 2024					1 365	1 391	26
SÄRSKILT BOENDE FÖR ÄLDRE	769	773	797	799	805	807	2
- antal bost/100 inv över 80 år	18	17	17	16	16	15	-1
Genomsnittlig boendetid	836	743	806	835	920	935	15
- kostnad (kr)/boende/år (uppg fr KPB)	670 323	687 081	765 770	766 135	804 834	873 810	68 976
SÄRSKILT BOENDE FÖR							
PSYKISKT							
FUNKTIONSNEDSÄTTA	86	85	83	85	82	72	-10
Varav boende enligt LSS	16	16	16	20	18	14	-4
Varav boende enligt SoL	70	69	67	65	64	58	-6
FUNKTIONSNEDSÄTTA LSS	249	251	251	238	237	250	13
Varav gruppbostad	198	198	197	190	180	190	10
Varav bostad med särskild	51	53	54	48	57	60	3
KOSTNAD KR / BOENDE / ÅR	742 975	716 396	777 036	886 111	974 364	922 696	-51 668
AVLÖSARSERVICE							
Antal personer	22	27	32	33	39	50	11
Beviljade timmar	5 829	5 829	7 142	7 786	7 066	13 130	6 064
LEDSAGNING							
Antal personer	42	35	36	28	25	22	-3
Beviljade timmar	9 377	8 879	7 098	6 270	5 985	6 148	163
DAGLIG VERKSAMHET / JOBBERKSAMHET							
Enligt LSS	410	402	409	400	385	390	5
Enligt SoL	324	322	334	328	328	330	2
	86	80	75	72	57	60	3
KORTTIDSHEM BARN / UNGA							
Antal personer	71	70	82	77	72	71	-1
STÖD I ORDINÄRT BOENDE, PSYKISKT							
Antal personer	187	174	188	185	213	209	-4
Beslutad tid	54 318	49 036	45 234	42 918	44 103	45 881	1 778

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter

**ANTAL BRUKARE MED
PERSONLIG ASSISTANS**

varav

- med SFB-beslut

- med LSS-beslut

201	194	191	182	172	171	-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

147	140	136	128	119	121	2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

54	54	55	54	53	50	-3
----	----	----	----	----	----	----

 Beslutad tid hos brukare med
SFB-besl, komm.utf.

 Beslutad tid hos brukare med
LSS-besl.

 Kommunalt betalansvar 20
första timmarna enl SFB

187 501	166 864	146 115	150 263	125 292	108 650	-16 642
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

175 293	172 884	187 039	195 994	196 926	193 331	-3 595
---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------

124 800	120 640	118 560	111 280	105 040	110 240	5 200
---------	---------	---------	---------	---------	---------	-------

Dokumenttitel: Kvalitetsberättelse 2025

Dokumentet gäller för: Socialförvaltningens alla verksamheter