



Granskning av äldre samt vård- och omsorgsnämnden

– verksamhetsåret 2025

2026-03-27



Missiv till äldre samt vård- och omsorgsnämnden

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 noterar att granskningen av arbetet gällande skydds, tvångs- och begränsningsåtgärder visar på brister gällande styrning, uppföljning och kontroll. Det finns brister när det gäller lokala rutiner och egenkontroller. Det saknas samtycken från de boende gällande generella skyddsåtgärder. Granskningen visar samtidigt att nämnden arbetar med att ta fram ett nytt styrande dokument på området samt med att öka grundkompetensen inom demensområdet.

Det framgår av granskningen att MAS/MAR¹ och verksamhetschefer beslutat om ett styrande dokument med benämningen "Göteborg Stads riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder." Vi vill betona vikten av att nämnden förhåller sig till den av kommunfullmäktige beslutade Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument, när det gäller benämning av det styrande dokument, i den revidering som nu pågår.

Vidare visar granskningen att det pågår åtgärder för att stärka det förebyggande arbetet mot undernäring i nämndens verksamhet. Vi vill lyfta betydelsen av att planerade åtgärder genomförs, i syfte att förebygga, upptäcka och åtgärda undernäring för personer som får insatser genom hemtjänsten.

Vi noterar att nämndledamöter i vissa fall har valt att inte delta i nämndens beslut. Att avstå från beslut fräntar inte ledamoten ansvaret för verksamheten. Ledamöter bör därför vara restriktiva med att avstå från att delta i beslut.

Mot bakgrund av de brister som vi har sett, exempelvis gällande skydds, tvångs- och begränsningsåtgärder bedömer vi att arbetet med den interna kontrollen delvis varit tillräcklig. I övrigt bedömer vi att nämnden bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

¹ Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Följande rekommendationer lämnas:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.

Nämnden rekommenderas att stärka sin interna styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder samt att inom ramen för den pågående revideringen av styrande dokument på området, stärka följsamheten till Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument.

Nämnden rekommenderas att beakta de förbättringsområden som identifieras i PwC:s granskning av inköp och upphandling.

Vi vill betona vikten av att nämnden vidtar lämpliga åtgärder med anledning av 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

Torbjörn Rigemar
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 lekmanrevisorer. Lekmanrevisorerna 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-2025-00087

Innehåll

1	Samlad bedömning	6
1.1	Rekommendationer	6
2	Grundläggande granskning	8
2.1	Verksamhet.....	8
2.2	Ekonomi	8
2.3	Intern kontroll	9
2.3.1	Granskning av intern kontroll i löneprocessen	9
2.4	Bedömning.....	9
3	Skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder	11
3.1	Granskningsresultat	12
3.1.1	Styrningen av arbetet med tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder kan stärkas.....	12
3.1.2	Dokumentationen av samtycken behöver stärkas.....	14
3.1.3	Uppföljningen kan stärkas	14
3.2	Bedömning.....	16
4	Inköp och upphandling	18
5	Uppföljning av tidigare granskning	19
5.1	Uppföljning av grundläggande granskning - ekonomi	19
5.1.1	Bedömning	19
5.2	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete	19
5.2.1	Bedömning	20
5.3	Uppföljning av det förebyggande arbetet mot undernäring inom hemtjänsten	20
5.3.1	Bedömning	21
5.4	Uppföljning av våld i nära relationer.....	21
5.4.1	Bedömning	22
5.5	Uppföljning av kontroll och uppföljning av privata utförare	22
5.5.1	Bedömning	23
5.6	Uppföljning av styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst.....	23
5.6.1	Bedömning	23

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
- skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder
- inköp och upphandling
- uppföljning.

Revisionskontoret har faktaavstämt all granskning med förvaltningen.

Den samlade bedömningen, utifrån årets granskning av nämnden, är att verksamheten i huvudsak har bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vidare är bedömningen att nämndens interna kontroll delvis har varit tillräcklig.

Genomförd granskning visar att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet i huvudsak är förenligt med reglemente, kommunfullmäktiges mål och riktlinjer. Vi har inte noterat några väsentliga avvikelser i den grundläggande granskningen. Flera delar av nämndens verksamhet har varit föremål för fördjupad granskning under året. Granskningen visar på ett antal förbättringsområden men också att nämnden har agerat för att förbättra verksamheten utifrån rekommendationer som lämnats tidigare år.

Årets granskning visar att nämnden arbetar med att ta fram en ny anvisning för skydds- och begränsningsåtgärder samt en förvaltningsövergripande utbildningsplan för demens i syfte att öka grundkompetensen. Samtidigt ser vi att det i dagsläget saknas bland annat lokala rutiner och egenkontroller för att säkerställa att dokumentationen av samtycke genomförs. Det saknas även samtycke för generella begränsningsåtgärder. Vi bedömer därför att nämnden kan stärka den interna styrningen och kontrollen.

Vi ser även att den interna styrningen i löneprocessen samt i arbetet kring inköp och upphandling kan stärkas. Detta för att bland annat stärka avtalstrohet, förbättra dokumentation av direktupphandlingar samt minska risken för oegentligheter.

Den samlade bedömningen grundar sig vidare på att det inte har framkommit några väsentliga brister i nämndens verksamhet i övrigt.

1.1 Rekommendationer

Utifrån årets granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.

- Nämnden rekommenderas att stärka sin interna styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Nämnden rekommenderas att beakta de förbättringsområden som identifieras i PwC:s granskning av inköp och upphandling.

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 genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt?
- Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
- 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 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 att nämnden i huvudsak har planerat och genomfört grunduppdraget i enlighet med reglementet. Vidare visar granskningen att nämnden har arbetat med de mål och uppdrag som fullmäktige har gett nämnden. Måluppfyllelsen och arbetet med fullmäktiges uppdrag har följts upp under året, i delårsrapporter och i årsrapporten.

Vi har noterat att flera nämndledamöter valt att inte delta i nämndens beslut om genomförandeplan och budget för 2026. Vi vill påpeka att detta inte fråntar berörda ledamöter ansvaret för nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat i förhållande till nämndens budget för 2026.

Inga större avvikelser har noterats nämndens hantering vid beslutsfattande.

2.2 Ekonomi

Nämnden ska se till att verksamheten drivs på ett ur ekonomisk synpunkt tillfredställande 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 i huvudsak har bedrivit verksamheten på ett tillfredsställande sätt, ur ekonomisk synpunkt. Granskningen visar vidare att nämnden har följt upp sin ekonomi kontinuerligt.

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 att nämnden har upprättat en samlad riskbild och en internkontrollplan. Riskhantering har i huvudsak skett inom väsentliga områden. Granskningen visar även att den interna kontrollen i huvudsak har följts upp och att nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll har utvärderats.

2.3.1 Granskning av 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 är att bedöma om den interna kontrollen inom löneprocessen är tillräcklig inom nämnden. Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier och stickprovsgranskning.

Granskningen visar att Göteborgs Stads rutiner och riktlinjer kring löneprocessen i stort efterlevs. Samtidigt visar granskningen på avvikelser kopplat till om det görs kostnadskontroller fullt ut innan löneutbetalningar. Det finns också avvikelser kopplat till kontroller av att det finns aktuella anställningsavtal för medarbetarna. Granskningen visar på ett behov av att stärka analysen inom löneprocessen gällande övertidsarbete.

2.4 Bedömning

Revisionskontorets bedömning, utifrån en översiktlig granskning, är att verksamheten i huvudsak har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer samtidigt att nämndens interna kontroll kan stärkas inom vissa delar. Det gäller framför allt den interna kontrollen inom löneprocessen som 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 analysen inom löneprocessen gällande övertidsarbete

Revisionskontoret lämnar följande rekommendation utifrån granskningen:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen inom löneprocessen.

3 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 risken för att individers rättigheter och personliga integritet kränks.

Inspektionen för vård- och omsorg (Ivo) har granskat tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas. Myndigheten identifierade allvarliga brister i bemanningen under nattetid inom vård- och omsorgsboenden för äldre och demensboenden, vilket kunde medföra att de boende blev inlåsta. Ivo konstaterar också att begreppsförvirring rådde i verksamheterna avseende begreppen skydds-, tvångs och begränsningsåtgärder samt samtycke.

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 vår granskning är 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. Den har avgränsats till demensenheter vid vård- och omsorgsboenden.

Följande revisionskriterier har använts

- 2 kap. 1 §, 5 kap. 1–3 §§, 10 kap. 3 §, 14 kap. 3 § och 27 kap. 5 § socialtjänstlagen (2025:400)
- 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

3.1 Granskningsresultat

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

3.1.1 Styrningen av arbetet med tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder kan stärkas

När det gäller styrningen på området, så finns en riktlinje kallad Göteborg Stads riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder. Den gäller för äldre- samt vård och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd och socialnämnden Sydväst. Riktlinjen 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 innehåller 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. Vidare visar granskningen att skrivningar om samtycke till skyddsåtgärder saknas i riktlinjen.

Under granskningens gång framkommer det att Göteborgs Stads riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder håller på att revideras. Varken de granskade enheterna eller högsta förvaltningsledningen har vid tillfället för granskningen fått information om revideringen. Tidplanen för arbetet har inte framkommit i vår granskning.

Förvaltningen har inte brutit ner riktlinjen i lokala rutiner eller anvisningar. Det finns inte heller några egenkontroller som rör användningen eller dokumentationen av skyddsåtgärder. Vid intervjuerna på de granskade enheterna framkommer det att alla inte har kännedom om riktlinjen.

Tre av de fyra enheterna/boendena är så kallade stjärnmärkta. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell som har tagits fram av Svenskt Demenscentrum². I

² Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. När 80 procent av medarbetarna på en arbetsplats har genomfört samtliga utbildningssteg som erbjuds och använder de verktyg som introducerats kan arbetsplatsen bli stjärnmärkt. Det går att läsa mer om stjärnmärkt och utbildningens upplägg på Svenskt Demenscentrums hemsida: [Stjärnmärkt – en utbildningsmodell | Demenscentrum](#)

utbildningen ingår bland annat nollvisionen som fokuserar på en demensvård utan tvång och begränsningar. Det fjärde boendet höll på med utbildningen samtidigt som granskningen genomfördes. Det är enhetschefen som tar initiativ till stjärnmärkning.

3.1.1.1 Samtycken för individuella skyddsåtgärder inhämtas

Samtliga granskade enheter har boende med skyddsåtgärder. Exempel på skyddsåtgärder som används är sänggrindar, fallmattor, dörr- och rörelselarm, kodlås på dörrar samt trygghetslarm. Vi ser att enheterna har kommit olika långt i sitt arbete med skyddsåtgärder. Vid en enhet har de i samband med granskningen gjort ett omtag kring arbetet. Enhetschefen har arbetat fram ett eget utbildningsmaterial som hen har gått igenom med medarbetarna på arbetsplats-träffar (APT). De har även haft fokus på att samla in och dokumentera samtycken i samband med skyddsåtgärder³. I intervjuerna framkommer att de tillsammans har gått igenom sin dokumentation och kompletterat med samtycken där de har saknats. Vid en annan enhet håller en enhetschef på att ta fram ett särskilt bildstöd i syfte att underlätta kommunikationen med boende som inte längre har tillgång till språket.

Granskningen visar att man oftast inhämtar samtycken kring individuella skyddsåtgärder från de boende. Samtycken kan inhämtas på olika sätt beroende på hur långt gångna individerna är i sin demenssjukdom. Om individerna inte verbalt kan ge sitt samtycke får personalen läsa av deras kroppsspråk som nickar eller andra gester. Tar exempelvis den boende bort sitt trygghetslarm från armen tolkar personalen detta som att personen inte samtycker. Vid användning av sänggrindar frågar personalen om den boende vill ha dem uppdragna varje gång de används, även om det finns samtycke. Anhöriga är inte behöriga att ge samtycke till skyddsåtgärder.

3.1.1.2 Inga samtycken för generella skyddsåtgärder

Förutom individuella skyddsåtgärder visar granskningen att det även finns generella åtgärder. Exempel på sådana åtgärder är staket runt boendet eller utmed innergården där grinden är låst samt i flera fall låsta dörrar in till enheten, hissen eller trapphuset. Koderna till de låsta dörrarna sitter på en lapp i närheten av koddosan. Granskningen visar att inga samtycken för dessa generella åtgärder inhämtades. De kan därför tolkas som otillåtna begränsningsåtgärder eftersom alla boende inte kan ta sig ut med hjälp av koden till följd av sin sjukdom.

I intervjuerna ser personalen framför allt låsen som en fördröjande åtgärd. Det möjliggör för dem att hinna fram innan en individ har hunnit gå ut. Då kan de i stället erbjuda sig att följa med på en promenad eller ge förslag på en annan aktivitet. Här uppstår ett dilemma mellan individens möjlighet att röra sig fritt och deras rätt till trygghet och säkerhet. Låsen hindrar individer från att gå ut och riskera att inte hitta tillbaka, vilket kan leda till fara för liv och hälsa. Samtidigt

³ Läs mer om granskning av dokumentationen nedan.

är de i lagens mening otillåtna, om de boende inte gett sitt medgivande till dem. Den gällande riktlinjen berör inte frågan om låsta dörrar och grindar

3.1.2 Dokumentationen av samtycken behöver stärkas

Enligt socialtjänstlagen ska beslut och åtgärder i ärendet dokumenteras⁴. Det innebär att ett samtycke som har lämnats för en skyddsåtgärd behöver dokumenteras.

Omsorgspersonalen och den legitimerade personalen har olika dokumentationssystem. I intervjuerna med personalen framkommer det att det finns en risk för bristande kommunikation mellan yrkesgrupperna eftersom de inte har tillgång till varandras dokumentationssystem. I varje lägenhet finns en omsorgspärm och en hälso- och sjukvårdspärm, där viktig information från respektive dokumentationssystem ska finnas utskriven.

Granskningen visar att det inte finns något skriftlig rutin eller anvisning kring var och hur de boendes skyddsåtgärder och samtycken ska dokumenteras. Granskningen visar däremot att det dokumenteras i genomförandeplanen. Det finns ingen egen rubrik för skyddsåtgärder och samtycken i planen utan det noteras under rubriken ”Känsla av trygghet”. Planerna följs upp minst var sjätte månad.

Granskningen av ett urval av genomförandeplaner visar att dokumentationen skiljer sig mellan de granskade enheterna. Vid två enheter dokumenteras i samtliga fall både vilka typer av skyddsåtgärder som används och att individen samtycker till dessa. I vissa fall anges även om samtyckena är muntliga eller inhämtade på annat sätt. Vid en enhet finns åtgärderna dokumenterade men ett samtycke saknas helt och de i övriga framgår det på ett mer indirekt sätt att de boende gett sina medgivanden. Vid ett boende framgår skyddsåtgärder men samtycket är bara klart dokumenterat i ett av sex granskade planer.

Personalen gör även daganteckningar där de kan notera om någon vill eller inte vill ha exempelvis sänggrinden uppe en specifik dag. Det är dock bara det mest väsentliga i daganteckningar som sedan förs över till journal var tredje månad.

3.1.3 Uppföljningen kan stärkas

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.

⁴ 14 kap 3 § socialtjänstlagen (2025:400)

3.1.3.1 Utbildning sker främst i samband med stjärnmärkning

På vård- och omsorgsboenden utförs omsorgsarbetet och insatser i teamsamverkan mellan omsorgspersonal och legitimerad personal. I arbetet används bland annat olika nationella kvalitetsregister i syfte att kvalitetssäkra och utveckla vården för individer som har en kognitiv sjukdom eller demenssjukdom⁵.

Vad gäller personalens kompetens så framkommer det i intervjuerna att man känner sig olika säker i arbetet med skyddsåtgärder. Det gäller såväl omsorgspersonal som legitimerad personal.

Det finns i dagsläget inte någon specifik utbildning på förvaltningen kring skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Den utbildning som personalen har tagit del av är i många fall knutna till att enheten eller boendet blev eller håller på att bli stjärnmärkt. Intervjuerna visar samtidigt att det inte alltid som den legitimerade personalen har deltagit i utbildningarna för stjärnmärkningen.

3.1.3.2 Ny förvaltningsövergripande utbildningsplan arbetas fram

I intervjuer med förvaltningen framkommer det att en verksamhetschef har fått i uppdrag att ta fram en utbildningsplan för demens. Inför arbetet genomfördes bland annat en kompetenskartläggning av den legitimerade personalens kunskaper.

Utbildningen är tänkt att ge en höjd baskompetens inom nollvisionen⁶ och ge samtlig personal inom förvaltningen, oavsett yrkesroll, en generell kunskap om demens. Utbildningsplanen består av två delar, där den första delen omfattar personalen inom samtliga avdelningar och den andra delen fördjupar kunskaperna för samtliga med undantag för personalen inom avdelning service.

Det framkommer även att förvaltningen har för avsikt att skapa tvärprofessionella demensteam samt att se till att det finns fördjupnings- och expertuppdrag i varje stadsområde.

3.1.3.3 Tvångs- och begränsningsåtgärder rapporteras som avvikelser

Om skyddsåtgärder används utan ett samtycke är det att betraktas som en otillåten begränsningsåtgärd. Granskningen visar att det har förekommit att personal slentrianmässigt dragit upp en sänggrind hos en boende utan att den boende har gett sitt medgivande. Detta har dokumenterats som en avvikelse.

Personalen på flera av enheterna berättar i intervjuerna om att det förekommit tillfällen när de har behövt använda sig av nödrätten. Detta har skett i akuta situationer exempelvis när en boende krossat glas som hen hotade personalen med. När nödrätten används dokumenteras detta i daganteckningarna. Det görs även en avvikelse som rapporteras i verksamhetssystemet Treserva.

⁵ Exempel på nationella kvalitetsregister som används i demensvården är BPSD-registret, SveDem samt Senior Alert. Syftet med dessa kvalitetsregister är bland annat att kvalitetssäkra och utveckla vården för att förbättra kvaliteten genom att samla in data och följa patienterna genom vårdkedjan.

⁶ Syftar till en demensvård utan tvång och begränsningar som även ges inom ramen för stjärnmärkning av vård- och omsorgsboenden.

En sammanställning av avvikelser rapporteras även som en del i den kvalitetsrapport som respektive vård- och omsorgsboende skriver varje år.⁷ Dessa ligger sedan till grund för den förvaltningsövergripande kvalitetsrapporten vilken biläggs nämndens årsrapport.

I kvalitetsrapporterna för 2024 från de granskade enheterna/boendena lyfts mycket översiktligt individuella skyddsåtgärder kopplat till inrapporterade fall och fallprevention. I den förvaltningsövergripande kvalitetsrapporten från 2024 nämns inte skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder specifikt, utan även här kort att individuella åtgärder införs för att minska risken för fall. Däremot lyfts problematik kopplat till beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) som en gemensam identifierad risk för vård- och omsorgsboenden i rapporten.⁸

Varje boende gör även en GAP-analys⁹. Analysen genomförs utifrån 15 uppföljningsfrågor med utgångspunkt i vård- och omsorgsboendenas grunduppdrag samt stadens värdighetsgarantier. Här bedöms bland annat hur väl man följer rutinen för samtycke.¹⁰ Granskningen visar att det inte finns någon rutin för samtycke kring skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Av intervjuerna framgår även att det finns vissa oklarheter i hur GAP-analysen som helhet ska användas.

Individuella handlingsplaner och/eller bemötandeplaner tas fram om det finns behov av sådana. Dessa tas fram i teamet ofta tillsammans med anhöriga.

Som inledningsvis nämnts finns inga egenkontroller kopplade till om det förekommer otillåtna tvångs- eller begränsningsåtgärder.

3.2 Bedömning

Revisionskontorets bedömning är att nämnden delvis har säkerställt att skyddsåtgärder används i enlighet med regelverket och att inte otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används. I dagsläget ger stadens riktlinje inte tillräckligt med stöd och vägledning i arbetet med skyddsåtgärder exempelvis vad gäller samtycke. Samtidigt saknas lokala rutiner, vägledningar och egenkontroller.

Vid tiden för granskningen ser vi också skillnader i hur långt demensenheter har kommit i sitt arbete med skyddsåtgärder och med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Avsaknaden av gemensamma rutiner och anvisningar gör att vissa enhetschefer på eget initiativ har tagit fram stöd exempelvis i form av utbildningsmaterial för personalen och bildstöd för kommunikation med

⁷ Andra delar som lyfts i kvalitetsrapporten är genomförda riskanalyser, egenkontroller, synpunkter och klagomål, lex Sarah rapporter samt resultat från brukarundersökningar.

⁸ Här identifieras att det finns en risk för att hyresgäster med denna problematik inte får sina behov tillgodosedda full ut eftersom det saknas särskilda vård- och omsorgsboenden med BPSD-inriktning.

⁹ I GAP-analysen bedömer man var i arbetet boendet befinner sig utifrån 15 områden som rör deras grunduppdrag och stadens värdighetsgarantier.

¹⁰ Under området "Social dokumentation och självbestämmande" i GAP-analysen ska boendet, förutom följa rutin för samtycke, väga samman hur det befinner sig i arbetet med att hyresgästen ska vara i centrum, följa rutin för social dokumentation och dokumentation ska ske utifrån strukturen Individens behov i centrum (IBIC).

omsorgstagarna. Mot bakgrund av detta bedömer vi därför att nämnden behöver stärka styrningen av arbetet med skyddsåtgärder.

I Svenskt Demenscentrums handbok kring nollvisionen framhålls att en klar policy med tydliga rutiner från ledningen är en viktig hörnsten för att förverkliga nollvisionen¹¹. Vi menar därför att det är bra att riktlinjen ses över och understryker vikten av att den ska ge både medarbetare och chefer det stöd som behövs i arbetet. Att förvaltningen även tar fram en gemensam utbildningsplan och utvecklar arbetssätten med hjälp av demensteam samt fördjupnings- och expertuppdrag är positivt.

Vi bedömer att nämnden behöver inhämta samtycken från boende i de fall de förekommer generella skyddsåtgärder. Låsta dörrar och grindar är i lagens mening otillåtna begränsningsåtgärder om de boende inte gett samtycken. Vi bedömer även att arbetet med och dokumentationen av samtycken kan stärkas. Om samtycke inte framgår i genomförandeplanerna är det svårt för omsorgspersonalen att veta vilka åtgärder de boende har gett sitt medgivande till.

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 de avvikelser och lex Sarah-utredningar som rör tvångs- och/eller begränsningsåtgärder eller att överväga om egenkontroller kan användas för att kunna synliggöra var brister finns i syfte att förbättra verksamheten.

Det är av största vikt att nämnden fortsätter att utveckla demensvården så att arbetet i så stor utsträckning som möjligt kan ske utan begränsningar och tvång. Det pågår mycket arbete inom området och vi vill understryka vikten av att både revideringen av riktlinjen genomförs och utbildningsplanen implementeras. 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 sin interna styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder.

¹¹ Svenskt Demenscentrum, *NOLLVISION - För en demensvård utan tvång och begränsningar*, https://www.demenscentrum.se/globalassets/arbete_med_demens_pdf/nollvision/handbok_nollvision_webb.pdf 2025-11-11

4 Inköp och upphandling

Under året har konsultbyrån PwC granskat inköp och upphandling på uppdrag av förtroendevalda revisorer.¹² Granskningen syftade till att bedöma om nämnden har säkerställt en tillräcklig intern kontroll vid inköp och upphandling. Syftet var också att bedöma nämndens ramavtalstrohet och om det finns risk för otillåtna direktupphandlingar.

Granskningen visar att nämnden har en ändamålsenligt utformad inköpsorganisation med en dokumenterad roll- och ansvarsfördelning samt tydliga utbildningskrav för beställare. Vidare visar granskningen att nämnden har rutiner för inköp och upphandling men att det finns behov av att se över att styrdokumentet är uppdaterade och aktuella.

Under året har flera utbildnings- och informationsinsatser genomförts inom området. Nämnden behöver emellertid se över hur utbildnings- och informationsinsatser kan stärkas i syfte att förbättra personalens kunskaper och på så sätt säkra efterlevnad av styrande dokument och lagstiftning.

Nämnden behöver även stärka avtalstroheten. Granskningen visar att det inte går att verifiera att fakturerade priser är korrekta. Fakturorna behöver vara tillräckligt specificerade i linje med gällande avtal. Samtidigt saknas i stickproven underlag som visar att dokumentationsplikten efterlevs, att direktupphandlingar är konkurrensutsatta eller att kontroller har genomförts. Mot bakgrund av detta har vi inte kunnat verifiera att förvaltningen har genomfört direktupphandlingar i linje med lag och riktlinje. Två av stickproven överskrider därutöver 100 tkr vilket innebär att de inte har genomförts i enlighet med lagstiftningen.

Granskningen visar samtidigt att det genomförs särskilda kontroller inom ramen för nämndens samlade riskbild och interkontrollplan samt leverantörskontroller. Kontrollaktiviteterna kan stärkas ytterligare för att säkra följsamhet till regelverk och ramavtal samt för att minska risker för oegentligheter. Det finns samtidigt kända arbetssätt för att hantera misstankar om oegentligheter.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen är vår bedömning att äldre samt vård- och omsorgsnämnden inte helt har säkerställt en tillräcklig intern kontroll vid inköp och upphandling.

Revisionskontoret lämnar följande rekommendation utifrån granskningen:

Nämnden rekommenderas att beakta de förbättringsområden som identifieras i PwC:s granskning av inköp och upphandling.

¹² Inköp och upphandling – Äldre samt vård- och omsorgsnämnden, december 2025

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 grundläggande granskning - ekonomi

Inom ramen för den grundläggande granskningen 2024 noterade vi att nämndens budget inte är bruttoredovisad. Granskningen resulterade i följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka följsamheten mot Göteborgs Stads regler för ekonomisk planering, budget och uppföljning.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att ta del av nämndens yttrande samt budget för 2026. Uppföljningen visar att budgeten för 2026 är bruttoredovisad.

5.1.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.

5.2 Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete

På uppdrag av förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2024 nämndens systematiska brandskyddsarbete (SBA) på vård- och omsorgsboenden. Granskningen resulterade i följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att säkerställa att samtliga vård- och omsorgsboenden kontinuerligt genomför brandskyddsövningar.

Vi har i år följt upp denna rekommendation genom att ta del av nämndens yttrande. Uppföljningen visar bland annat att förvaltningen samlar enhetschefer för träffar under våren för att påminna om att göra övningar. Övningarna följs därefter upp i förvaltningens årsrapport via uppföljningssystemet Stratsys.

Under året har även en utbildningstrappa tagits fram i syfte att stödja chefer i att planera och säkerställa att rätt kompetens finns. Det har samtidigt tydliggjorts vilket stöd som enhetscheferna kan få från Räddningstjänsten i Storgöteborg, från förvaltningens säkerhetsenhet och från chefslinjen. Säkerhetschefen tagit fram ett förslag på hur ansvaret för SBA kan fördelas i de fastigheter som delas av flera olika verksamheter.

Säkerhetschefen har även tecknat ett avtal med Räddningstjänsten i Storgöteborg om att genomföra utbildningar i brandskydd och systematiskt brandskyddsarbete som är särskilt anpassade för vård- och omsorgsboenden.

5.2.1 Bedömning

Vi ser att förvaltningen arbetar med att såväl fortsatt utbildning som att förtydliga ansvaret för SBA. Det är viktigt att detta arbete fortsätter. Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.

5.3 Uppföljning av det förebyggande arbetet mot undernäring inom hemtjänsten

På uppdrag av förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2024 det förebyggande arbetet mot undernäring i hemtjänsten. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att upprätta rutiner för att upptäcka och förebygga undernäring inom hemtjänsten i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att personalen har den kompetens den behöver för att förebygga och upptäcka undernäring.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande samt genom att ställa kompletterande frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att det pågår ett arbete i förvaltningen när det gäller att revidera anvisningen; *Göteborgs Stads anvisningar för måltider inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen*. När anvisningen är färdigställd planerar förvaltningen att kommunicera och implementera anvisningen i verksamheten.

Avdelning hemtjänst planerar vidare att utifrån anvisningen ta fram och implementera arbetet inom ramen för riktlinjen fast omsorgskontakt för att upptäcka och förebygga undernäring. Utgångspunkten i anvisningen är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring ska tillämpas vid bland annat genomförande av hemtjänst i ordinärt boende. I anvisningen beskrivs hur undernäring ska förebyggas, hur risker för undernäring ska upptäckas och när och hur hälso- och sjukvården ska kontaktas för en bedömning av näringstillståndet vid misstanke om undernäring hos en enskild. Förvaltningen beskriver vid uppföljande fråga att de inte har färdigställt anvisning och rutiner för att de ännu inte utsett en funktion/roll som ska ansvara för screening av eventuell undernäring/risk för undernäring.

När det gäller att säkerställa att personalen har den kompetens den behöver för att förebygga och upptäcka undernäring visar uppföljningen att förvaltningen genomför ett antal insatser för att stärka personalens kompetens. Avdelning hemtjänst har påbörjat att ta fram vilka delar som ska ingå i en introduktion för chefer där nutrition är en del. Vidare har enheter inom avdelning hemtjänst påbörjat reflektion utifrån så kallade kompetensblad, *äta och dricka*. Arbetssättet

innebär att personalen vid hemtjänstenheten arbetar med erfarenhetsutbyte och en strukturerad reflektion och dialog. Arbetssättet har testats i mindre skala under år 2025 med goda resultat och förvaltningen planerar att sprida arbetssättet till hela avdelningen under år 2026.

Arbetssättet med reflektioner utifrån kompetensblad, kommer framöver också att ingå vid introduktion av nyanställda samt vikarier. Vid introduktion av nyanställda ingår området, *mat, måltid och näring*. Syftet är att belysa vikten av mat och måltider för äldres hälsa och livskvalitet, särskilt inom hemtjänsten. Fokus ligger på praktiska arbetsmetoder för att tidigt identifiera risker för undernäring och för att förebygga negativ påverkan på hälsan hos äldre.

Avdelning myndighet har vidare initierat en skraddarsydd utbildningsinsats till socialsekreterare med fokus på måltider och undernäring. Utbildning planeras att genomföras under hösten 2026. Vidare planeras utvecklingen av en webbaserad utbildning som kommer vara tillgänglig via utbildningsportalen. Den digitala utbildningen kommer att utgå från de kunskaper och uppmärksamhetsområden som är centrala för socialsekreterares bedömning av behov relaterade till mat och måltider i samband med biståndsbedömningar.

5.3.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna. Det pågår aktiviteter och insatser för att komma till rätta med identifierade brister och revisionskontoret påpekar vikten av att nämnden säkerställer att planerade åtgärder genomförs.

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 följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att säkerställa följsamhet till rutinen om att ställa frågor om våld.

Nämnden för funktionsstöd och äldre samt vård- och omsorgsnämnden 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 intervjuer och granskning av dokumentation. Uppföljningen visar att arbetet med att implementera rutinen

om våld i nära relationer i verksamheten pågår. Avdelning myndighet samlar in statistik för att kunna följa upp antal genomförda screeningar där frågor om våld och ärenden där våld har identifierats. Det finns också planer på att samla in statistik för att kunna följa upp antal genomförda screeningar för frågor om våld och ärenden där våld har identifierats.

Förvaltningen vidtar flera åtgärder för att höja personalens kunskap på området våld i nära relationer. En åtgärd handlar om att se till att varje verksamhet har tillgång till en intern utbildare som ansvarar för att utbilda medarbetarna. En annan åtgärd är att utbildning om våld i nära relationer ingår som en del i introduktionsprogrammet för nyanställda. På avdelning Myndighet är målsättningen att alla socialsekreterare går en tvådagars utbildning i ämnet. Enligt förvaltningen är riktade utbildningar för medarbetare inom utförarverksamheterna ett fortsatt utvecklingsområde.

De interna utbildarna har i uppdrag att sprida information och kunskap om vilka stödinsatser som finns och ska hålla kontakt med socialförvaltning centrum. Enligt förvaltningen är kommunikationen med de andra socialförvaltningarna fortsatt ett utvecklingsområde, särskilt när det gäller samverkan kring skyddade boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Enligt förvaltningen har socialsekreterare som får reda på att det förekommer våld i nära relation ett ansvar för att informera våldsutövaren om att det finns stöd att få för att ändra sitt beteende. Detta är dock något som förvaltningen bedömer att de behöver arbeta mer med.

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 förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2024 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 hemtjänst.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande samt genom kompletterande frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att nämnden tagit fram en åtgärdsplan för att hantera bristerna som framkom i granskningen. Granskningen visar att arbetet med åtgärdsplanen pågår.

5.5.1 Bedömning

Arbetet med åtgärdsplanen pågår vilket gör att det är svårt att bedöma om effekterna av åtgärderna är tillräckliga. Med hänvisning till det bedömer vi att riskerna kvarstår fram till dess att arbetet är slutfört och en utvärdering av effekterna har genomförts. Revisionskontoret uppmanar därför nämnden att se till att vara informerad om hur arbetet fortlöper samt att en utvärdering genomförs när åtgärdsplanen är slutförd. Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.

5.6 Uppföljning av styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst

På uppdrag av förtroendevalda revisorer granskade revisionskontoret 2023 styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst. Granskningen resulterade tre rekommendationer varav följande rekommendation kvarstod från förra årets uppföljning:

Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna, förutom i de fall det är uppenbart obehövt, tilldelas en fast omsorgskontakt.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande. Uppföljningen visar att implementeringen av fast omsorgskontakt har varit ett prioriterat mål för Göteborgs Stads hemtjänst under 2025.

Nämnden följer upp fast omsorgskontakt två gånger per år i samband med uppföljningen av verksamhetsplanen och i samband med Socialstyrelsens enhetsundersökning.

Statistiken som följs upp i verksamhetsplanen omfattar andelen individer med hemtjänst som har en fast omsorgskontakt och andelen som uppenbarligen obehövt ej är i behov av fast omsorgskontakt. Statistiken från enhetsundersökningen redovisar andelen omsorgstagare som har erbjudits fast omsorgskontakt samt andelen som efter erbjudande har tackat ja till kontakten.

Sammantaget innebär uppföljningen att införandet av fast omsorgskontakt mäts och kan följas över tid.

5.6.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.