



Granskning av nämnden för funktionsstöd

– verksamhetsåret 2025

2026-03-27



Missiv till nämnden för funktionsstöd

Revisorerna har avslutat granskningen av nämnden avseende verksamhetsår 2025.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden ansvarar också för att det finns tillräcklig intern kontroll. Revisorernas uppdrag är att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Granskning som har genomförts i nämnden under året presenteras i denna revisionsredogörelse. Av redogörelsen framgår de sakkunnigas iakttagelser och bedömningar.

Vi, förtroendevalda revisorer, hänvisar till de sakkunnigas redogörelse som grund för vårt uttalande till kommunfullmäktige. Vi ställer oss bakom de sakkunnigas bedömningar och rekommendationer som framgår av denna redogörelse.

Vi vill särskilt uppmärksamma nämnden på att årets granskning visar på allvarliga avvikelser i hur nämnden genomfört sitt grunduppdrag och i nämndens arbete med styrning, uppföljning och kontroll. Vi bedömer att nämnden på ett väsentligt sätt har brustit i sitt ansvar genom att den inte haft tillräcklig intern styrning och kontroll för att fånga upp allvarliga kvalitetsbrister i verksamheten. Dessa har dessutom pågått under lång tid.

Detta mot bakgrund av de allvarliga missförhållanden som under året framkommit vid ett boende med särskild service (BmSS) på Hundrårsgatan 32, våning tre. De boende har under flera år utsatts för systematisk vanvård och inte fått den vård och omsorg samt trygghet de har rätt till. Sedan boendets start 2021 har över 500 avvikelser rapporterats in. Bristerna har upprepats och åtgärder har inte gett effekt. Lagstiftningens krav på god kvalitet, respekt för den enskilde och god omvårdnad har därmed inte följts. Allvarliga missförhållanden har även identifierats vid andra BmSS under året.

Vi bedömer att bristerna är både väsentliga och allvarliga. Detta särskilt med tanke på att de boende tillhör en redan utsatt målgrupp som inte har samma förutsättningar som andra i samhället att hävda sina rättigheter. Det här rör sig om människor som behöver mycket stöd i sin vardag och som är helt beroende av nämndens insatser för att kunna tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Nämnden har därmed åsidosatt vad som åligger den enligt lag och har brustit i efterlevnad av det egna reglementet.

Vi bedömer att konsekvenserna av nämndens bristande styrning, uppföljning och kontroll har skadat såväl tredje part, det vill säga de boende till vilken verksamheten riktar sig till, som förtroendet för staden.

Trots att nämnden fick information om bristerna i början av året, dröjde det till i juni innan nämnden agerar för att komma till rätta med orsaken till att systematisk vanvård kunnat fortgå under flera år utan att tillräckliga åtgärder vidtagits. Även om nämnden vidtagit flera åtgärder under hösten förtar det inte faktum att ett mycket stort antal avvikelser och brist på systematik inte föranlett tillräckliga åtgärder förrän situationen uppmärksammats i media.

Mot bakgrund av de allvarliga brister vi funnit riktar vi kritik mot nämnden i form av **anmärkning**. Till följd av att kvalitetsbristerna är så pass allvarliga och omfattande och har pågått under längre tid föreslår vi kommunfullmäktige att **avstyrka ansvarsfrihet** för hela nämnden.

Följande rekommendationer lämnas:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att de boende i nämndens verksamhet får en god service och omvårdnad.

Nämnden rekommenderas att stärka den interna styrningen och kontrollen av verksamheten i bostäder med särskild service.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet uppfyller författningarnas krav.

Nämnden rekommenderas att stärka styrningen och uppföljning av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder.

Vi vill betona vikten av att nämnden vidtar lämpliga åtgärder med anledning av den kritik och de rekommendationer som lämnas i revisionsredogörelsen.

Med anledning av rekommendationerna vill vi också ha ett yttrande från nämnden. Av yttrandet ska det framgå vilka åtgärder som nämnden har gjort eller planerar att göra för att hantera de lämnade rekommendationerna.

Yttrandet ska skickas till stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se senast den 18 juni 2026.

Göteborg den 27 mars 2026

För revisorsgruppen,
enligt uppdrag

Jonas Ransgård
ordförande

Birgitta Adler
förtroendevald revisor, ersättare för vice
ordförande

Stadsrevisionens uppdrag

Stadsrevisionens uppdrag är att granska kommunens verksamhet. Granskningen sker på uppdrag av kommunfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnderna och kommunstyrelsen. Bland de förtroendevalda utser kommunfullmäktige även lekmanarevisorer. Lekmanarevisorerna ansvarar för granskningen av de bolag som kommunen äger.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsredogörelserna presenterar yrkesrevisorerna den granskning de har gjort på nämnderna och kommunstyrelsen. Revisionsredogörelserna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarar för nämnderna och lämnar sitt uttalande till kommunfullmäktige.

En del av de förtroendevalda revisorernas uppdrag består av att årligen granska och bedöma om Göteborgs Stads räkenskaper är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av ett upphandlat revisionsföretag, som är sakkunnigt biträde till de förtroendevalda revisorerna. Revisionsansatsen bygger på väsentlighetsbedömningar utifrån ett övergripande kommunperspektiv. Räkenskapsgranskningen utgår ifrån Standard för kommunal räkenskapsrevision.

Viss granskning rapporteras till kommunfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar alla stadsrevisionens redogörelser och rapporter på www.goteborg.se/stadsrevisionen, men du kan också beställa dem från revisionskontoret via stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se.

Diarienummer: SRV-2025-00078

Innehåll

1	Samlad bedömning	7
1.1	Rekommendationer	8
2	Grundläggande granskning	8
2.1	Ekonomi	9
2.2	Verksamhet	9
2.3	Intern kontroll	9
2.3.1	Intern kontroll i löneprocessen	10
2.4	Bedömning	11
3	Systematisk vanvård vid ett av nämndens boende	11
3.1	Förvaltningens organisation	12
3.2	Avvikelse har utretts som separata händelser	12
3.3	Allvarliga missförhållanden även vid andra boenden	13
3.4	Nämnden agerar först efter avslöjandet i Kaliber	13
3.5	Den externa granskningen visar på omfattande brister	14
3.6	Den interna granskningen visar också på liknande brister	15
3.7	Bedömning	15
4	Skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder	16
4.1	Granskningsresultat	17
4.1.1	Styrningen av arbetet med skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder	18
4.1.2	Egenkontrollerna har lett till ökad kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder	18
4.1.3	Flera exempel på förebyggande arbete och riskbedömningar	19
4.1.4	Utmaningar i arbetet	19
4.1.5	Samtycken saknades vid senaste egenkontrollerna men har åtgärdats	20
4.1.6	Saknas en samlad bild av avvikelser som rör tvångs- och begränsningsåtgärder	21
4.1.7	Uppföljning sker främst genom egenkontrollerna	21
4.2	Bedömning	22
5	Uppföljning av tidigare granskning	23
5.1	Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga	23
5.1.1	Åtgärder har vidtagits för att stärka styrning och uppföljning	24

5.1.2	Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta	24
5.1.3	Bedömning.....	25
5.2	Uppföljning av ekonomistyrning.....	25
5.2.1	Bedömning.....	26
5.3	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete.....	26
5.3.1	Bedömning.....	26
5.4	Uppföljning av våld i nära relationer	26
5.4.1	Bedömning.....	27
5.5	Uppföljning av kontroll och uppföljning av privata utförare	27
5.5.1	Bedömning.....	28

1 Samlad bedömning

Varje år granskar kommunens revisorer nämndens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- intern kontroll i löneprocessen
- systematisk vanvård vid ett av nämndens boende
- skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder
- uppföljning.

Revisionskontoret har faktaavstämt all granskning med förvaltningen.

Den samlade bedömningen, utifrån årets granskning av nämnden, är att verksamheten inte har bedrivits på ett ändamålsenligt sätt och att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig. Revisionskontorets bedömning är att nämnden på ett väsentligt sätt har brustit i sitt ansvar genom att den inte haft tillräcklig intern styrning och kontroll för att fånga upp allvarliga kvalitetsbrister i verksamheten.

Detta mot bakgrund av de allvarliga missförhållanden som framkommit under året på boendet med särskild service (BmSS) Hundraårgatan 32, våning tre. De boende har under flera år utsatts för systematisk vanvård och inte fått den vård och omsorg samt trygghet de har rätt till. Allvarliga missförhållanden har även identifierats vid andra BmSS under året. Nämndens fördjupade egenkontroller visar också att brister förekommer på flera andra boenden och verksamheter inom förvaltningen.

En extern granskning har dessutom identifierat att det finns mer generella brister i styrningen av förvaltningens verksamhet. Det brister på samtliga nivåer vad gäller styrning, uppföljning och kontroll. Det har inte funnits ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete, varför inte heller ansvar har utkrävts.

Att bedriva boende med särskild service tillhör nämndens grunduppdrag och enligt nämndens reglemente ansvarar nämnden för de uppgifter som ankommer på kommunen enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vi bedömer att bristerna är både väsentliga och allvarliga. Detta särskilt med tanke på att de boende tillhör en redan utsatt målgrupp som inte har samma förutsättningar som andra i samhället att hävda sina rättigheter. De är dessutom helt beroende av nämndens insatser för att de ska kunna leva som andra och tillförsäkras goda levnadsvillkor. Nämnden har därmed åsidosatt vad som åligger den enligt lag och har brustit i efterlevnad av det egna reglementet.

Trots att nämnden fick information om bristerna i början av året, dröjde det till i juni innan nämnden agerar för att komma till rätta med varför systematisk vanvård kunnat fortgå under flera år utan att tillräckliga åtgärder vidtagits. Vi ser dock positivt på de åtgärder som nämnden har vidtagit under juni–december.

Granskningen av nämndens arbete med att säkerställa att skyddsåtgärder används i enlighet med regelverket och att inte otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används visar att det finns utmaningar. Allvarliga missförhållanden där

boende utsatts för tvångs- och begränsningsåtgärder har som nämnts ovan förekommit under året. Samtidigt bedömer vi att nämnden har fokus på frågorna. Det genomförs utbildningar, det finns rutiner som används som stöd och det genomförs egenkontroller varje år.

Revisionskontorets bedömning vad gäller ekonomin, utifrån en översiktlig granskning, är att det ekonomiska resultatet är förenligt med reglemente, kommunfullmäktiges mål och riktlinjer.

Granskningen av den interna kontrollen inom löneprocessen visar att den bör stärkas.

Vår uppföljande granskning visar att nämnden har agerat för att förbättra verksamheten utifrån rekommendationer som lämnats tidigare år.

1.1 Rekommendationer

Utifrån årets granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att de boende i nämndens verksamhet får en god service och omvårdnad.
- Nämnden rekommenderas att stärka den interna styrningen och kontrollen av verksamheten i bostäder med särskild service.
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet uppfyller författningarnas krav.
- Nämnden rekommenderas att stärka styrningen och uppföljning av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder.

2 Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen syftar till att översiktligt bedöma nämndens ledning och styrning samt interna kontroll. Styrningen och kontrollen ska vara tillräcklig för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter.

Den grundläggande granskningen består av tre övergripande revisionsfrågor:

- Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
- Har nämnden genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt?
- Har nämnden sett till att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig?

Granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på nämndens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt.

2.1 Ekonomi

Nämnden ska se till att verksamheten drivs på ett ur ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Nämnden ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering. Vi har översiktligt granskat nämndens styrning av ekonomin samt dess ekonomiska uppföljning och rapportering.

Granskningen visar att nämnden har bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt, ur ekonomisk synpunkt. Granskningen visar vidare att nämnden har följt upp sin ekonomi kontinuerligt.

2.2 Verksamhet

Nämnden ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lag och författning samt enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt övergripande mål som gäller för samtliga nämnder och bolag. Flera nämnder och bolag har även tilldelats specifika uppdrag som ska genomföras. Vi har översiktligt granskat hur nämnden har genomfört sitt grunduppdrag och arbetat med fullmäktiges mål och uppdrag. Vi har även granskat nämndens protokoll och beslutsunderlag.

Granskningen visar på allvarliga avvikelser i nämndens verksamhet som handlar om hur nämnden genomfört sitt grunduppdrag. Enligt nämndens reglemente ansvarar nämnden för de uppgifter som ankommer på kommunen enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Revisionskontoret har under året uppmärksammat och särskilt följt nämndens hantering av bristerna som framkommit på Hundraårgatans boende med särskild service, se nedan.

Granskningen visar att nämnden i huvudsak har arbetat med de mål och uppdrag som fullmäktige har gett nämnden. Måluppfyllelsen och arbetet med fullmäktiges uppdrag har i huvudsak följts upp under året, i delårsrapporter och i årsrapporten.

Inga större avvikelser har noterats i nämndens hantering vid beslutsfattande. Vi har noterat att flera nämndledamöter valt att inte delta i nämndens beslut om budget för 2026. Vi vill påpeka att detta inte fräntar berörda ledamöter ansvaret för nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat i förhållande till nämndens budget för 2026.

2.3 Intern kontroll

Nämnden ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll och riskhantering inom väsentliga områden. Nämnden ska även följa upp och utvärdera detta arbete. Vi har översiktligt granskat nämndens interna styrning, uppföljning och kontroll.

Granskningen visar på allvarliga avvikelser i nämndens arbete med intern styrning och kontroll. Revisionskontoret har under året uppmärksammat och

särskilt följt nämndens hantering av bristerna som framkommit på Hundraårgatans boende med särskild service, se nedan.

Granskningen visar att nämnden har upprättat en samlad riskbild och en internkontrollplan för 2025. Riskhantering har delvis skett inom väsentliga områden. Vi ser dock avvikelser i arbetet. Den samlade riskbilden innehåller tre övergripande risker. Det görs ingen värdering av riskerna. Vi noterar att både risken för brister i det systematiska kvalitetsarbetet och hanteringen av avvikelser inte finns med i den samlade riskbilden. Vad gäller kvalitet så nämns det indirekt men då endast som en risk för att kvaliteten i verksamheten och kontinuitet i mötet med den enskilde påverkas negativt vid svårigheter med kompetensförsörjning.

Enligt Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll ska den samlade riskbilden beskriva åtgärder som redan har införts för att minska risker och nya åtgärder som behöver vidtas. Åtgärder beskrivs endast för en av de tre riskerna.

Enligt stadens riktlinje ska en intern kontrollplan upprättas utifrån den samlade riskbilden. Den ska innehålla de områden/processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår för att verifiera att redan införda åtgärder har fått avsedd effekt. Nämnden har upprättat en intern kontrollplan, men det område som ska granskas finns inte med i den samlade riskbilden.

I december 2025 beslutade nämnden om en samlad riskbild och en internkontrollplan för 2026. Nu finns sex risker beskrivna inom två riskområden. Riskerna värderas utifrån låg, mellan eller hög risknivå. Risk för bristande systematiskt kvalitetsarbete finns nu med och här ingår till exempel ledning och styrning samt avvikelshantering. Till samtliga risker finns åtgärder beskrivna. Det område som ska granskas i den interna kontrollplanen nämns i den samlade riskbilden.

Granskningen visar att den interna kontrollen har följts upp och att nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll har utvärderats.

2.3.1 Intern kontroll i löneprocessen

På uppdrag av revisionskontoret har revisionsbyrån PwC granskat den interna kontrollen inom löneprocessen i nämndens verksamhet. Förvaltningen har tagit del av revisionsbyråns granskning.

Kostnader för löner och andra personalrelaterade kostnader är en stor del av nämndens totala kostnader. Det är viktigt med en god intern styrning och kontroll inom området. Bristande rutiner och kontroller inom löneprocessen kan få både ekonomiska och förtroendemässiga konsekvenser för verksamheten. Viktiga utgångspunkter i granskningen har varit lagen om kommunal bokföring och redovisning samt Göteborgs Stads rutiner och riktlinjer för löneprocessen.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna kontrollen inom löneprocessen är tillräcklig inom nämnden. Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier och stickprovgranskning.

Granskningen visar att Göteborgs Stads rutiner och riktlinjer kring löneprocessen i stort efterlevs. Samtidigt visar granskningen på avvikelser kopplat till om kostnadskontroller görs fullt ut innan löneutbetalningar sker. Det finns också avvikelser kopplat till kontroller av att det finns aktuella anställningsavtal för medarbetarna. Granskningen visar också på ett behov av att se till att vissa moment inom löneprocessen sker av två personer i förening.

2.4 Bedömning

Revisionskontorets bedömning vad gäller ekonomin, utifrån en översiktlig granskning, är att verksamheten har skötts på ett ändamålsenligt sätt.

Vi bedömer också att nämndens samlade riskbild och internkontrollplan för 2025 inte uppfyller stadens krav och att väsentliga risker inte finns med. Motsvarande dokument för 2026 har dock enligt vår bedömning utvecklats i rätt riktning.

Vad gäller löneprocessen är revisionskontorets bedömning att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig och bör stärkas. Det handlar exempelvis om att

- stärka arbetet med kostnadskontroller innan löneutbetalningar
- stärka kontrollen av att det finns aktuella anställningsavtal
- stärka styrningen så att viktiga moment inom löneprocessen sker av två personer i förening.

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.

3 Systematisk vanvård vid ett av nämndens boende

Enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska verksamheten vara av god kvalitet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Enligt nämndens reglemente ansvarar nämnden för de uppgifter som ankommer på kommunen enligt LSS och den ska fullgöra sina uppgifter med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till.

Den 2 juni 2025 sände radioprogrammet Kaliber en granskning av ett kommunalt boende på Hundraårgatan 32, våning tre. Det är ett boende med särskild

service (BmSS) som öppnade 2021 och där tio personer med förvärvade hjärn-
skador bor. Av radioprogrammet framgick att de boende under flera år utsatts
för systematisk vanvård. Under tre och ett halvt år hade det kommit in flera
hundra avvikelserapporter som visat på allvarliga brister i omsorgen. Det hand-
lade om att

- personalen glömt medicinering och inte reagerat på larm
- de boende hade fått ligga i sin egen avföring
- flera av de boende hade fått liggsår och blödande hudutslag
- personalen inte alltid pratade svenska vilket hade försvårat kommunikationen mellan personal och boende.

3.1 Förvaltningens organisation

I februari 2025 infördes en ny förvaltningsorganisation där all utförarverksam-
het har samlats i två avdelningar, en för Hisingen/Centrum och en för Nord-
ost/Sydväst. Dessa leds av var sin avdelningschef. Under varje avdelningschef
finns ett antal verksamhetschefer som ansvarar för olika verksamhetsområden.
Hundraårgatan 32, våning tre, hör till verksamhetsområdet Nordost 2 och leds
av en enhetschef.

Avdelningen Kvalitet och styrning ansvarar för brukarrevisorer och kvalitets-
frågor. Här arbetar socialt ansvariga samordnare, så kallade SAS. Dessa har
bland annat ansvar för att genomföra utredningar enligt lex Sarah. Avvikelse
som medför eller hade kunnat medföra negativa konsekvenser för den enskildes
liv, säkerhet eller hälsa som kan vara ett missförhållande utreds enligt lex Sarah.
När utredningen är klar tar SAS ställning till allvarlighetsgraden och anmäler
allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden
till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

3.2 Avvikelserna har utretts som separata händelser

Av nämndhandlingar framgår att under perioden februari 2021 till augusti 2025
har 533 avvikelser rapporterats in rörande Hundraårgatan 32, våning tre. Av
dessa har 27 utretts enligt lex Sarah i 14 utredningar (en utredning kan innehålla
flera avvikelser).

Endast en har anmälts till Ivo som ett allvarligt missförhållande. Utredningen,
daterad den 12 december 2024, visar på omfattande brister i form av uteblivna
och felaktigt utförda insatser som inneburit att de boendes psykiska, fysiska och
sociala behov inte har tillgodosetts.

En osund arbetsplatskultur med informella ledare bedöms vara de främsta
bakomliggande orsakerna till att personal inte arbetat enligt beslutade arbetssätt
och värdighetsgarantier. De identifierade bristerna var tvångs- och begräns-
ningsåtgärder, uteblivna insatser, utebliven medicinering, bristande bemötande,
utebliven respons på larm, bristande kontinuitet i vård och omsorg samt brister i

styrning och ledning. Avvikelserna har utretts som separata händelser men det saknas en sammantagen helhetsbedömning, vilket bedöms vara en brist i sin helhet. Verksamheten har brustit i det systematiska kvalitetsarbetet då bristerna har återupprepats och att verksamheten, trots kännedom och försök till åtgärder inte har lyckats komma till rätta med bristerna och att kvalitetssäkra enheten.

Ivo har i ett beslut den 25 april 2025 avslutat ärendet. Ivo bedömde att nämnden har identifierat bakomliggande orsaker till händelserna samt vidtagit åtgärder utan dröjsmål för att avhjälpa och undanröja missförhållandena.

3.3 Allvarliga missförhållanden även vid andra boenden

Under året har det framkommit allvarliga missförhållanden även vid andra BmSS. Under 2025 har nämnden gjort totalt tio Ivo-anmälningar enligt lex Sarah¹, åtta av dem rör BmSS. Fem av dessa handlar om brister som delvis liknar dem på Hundraårgatan 32, våning tre.

Av utredningarna framgår att enheterna över tid brustit i att tillgodose de boendes psykiska, fysiska och sociala behov. De boende har i något varierande grad varit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder, uteblivna insatser, bristfälligt bemötande, ingen kontinuitet och omfattande brister i vård och omsorg, stor personalomsättning, utebliven medicinering och respons på larm. Bristerna är omfattande, har pågått över tid och upprepats.

Enligt förvaltningen har det dock inte funnits systematisk vanvård någon annanstans på samma sätt som på Hundraårgatan 32, våning tre. Förvaltningen uppger att på detta boende fanns misskötsamhet, informellt ledarskap och att medarbetarna på ett medvetet sätt inte gjort det som ligger inom ramen för uppdraget.

3.4 Nämnden agerar först efter avslöjandet i Kaliber

Vår granskning visar att första gången nämnden får information om missförhållandena på Hundraårgatan 32, våning tre, var den 4 februari 2025. Då fick individskottet information om hela den lex Sarah-utredning som anmäldes till Ivo i december. Individskottets protokoll anmäldes till nämndens sammanträde den 7 februari.

Andra gången nämnden får information var den 23 maj. Då informerades nämnden om ovan nämnda lex Sarah-utredning. Nämnden fick också information om den mediekontakt som tagits, dels med begäran om utlämnande av handlingar avseende avvikelser, dels i form av intervjuer med chefer.

¹ Under 2024 gjordes totalt 15 Ivo-anmälningar enligt lex Sarah.

Med anledning av uppgifterna i Kaliber har nämnden ett extra nämndsammanträde den 11 juni. Nämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att

- Skyndsamt upphandla eller tillsätta en oberoende extern granskning av de allvarliga brister och missförhållanden som framkommit på Hundraårgatan.
- Göra en inspektion av liknande boenden för att säkerställa att inte vanvård och snarlika brister förekommer på andra platser i staden.
- Genomföra en riktad informationsinsats för att tydliggöra att svenska är det gemensamma språket i all yrkesmässig kommunikation på arbetsplatsen.

Dessutom beslutar nämnden att säga upp förvaltningsdirektören med anledning av bristerna som uppdragats.

Vid nämndsammanträdet den 25 juni beslutar nämnden om stärkt uppföljning av kvaliteten i verksamheterna. Nämnden reviderar också delegationsordningen; allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah som anmäls till Ivo ska även rapporteras till nämnden, inte enbart till individutskottet. Den 27 augusti beslutar nämnden att ändra delegationsordningen igen genom att sådana anmälningar nu enbart ska redovisas till nämnden.

Den 17 december får nämnden information om resultaten av dels den externa granskningen, dels den interna granskningen (fördjupade egenkontroller på 30 enheter). Nämnden beslutar att samtliga rekommendationer som lämnas i båda granskningarna ska genomföras.

3.5 Den externa granskningen visar på omfattande brister

Den externa granskningen av de allvarliga brister och missförhållanden som framkommit på Hundraårgatan 32, våning 3 genomfördes av en extern konsult. Konsultens granskningsrapport visar på omfattande brister inom flera olika områden. Kortfattat handlar det om

- styrning, uppföljning och kontroll (brister på samtliga nivåer), en tillitsbaserad styrning som inte har fungerat, fyra chefsled med oklara ansvar
- att det inte funnits ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller lagens krav, därför har inte ansvar för brister utkrävts
- kompetensförsörjning och hantering av personalärenden, nödvändiga åtgärder har inte vidtagits för att komma till rätta med en dysfunktionell arbetsgrupp, enskilda medarbetares misskötsamhet och ett informellt ledarskap vid boendet, svagt stöd från hr
- både operativa och strategiska kvalitetsbrister när det gäller rapportering, utredning och uppföljning av avvikelser och lex Sarah-utredningar
- information som rapporterats till högsta ledningen om boendet gäller ekonomin, det finns ingen dokumentation som visar att information om vanvård lyfts till förvaltningsdirektör/förvaltningsledningen.

I rapporten konstateras att en förklaring till att missförhållandena kunnat fortgå så lång tid vid boendet beror på mer generella brister i styrningen av förvaltningens verksamhet. Framför allt gäller det implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet, kompetensförsörjningen och hanteringen av personalärenden. Rapportförfattarna lämnar ett antal rekommendationer till nämnden och till förvaltningen. Några handlar specifikt om det aktuella boendet, men de flesta är mer generella.

3.6 Den interna granskningen visar också på liknande brister

Utifrån nämndens uppdrag att genomföra en inspektion av liknande boenden för att säkerställa att inte vanvård och snarlika brister förekommer i andra verksamheter identifierade förvaltningen 30 enheter (25 BmSS för vuxna, ett BmSS och ett korttidshem för barn och unga, två enheter på korttidsboendet för vuxna samt verksamheten ledsagning). Vid dessa enheter genomförde förvaltningen fördjupade egenkontroller. Resultatet av denna granskning visar på liknande brister som den externa granskningen.

Enligt rapporten kan bristerna i huvudsak kopplas till hur det systematiska kvalitetsarbetet tillämpas i praktiken och hur insatserna genomförs i förhållande till lagstiftningens krav på god kvalitet, rättssäkerhet och individanpassning. Det brister också både i rapportering av avvikelser samt i att de inte analyseras eller följs upp på ett sätt som leder till förbättringsarbete. Andra områden som tas upp rör brister inom kompetensförsörjningen. Det finns problem med missköttsamhet och informella ledare vilket leder till osund kultur och dysfunktionella arbetsgrupper. Det finns även organisatoriska brister, bland annat kopplade till ansvarsfördelning och otydliga roller.

Sex områden identifieras där åtgärder genomförs och fortsatt behöver genomföras. Det handlar om

- ledning och styrning
- processer, rutiner och arbetssätt
- riskhantering, avvikelshantering och förbättringsarbete
- samverkan inom och mellan verksamheter
- dokumentation, uppföljning och analys
- kompetens och bemanning.

3.7 Bedömning

Granskningen visar på allvarliga brister i nämndens verksamhet. Revisionskontorets bedömning är att nämnden på ett väsentligt sätt har brustit i sitt ansvar genom att den inte haft tillräcklig intern styrning och kontroll för att fånga upp allvarliga kvalitetsbrister i verksamheten. Dessa har dessutom pågått under lång tid. Syftet med den interna kontrollen är att säkra att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt och att undvika att det begås allvarliga fel, vi bedömer att detta inte har fungerat.

Att bedriva boende med särskild service tillhör nämndens grunduppdrag. Vi bedömer att nämnden inte har säkerställt att verksamheten vid Hundraarsgatan 32, våning tre, har bedrivits på ett ändamålsenligt sätt. Lagstiftningens krav på god kvalitet, respekt för den enskilde och god omvårdnad har inte följts. De boende har inte fått den vård och omsorg samt trygghet de har rätt till. Allvarliga missförhållanden har även identifierats vid andra BmSS under året. Nämndens fördjupade egenkontroller visar också att brister förekommer på flera andra boenden och verksamheter i staden.

Den externa rapporten har dessutom identifierat att det finns mer generella brister i styrningen av förvaltningens verksamhet. Det brister på samtliga nivåer vad gäller styrning, uppföljning och kontroll, varför inte heller ansvar har utkrävts. Framför allt gäller det implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet, kompetensförsörjningen och hanteringen av personalärenden.

Vi bedömer att bristerna är både väsentliga och allvarliga. Detta särskilt med tanke på att de boende tillhör en redan utsatt målgrupp som inte har samma förutsättningar som andra i samhället att hävda sina rättigheter. De är dessutom helt beroende av nämndens insatser för att kunna leva som andra och tillförsäkras goda levnadsvillkor. Konsekvenserna av nämndens bristande styrning, uppföljning och kontroll har lett till lidande för dem verksamheten är till för.

Trots att nämnden fick information om bristerna i början av året är det först efter radioprogrammet Kalibers granskning i juni som nämnden agerar för att komma till rätta med orsaken till att systematisk vanvård kunnat fortgå under flera år utan att tillräckliga åtgärder vidtagits. Vi ser dock positivt på de åtgärder som nämnden har vidtagit under juni–december. Vi bedömer att nämnden under den här perioden har agerat kraftfullt för att komma till botten med orsaken till bristerna. De granskningar som genomförts på uppdrag av nämnden har gett den nödvändig kunskap för fortsatta åtgärder.

Mot bakgrund av iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att säkerställa att de boende i nämndens verksamhet får en god service och omvårdnad.

Nämnden rekommenderas att stärka den interna styrningen och kontrollen av verksamheten i bostäder med särskild service.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet uppfyller författningarnas krav.

4 Skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder

All vård och omsorg är, med några lagstadgade undantag om tvångsvård och livshotande behov, frivillig för den enskilde och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den

enskildes självbestämmande och integritet, samt vara av god kvalitet. Frivilligheten är en grundlagsreglerad fri- och rättighet. I regeringsformen framgår att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande. Om detta inte följs finns en risk för att individens rättigheter och personliga integritet kränks.

Rapporter från Socialstyrelsen och Inspektionen för vård- och omsorg (Ivo) visar att det är vanligt att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning

Skyddsåtgärder för den enskilde är tillåtna, men inte som tvångs- och begränsningsåtgärder. Om skyddsåtgärder vidtas förutsätter det den enskildes samtycke. Samtycker individen kan skydd eller hjälpmedel användas. Skyddsåtgärder får enbart användas för att skydda, stödja, hjälpa och aktivera individen. De får inte användas för att frihetsberöva eller begränsa individens rörelsefrihet. Åtgärder av detta slag får inte heller användas för att kompensera för till exempel bristande bemanning, brister i kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga.

Frivilligheten och kravet på samtycke kan under vissa situationer begränsas genom den så kallade nödrätten. Då handlar det enbart om nödsituationer av tillfällig och akut karaktär för att avvärja omedelbar risk för att någon ska komma till skada. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden har säkerställt att skyddsåtgärder används i enlighet med regelverket och att inte otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används.

Granskningen har genomförts genom intervjuer på enhets- och förvaltningsnivå, granskning av personakter och dokumentgranskning. Granskningen har avgränsats till vuxna och enheter inom daglig verksamhet och boende med särskild service har ingått. Följande revisionskriterier har använts

- 6, 21 a, och 24 e §§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- 24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens stödmaterial angående tvångs- och begränsningsåtgärder
- Göteborgs Stads riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder

4.1 Granskningsresultat

I det här avsnittet redovisar revisionskontoret de iakttagelser vi har gjort i granskningen.

4.1.1 Styrningen av arbetet med skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder

Göteborg Stads riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder gäller för äldre- samt vård och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd och socialnämnden Sydväst. Den beslutades 2022 av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård.

Enligt Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument ska kommunfullmäktige besluta om stadenövergripande riktlinjer. En nämnd kan besluta om riktlinjer som avser den egna förvaltningen. Nämnder kan i vissa fall anta gemensamma styrande dokument inom sina verksamhetsområden. Som krav gäller att beslutet är likalydande och tas av respektive nämnd.

Vår granskning visar att riktlinjens innehåll och giltighet är oklar. Riktlinjen är inte beslutad av kommunfullmäktige eller ansvariga nämnder och den är övergripande och kortfattad. Den har ingen hänvisning till lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och den innehåller dessutom en felaktig skrivning där det anges att ”beslut och ansvar för begränsande åtgärder kan endast fattas gemensamt av alla professioner tillsammans i teamet.” Det är endast om det finns ett samtycke från individen som en skyddsåtgärd får vidtas.

Förvaltningen för funktionsstöd har identifierat att det finns brister i riktlinjen och att den inte används som ett stöd i arbetet. Det pågår en översyn av riktlinjen och där deltar socialt ansvariga samordnare från förvaltningen.

Av intervjuer på enheterna bekräftas att det varierar i vilken grad riktlinjen används som stöd i arbetet. Däremot hänvisar merparten till förvaltningens rutin för skydds- och begränsningsåtgärder. Enligt förvaltningen håller den på att revideras, men den används i väntan på den nya versionen. I rutinen tas viktiga begrepp upp och den konkretiserar hur arbetet ska bedrivas.

Förvaltningen har också tagit fram stödmaterial kring egenkontroller för att identifiera och åtgärda användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder, samt säkerställa att samtycke är inhämtat vid skyddsåtgärder. Egenkontrollerna ska genomföras varje år både på individ- och enhetsnivå.

4.1.2 Egenkontrollerna har lett till ökad kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder

Enligt Socialstyrelsen är det systematiska kvalitetsarbetet ett viktigt verktyg för att synliggöra, förebygga och åtgärda förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder. I planeringsfasen kan det handla om att se över bemanning, kompetens, lokaler och utomhusmiljö samt hjälpmedel. Det handlar också om att förutse vilka risker som finns som skulle kunna medföra att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som gäller för tvångs- och begränsningsåtgärder.

Angående personalens kompetens visar granskningen att enheterna har olika förutsättningar. Vid tre av fyra granskade enheter ges en samstämmig bild av att det har skett kunskapshöjning och ett förändrat synsätt på vad som är en tvångs-

och begränsningsåtgärd. Tidigare förekom åtgärder som personalen använde utan att reflektera över att de kanske var otillåtna. Som exempel kan nämnas olika former av lås och sänggrindar samt att man tog hand om brukarnas pengar, mat och tobak. Personalen beskriver hur de nu prövar på ett annat sätt om åtgärderna verkligen behövs, och i sådana fall tar in samtycken för dem.

Det framkommer att det var efter att egenkontrollerna infördes för några år sedan som kunskapen ökade kring vad som är en tvångs- och begränsningsåtgärd. Metodutvecklarna har också tagit fram ett utbildningsmaterial i ämnet och håller i regelbundna utbildningar för personalen, ibland genom stödpedagogerna och ibland för hela arbetsgruppen.

Vid en av enheterna i granskningen framgår dock av dokumentation och intervjuer att det finns omfattande brister angående personalens kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder och där rutinerna inte har följts. Enligt den ansvariga chefen vill man väl, men här finns det "gamla sättet" att jobba kvar på enheten. Det innebär ett synsätt där personalen ska bestämma över brukarna och att man vill styra i större utsträckning än vad man har mandat för. Enheten arbetar med handlingsplaner för att komma till rätta med bristerna.

Enligt förvaltningen är det svårt att alltid hålla frågorna aktuella. Personalen saknar ibland utbildning och har ibland brister i svenska språket. I kombination med hög personalomsättning behöver man satsa mycket på kompetensutveckling.

4.1.3 Flera exempel på förebyggande arbete och riskbedömningar

Som exempel på förebyggande arbete nämns att personalen har utvecklat sina metoder och förhållningssätt. Det kan handla om att bli bättre på att kommunicera, använda bildstöd och lågaffektivt bemötande. Ibland behöver också miljön anpassas för att minska risken att tvångs- och begränsningsåtgärder används.

Vad gäller riskbedömningar så framgår att dessa framför allt görs i samband med att en ny brukare kommer. Även egenkontrollerna beskrivs som ett sätt att fånga in risker i verksamheten. Vid en av enheterna används också en individuell checklista för att minimera risken för tvångs- och begränsningsåtgärder.

4.1.4 Utmaningar i arbetet

Flera enheter beskriver att det finns utmaningar vad gäller lokalerna och utomhusmiljön som gör att olika skyddsåtgärder behöver vidtas, under förutsättning att samtycken ges. Det kan handla om att lokalerna inte är helt ändamålsenliga utifrån vilken målgrupp brukarna tillhör och att utomhusmiljön kan innebära olika risker.

Andra svårigheter som lyfts både på enhets- och förvaltningsnivå är att det kan finnas ett stort motstånd från anhöriga. Det kan handla om att anhöriga vill att verksamheten ska vidta åtgärder som de tycker behövs för att skydda individen,

men där verksamheten bedömer att det rör sig om en tvångsåtgärd. Det händer också att anhöriga felaktigt tror att de har rätt att lämna samtycke till en åtgärd.

Ytterligare en aspekt som framkommer vid intervjuerna är att det kan uppstå målkonflikter både mellan och inom olika lagar. Det kan handla om arbetsmiljölagens krav på en trygg och säker arbetsmiljö för personalen kontra brukarnas rätt till frihet. Det kan också handla om att en skyddsåtgärd för en brukare kan samtidigt bli en begränsningsåtgärd för en annan.

4.1.5 Samtycken saknades vid senaste egenkontrollerna men har åtgärdats

Enligt LSS ska handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Om ett samtycke har lämnats till en skyddsåtgärd behöver det dokumenteras. Enligt förvaltningens rutin ska ett samtycke dokumenteras i daganteckningarna, journalen och i genomförandeplanen.

Den senaste egenkontrollen angående tvångs- och begränsningsåtgärder visar att det sammanlagt saknades 26 samtycken vid två av enheterna som ingår i granskningen. En av enheterna stod för 20 av dem. Samtycken saknades för staket runt boendet, låsta individuella uteförråd, lås på köksskåp där vassa föremål förvaras, hiss som begränsar möjligheten att röra sig mellan våningar samt begränsningar gällande godis och pengar. Cheferna förklarar att avsaknaden av samtycken berodde på personalens bristande kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder och att man tidigare inte hade tänkt på att det behövdes samtycke till dessa åtgärder.

Granskningen visar att man efter egenkontrollerna har inhämtat de samtycken som saknades. Detta bekräftas av den aktgranskning som vi har genomfört. Vid de fyra enheterna har 19 av 24 brukare en eller flera skyddsåtgärder, eller påverkas av en annan persons skyddsåtgärd så att det blir en begränsningsåtgärd. Vi har granskat genomförandeplanerna för de 19 brukare som berörs. Inga väsentliga avvikelser noteras vad gäller dokumentationen av samtycken.

De vi har intervjuat uppger att det kan vara svårt att få ett tydligt samtycke. För personer som inte uttryckligen kan säga ja till en åtgärd används då andra sätt. Olika typer av samtycken beskrivs som stämmer överens med Socialstyrelsens definitioner.

Förvaltningen uppger att de senaste egenkontrollerna för samtliga enheter i förvaltningen visar ett ojämnt resultat angående om samtycken har inhämtats eller inte. Enligt förvaltningen finns det dysfunktionella enheter där det kan finnas ett mörkertal och där otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer.

4.1.6 Saknas en samlad bild av avvikelser som rör tvångs- och begränsningsåtgärder

Om en skyddsåtgärd använts utan att det finns ett samtycke för det ska det dokumenteras som en avvikelse och utredas. Likaså om nödrätten har behövt användas. Det framgår av både LSS, Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete och Göteborgs Stads rutin för lex Sarah. Om avvikelsen medför eller hade kunnat medföra negativa konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller hälsa kan det vara ett missförhållande som behöver utredas enligt lex Sarah. I sådana fall är det de socialt ansvariga samordnarna i förvaltningen som genomför utredningen. När deras utredning är klar tar de ställning till allvarlighetsgraden och anmäler allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

Granskningen visar att det saknas en samlad bild av antalet avvikelser som rör tvångs- och/eller begränsningsåtgärder. Det är endast de avvikelser som utreds som lex Sarah som förvaltningen för statistik över. Av den statistiken framgår att från den 1 januari 2025 till och med den 20 oktober 2025 gjorts sju lex Sarah-utredningar gällande vuxna där det förekommit tvångs- och/eller begränsningsåtgärder. Fem av dem har bedömts som missförhållanden. Två har bedömts som allvarliga missförhållanden och har anmälts till Ivo.

Vid en av enheterna har det vid tiden för granskningen gjorts sex avvikelser under 2025 relaterade till tvångs- och begränsningsåtgärder. Samtliga har rört trygghetslarm som inte fungerat, vilket gjort att brukarna inte kunnat göra sig hörda.

Vid två andra enheter framgår att det tidigare år gjorts avvikelser kopplat till akuta nödsituationer för att avvärja omedelbar risk för att någon ska komma till skada. Det har handlat om brukare som personalen har fått hindra att gå ut på spårvagnsspåren, äta olämpliga saker eller där knivar har låsts in efter att brukaren har hotat med dem.

Enligt förvaltningen skrivs inte avvikelser så som det är tänkt. Det kan komma resultat från brukarenkäten som tydligt visar att saker brister, men det finns inga avvikelser om det. Förvaltningen menar att det beror på okunskap och att personalen kan missa att man ska göra en avvikelse också. Enligt förvaltningen är det viktigt att prata om de avvikelser som inte syns och att påtala vikten av att skriva avvikelser så att de blir ett led i förbättringsarbetet.

4.1.7 Uppföljning sker främst genom egenkontrollerna

Enligt LSS ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En del i detta är att utöva egenkontroll. Enligt Socialstyrelsen behöver man inom ramen för egenkontrollen granska om det har förekommit eller förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheten. Därmed finns det möjlighet att få kännedom om de åtgärder som inte synliggjorts genom klagomål, synpunkter, avvikelser och lex Sarah-rapporter.

Granskningen visar att det finns ett systematiskt arbete med årliga egenkontroller. Egenkontrollerna sker både på individ- och enhetsnivå för att identifiera och åtgärda användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder, samt säkerställa att samtycke är inhämtat vid skyddsåtgärder.

Av intervjuer på både enhets- och förvaltningsnivå framgår att resultatet av egenkontrollerna analyseras på enhetsnivå och i ledningsgrupperna som leds av verksamhetscheferna. Verksamhetscheferna kan också ta upp det i samband med de uppdragsdialoger de har med enhetscheferna. Enligt verksamhetscheferna för de vidare till avdelningscheferna om det finns enheter med omfattande brister. Beroende på resultatet får enhetscheferna i uppdrag att vidta de åtgärder som behövs. Metodutvecklarna tar också del av resultatet av egenkontrollerna för att se om de behöver genomföra någon utbildningsinsats.

Det framgår i granskningen att det saknas en sammanställning och analys av egenkontrollerna på aggregerad nivå. I nämndens kvalitetsrapport, årsrapport och patientsäkerhetsberättelse för år 2024 finns inget beskrivet kring arbetet med att förhindra otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

Under 2025 har nämnden vid två tillfällen fått fördjupad information om hur verksamheten arbetar med att förhindra att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används.

4.2 Bedömning

Granskningen visar att det finns utmaningar i arbetet med att säkerställa att skyddsåtgärder används i enlighet med regelverket och att inte otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används. Det handlar bland annat om personalens kompetens, hög personalomsättning, lokaler som inte är ändamålsenliga, riskfyllda utemiljöer samt målkonflikter inom och mellan olika lagar. Enligt förvaltningen finns det dysfunktionella enheter där arbetet inte fungerar som det är tänkt, vilket också bekräftas av intervjuer på enhetsnivå och dokumentgranskning. Dessutom visar granskningen att allvarliga missförhållanden där det förekommit tvångs- och begränsningsåtgärder anmälts till Ivo under året.

Samtidigt bedömer revisionskontoret att nämnden har fokus på frågorna. Det gör vi främst utifrån att

- förvaltningen har en rutin för skydds- och begränsningsåtgärder som konkretisar arbetet och som också används som stöd i verksamheterna
- det genomförs regelbundna utbildningar
- det genomförs egenkontroller varje år både på individ- och enhetsnivå.

Vi bedömer att egenkontrollerna är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet som innebär att synliggöra, förebygga och åtgärda förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder. Det framgår att personalens kunskap om regelverket ökat efter att egenkontrollerna infördes.

Vidare visar granskningen att samtycken inhämtats som en följd av egenkontrollerna. Vi noterar inga väsentliga avvikelser vad gäller dokumentationen av samtycken.

Vår bedömning är att nämnden kan stärka uppföljningen av arbetet med att förhindra otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Det kan handla om att få en samlad bild av antalet avvikelser och lex Sarah-utredningar som rör tvångs- och/eller begränsningsåtgärder. Det är också viktigt att egenkontrollerna sammanställs och analyseras på en aggregerad nivå, så att nämnden vid behov kan vidta eventuella åtgärder.

Slutligen bedömer vi att stadens riktlinje inte används som stöd i arbetet. Nämnden bör också se över om riktlinjen är beslutad på rätt nivå.

Mot bakgrund av iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka styrningen och uppföljning av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder.

5 Uppföljning av tidigare granskning

I detta avsnitt redogör vi för uppföljningen av de rekommendationer som har lämnats till nämnden tidigare år.

5.1 Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga

Stadsrevisionen granskade tillsammans med revisionsenheten i Västra Götalandsregionen under 2023 samverkan kring barn och unga. Syftet med granskningen var att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser. Granskningen omfattade grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och utbildningsnämnden.

Vår bedömning var att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis hade säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Utifrån granskningen lämnades följande rekommendationer:

Att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.

Att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.

Att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi har i år följt upp hur nämnden för funktionsstöd arbetat för att omhänderta granskningens rekommendationer. Utgångspunkten för uppföljningen har varit de planerade och vidtagna åtgärder som nämnden beskrev i sitt yttrande från 2024. Vi har även ställt kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen.

5.1.1 Åtgärder har vidtagits för att stärka styrning och uppföljning

Vår uppföljning visar att nämnden har vidtagit en rad åtgärder för att stärka sin styrning och uppföljning av arbetet med samordnade insatser för barn och unga. Förvaltningen beskriver att åtgärdsarbetet har fortlöpt enligt plan. SIP-ansvariga finns numera i samtliga stadsområden och förvaltningen har även tagit fram en uppdragsbeskrivning som fastställer SIP-ansvarigas uppgifter gentemot övriga kollegor. Arbetet med SIP bedöms vara väl integrerad i den ordinarie verksamheten på myndighetsenheterna.

Uppföljningen har stärkts genom att införa egenkontroll av efterlevnad av krav på innehåll i SIP. Genomförd egenkontrollen visade att det finns ett utvecklingsbehov i att kalla brukaren till mötet samt säkerställa att brukaren godkännt innehållet i protokollet. Bägge dessa punkter tas med i utvecklingsarbetet med att säkerställa grundläggande och likvärdig kompetensutveckling inom SIP över hela staden. Utöver egenkontrollen har man även genomfört en kvalitativ uppföljning av handläggares upplevelse av arbetet. Uppföljningen genomfördes tillsammans med SIP-ansvariga och identifierade ett antal utvecklingsområden, bland annat att tydliggöra tillvägagångssätt för att göra avvikelser inom SIP-arbetet.

5.1.2 Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta

Vad gäller rekommendationen att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta har förvaltningen lyft in frågan i Temagrupp Barn- och unga². Verksamheten har sedan tidigare SAMSA installerat och i drift.

Vi kan konstatera att det inte skett några väsentliga framsteg i denna fråga sedan granskningen genomfördes 2023. Faktum kvarstår att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP barn och unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom Västra Götalandsregionen har inväntat införandet av det nya informationshanteringssystemet (Millennium) och därmed tillhörande programvara för

²Temagruppen har ansvar för att leda och driva samverkan kring barns och ungas hälsa i Göteborgsområdet. Gruppen består av verksamhetsansvariga chefer i linjeorganisation eller andra nyckelpersoner med lämplig kunskap från både regionen och staden.

samverkan med kommuner (SAMvy). Efter pausat införande och därmed oklarhet i vad som kommer ske framöver påverkas även möjligheterna att införa SAMvy som gemensam it-tjänst. Till dess att SAMvy finns på plats är det fortfarande SAMSA som utgör den it-tjänst som ska användas. Dock visar vår uppföljning, precis som vår granskning 2023, att inte alla verksamheter använder SAMSA.

Det tycks som att frågan om SAMSA i hög grad är en lednings- och styrningsfråga där det saknas gemensamt fattade beslut och även saknas forum som kan besluta om att samtliga berörda ska införa och arbeta i en gemensam it-lösning, oavsett vilken denna är. Temagruppen har inte detta mandat, utan respektive linjeorganisation måste fatta dessa beslut.

Vi uppmanar därför samtliga nämnder och styrelser att fortsatt verka för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

5.1.3 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna. Vi vill dock understryka vikten av att nämnden fortsätter arbetet för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

5.2 Uppföljning av ekonomistyrning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna granskade revisionskontoret 2024 nämndens ekonomistyrning för att ge förutsättningar för en ekonomi i balans. Granskningen resulterade i följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka följsamheten gentemot stadens regler för ekonomisk planering, budget och uppföljning.

Vi har i år följt upp denna rekommendation genom att ta del av nämndens yttrande, andra nämndhandlingar och nämndens protokoll. Uppföljningen visar att nämnden vidtagit en rad åtgärder:

- en rutin har införts där samtliga budgetförändringar ska dokumenteras och beslutas av nämnden
- bruttoredovisning ska tillämpas vid upprättande och beslut om nämndens budget
- den ekonomiska rapporteringen till nämnden ska omfatta en systematisk redovisning av förvaltningens intäkter
- prognoser för helårsresultat ska framgå av varje delårsrapport och vara nedbrutna per avdelning
- uppföljningsrapporterna ska innehålla jämförelser mellan faktiskt utfall och den beslutade budgetramen, samt förklaringar till större avvikelser.

Nämndens egen uppföljning av åtgärderna i samband med delårsrapport augusti visar att de flesta av åtgärderna är avslutade. Granskning av nämndhandlingar och nämndprotokoll visar också att nämnden beslutar om budgetförändringar och att bruttoredovisning tillämpas vid beslut om nämndens budget för 2026.

5.2.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.

5.3 Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete

På uppdrag av förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2024 nämndens systematiska brandskyddsarbete (SBA). Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att säkerställa att det systematiska brandskyddsarbetet dokumenteras.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att samtliga bostäder med särskild service kontinuerligt genomför brandskyddsövningar.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande samt ställa kompletterande frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att förvaltningen har genomfört utbildningsinsatser under året. Utbildningarna har utförts av både enheten för säkerhet och beredskap vid förvaltningen samt av Räddningstjänsten i Storgöteborg (RSG). Båda utbildningarna innehåller moment som rör dokumentation av SBA. Under 2026 kommer egenkontroller av dokumentation att genomföras.

Den brandskyddsutbildning som getts av RSG har omfattat olika former av brandskyddsövningar som ut- och inrymning. Utbildningen har även innefattat en rundvandring på det aktuella boendet med en genomgång av nödutgångar och information om brandskyddsceller.

Förvaltningen uppger även att det pågår ett arbete med att färdigställa en plan för kontinuerliga brandskyddsövningar på boende med särskild service (BmSS) som förväntas vara klar senast i mars 2026.

5.3.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.

5.4 Uppföljning av våld i nära relationer

På uppdrag av förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2024 arbetet mot våld i nära relationer. Flera nämnder ingick i granskningen som resulterade i flera rekommendationer varav följande riktades till nämnden:

Nämnden rekommenderas att fortsätta arbetet med att utbilda personalen om våld i nära relationer, så att de kan bidra till att upptäcka våldsutsatta som behöver stöd och hjälp.

Nämnderna rekommenderas att stärka sin samverkan för att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap i verksamheterna om stadens gemensamma stödinsatser och för att våldsutsatta får stöd utifrån behov, oavsett vilken målgrupp de tillhör.

Nämnderna rekommenderas att var och en för sig – men också i samverkan – stärka sitt arbete med att förebygga fortsatt våld i nära relationer.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande, intervjuer och granskning av dokumentation. Uppföljningen visar att förvaltningen tar upp förvaltningens rutiner för arbetet mot våld i nära relationer i samband med arbetsplatsträffar både vid myndighets- och utförarverksamheterna. Förvaltningen genomför kontinuerligt interna utbildningar om våld i nära relationer med fokus på funktionsnedsättning samt utbildning om normmedvetet arbetssätt för all berörd personal. Enhetschefer ansvarar för att uppmuntra medarbetare till att genomföra utbildningen.

En del i att förbättra kunskapen om målgruppens behov är att lyfta frågor och behov i stadens samordningsgrupp för våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck och i samband med att personer i målgruppen söker insatser vid socialförvaltningarna. Uppföljningen visar samtidigt att samverkan mellan socialförvaltningarna kan behöva förbättras, särskilt när det gäller målgruppen funktionshindrades behov och personalens kompetens både när det gäller våldsutsatta samt våldsutövare som är funktionshindrade.

Förvaltningens myndighetsutövande enheter arbetar med en utökad screening för att upptäcka våld i nära relation och har bland annat utvecklat FREDA kortfrågor efter målgruppen funktionshindrades behov. FREDA kortfrågor är intervjufrågor som ställs inom ramen för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer och som utgör en del i Socialstyrelsens standardiserade bedömningsmetoder. Screeningen registreras i Treserva och avsikten är att följa upp arbetet. Enligt förvaltningen har de upptäckt fler individer som har blivit utsatta för våld jämfört med 2024.

5.4.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna. Vi bedömer samtidigt att det är viktigt att nämnden fortsätter med det arbete som har påbörjats.

5.5 Uppföljning av kontroll och uppföljning av privata utförare

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna granskade revisionskontoret 2024 nämndens kontroll och uppföljning av privata utförare. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att utreda om tillämpningen av sekretessregler är alltför restriktiv för att kunna genomföra effektiva kontroller.

Nämnden rekommenderas att stärka kontrollen och uppföljningen av privata utförare av personlig assistans.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande och nämndens uppföljning av åtgärdsplanen med anledning av rekommendationerna. Vi har även ställt kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen.

Uppföljningen visar att nämnden har utrett om tillämpningen av sekretessregler är alltför restriktiv för att kunna genomföra effektiva kontroller av privata assistansutförare. Det finns också ett förslag på utbildningsinsatser för både förvaltningens myndighet- och utförarverksamheter gällande vilka uppgifter som får lämnas och på vilket sätt till olika myndigheter. Utbildningen har ännu inte genomförts då det under året tillkommit nya bestämmelser inom sekretesslagstiftningen.

Nämnden har också vidtagit åtgärder för att stärka kontrollen och uppföljningen av privata utförare av personlig assistans. Nämnden har

- stärkt arbetet mot felaktiga utbetalningar genom ett särskilt team som arbetar med att ta emot tips om misstankar om fusk och felaktiga utbetalningar
- genomfört utbildningsinsatser för att motverka välfärdsbrott
- uppdaterat rutinen för administratörer som hanterar fakturor som avser personlig assistans:
 - ett nytt stycke har lagts till där kontrollen av semesterersättning i samband med fakturering av sjuklönersättning beskrivs, och ytterligare ett nytt stycke behandlar hur merkostnader ersätts när personliga assistenter är långtidssjukskrivna
 - kontrollen av fakturor och tidrapporter som rör sjuklönersättning har delats upp i två separata avsnitt; ett som gäller när ett bolag är utförare, och ett som gäller när den enskilde är egen anordnare
 - en checklista har tagits fram där de mest förekommande felen vid fakturahantering listas
 - tidredovisningar kontrolleras noggrant för att se om dubbelassistans utförts
- tagit fram och implementerat en rutin vid misstanke om felaktig folkbokföring
- infört fördjupad kontroll av privata assistansbolag två gånger per år.

5.5.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.