

2025-12-17

Extern granskning av verksamhet inom Förvaltningen för funktionsstöd i Göteborgs Stad

Lina Lenefors
Arne Svensson

Innehåll

1 Sammanfattning	3
2 Inledning	8
2.1 Uppdragets syfte och innehåll	8
2.2 Uppdragets genomförande.....	8
2.3 Rapportdisposition.....	10
3 Förvaltningen för funktionsstöd	11
3.1 Nämnden för funktionsstöd.....	11
3.2 Organisationsstruktur för förvaltningen för funktionsstöd	11
3.3 Delegation av beslutanderätt.....	13
3.4 Världighetsgarantier	14
3.5 Nämndens styrning, uppföljning och kontroll	15
3.6 Förvaltningens ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete	15
3.7 Avvikelsehantering och lex Sarah.....	18
3.8 Synpunkter från de intervjuade gällande ledning, styrning och uppföljning.....	20
4 Granskning av händelserna vid BmSS Hundraårgatan 32 våning 3	21
4.1 BmSS Hundraårgatan 32 våning 3	21
4.2 De boende på Hundraårgatan 32 våning 3.....	22
4.3 Klassificering av boendet	23
4.4 Arbetsledning vid boendet.....	24
4.5 Rapportering och hantering av avvikelser vid hundraårgatan 32 våning 3.....	25
4.6 Vidtagna åtgärder vid boendet utifrån anmälan till IVO enligt lex Sarah	28
4.7 Synpunkter från de intervjuade gällande genomförda åtgärder vid boendet.....	29
4.8 Verksamhetsuppföljning och rapportering i Stratsys	30
4.9 Brukarundersökningar och hantering av synpunkter	32
4.10 Övrig rapportering och dokumenterad information om boendet.....	32
4.11 Hanteringen av personalrelaterade åtgärder	37
4.12 Främsta anledningarna till att bristerna i verksamheten kunnat fortgå enligt de intervjuade ..	40
4.13 Nuvarande situation vid BmSS Hundraårgatan 32 våning 3.....	43
5 Vidtagna och planerade åtgärder på nämnds- och förvaltningsnivå	45
5.1 Nämndens beslut om åtgärder	45
5.2 Förvaltningens övergripande åtgärder	46
5.3 Synpunkter från de intervjuade gällande vidtagna och planerade åtgärder.....	47
6 Övergripande slutsatser och rekommendationer	48
6.1 Vad är anledningen till att systematisk vanvård kunnat fortgå vid boendet?.....	48
6.2 Boendets förutsättningar och personalgruppens kompetens.....	48
6.3 Brister i hantering och analys av inrapporterade avvikelser	49
6.4 Brister i förvaltningens styrning, uppföljning och kontroll	50
6.5 Rekommendationer	52

1 Sammanfattning

Professional Management AB har genomfört en extern granskning av en verksamhet inom Förvaltningen för funktionsstöd i Göteborgs Stad. Granskningen har genomförts på uppdrag av Nämnden för funktionsstöd under perioden augusti – december 2025. Syftet med uppdraget är att genomföra en oberoende granskning av de allvarliga brister och missförhållanden som framkommit vid det kommunala boendet på Hundraårgatan 32 våning 3.

Hyresgästerna som bor på Hundraårgatan 32 våning 3 har stora behov inom alla livsområden och det utförs även omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser. Målgruppen är personer med förvärvade hjärnskador, vilket ställer stora krav på personalens kunskaper, lyhördhet och förmåga att förhålla sig till de komplexa behoven.

Under den period som granskningen avser har över 500 avvikelser rapporterats in, varav 56 har markerats som lex Sarah. I december 2024 gjordes en anmälan till IVO enligt lex Sarah avseende allvarligt missförhållande vid boendet. Enligt denna hade enheten över tid brustit i att tillgodose de boendes psykiska, fysiska och sociala behov, trots att medarbetare i flera års tid rapporterat flera avvikelser och eventuella missförhållanden enligt lex Sarah. Av lex Sarah utredningen framkom det bland annat att de boende har varit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder, uteblivna insatser, dåligt bemötande, ingen kontinuitet i vård och omsorg, stor personalomsättning och utebliven medicinering och respons på larm med mera. Bristerna bedömdes vara omfattande, ha pågått över tid och upprepats.

Vår granskning visar att det funnits bristande förutsättningar att bedriva en kvalitativ verksamhet redan från start 2021. I grunden handlar det om att det vid boendet under flera åren funnits en dysfunktionell arbetsgrupp, där det skapats en osund arbetskultur. Situationen i arbetsgruppen kan bland annat kopplas till hög arbetsbelastning, informellt ledarskap och att vissa medarbetare saknat erforderlig kompetens, intresse och engagemang. Arbetsledningen har inte haft tillgång till nödvändiga verktyg för att komma till rätta med missförhållandena och har heller inte fått det stöd som behövts från HR, SAS och verksamhetschef. Individuellt ansvar har inte utkrävts av de medarbetare inom enheten som misskött sitt arbete.

Nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ska vara systematisk, förebyggande och utvecklingsinriktad och med rimlig grad säkerställa bland annat att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt, med fokus på kvalitet för dem verksamheten riktar sig till. Förvaltningen för funktionsstöd är Sveriges största funktionsstödsförvaltning med cirka 6 200 medarbetare fördelade på ca 400 enheter. Med denna storlek på verksamheten kan inte nämnden ha detaljerad kunskap om förhållandena på varje enskild enhet. Det är därför viktigt att förvaltningens interna styrning och uppföljning är utformad på ett sådant sätt att den ger förutsättningar för nämnden att styra verksamheten.

En väl fungerande systematisk uppföljning är också en förutsättning för lärandet inom förvaltningen. Genom en systematisk uppföljning skapas möjligheter till gemensam kunskapsutveckling, att sprida goda exempel och utveckla arbetsätten.

Chefer i linjeorganisationen ansvarar för att följa ledningssystemet och tillsammans med medarbetare systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra enhetens kvalitet inom sitt ansvarsområde. Det framgår dock inte hur ansvaret är fördelat mellan enhetschef, verksamhetschef och avdelningschef.

Att missförhållandena kunnat fortgå så lång tid vid boendet är således en effekt av mer generella brister i styrningen av förvaltningens verksamhet, framförallt när det gäller implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet, kompetensförsörjningen och hanteringen av personalärenden. Våra rekommendationer tar därför framförallt sikte på att bidra med underlag för det fortsatta utvecklingsarbetet på förvaltnings- och nämndnivå.

I nedanstående tablå sammanfattas vår bedömning för vart och ett av de granskningsområden som ingår i uppdraget.

Granskningsområde	Sammanfattande bedömning
<p>Klargöra hur systematiska vanvård kunnat fortgå under längre tid utan att tillräckliga åtgärder vidtagits.</p>	<p>Granskningen visar att det har funnits brister i styrning, uppföljning och kontroll. Det är oklart vilken styrmodell som har tillämpats inom förvaltningen.</p> <p>I avsaknad av adekvata kvalitetsmål - och en systematisk uppföljning av dessa - synes emellertid förvaltningen vad gäller kvaliteten ha tillämpat en tillitsbaserad styrning baserad på att varje nivå bedömer vad som behöver rapporteras uppåt. Olika personers subjektiva bedömningar av vad som kan anses vara en acceptabel kvalitet har därför varit avgörande för vilken information som förts vidare.</p> <p>Det har inte genomförts brukarundersökningar, brukarrevisioner eller anhörigundersökningar vid boendet. Brister framkommer inte heller av verksamhetsuppföljningen (Stratsys). Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller lagstiftningens krav har inte funnits.</p>
<p>Identifiera på vilka nivåer i organisationen det funnits brister i ledarskap, ansvarstagande och uppföljning.</p>	<p>Granskningen visat att det funnits brister på samtliga nivåer i förvaltningen. Nödvändiga åtgärder har inte vidtagits för att komma till rätta med en dysfunktionell arbetsgrupp, enskilda medarbetares misskötsamhet och ett informellt ledarskap vid boendet.</p> <p>Förvaltningen har både operativa och strategiska kvalitetsbrister när det gäller rapportering, utredning och uppföljning av avvikelser och lex Sarah utredningar.</p> <p>I avsaknad av ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete har det inte funnits en fungerande uppföljning av verksamhetens kvalitet. Därför har inte heller ansvar för brister utkrävts.</p>
<p>Utreda hur kommunikation, rapportering och signaler om oro eller avvikelser hanterats inom verksamheten och vidare upp i förvaltningens ledning.</p>	<p>Totalt har 533 avvikelser rapporterats in på boendet, varav 56 markerats som lex Sarah. Först i december 2024 gjordes dock en lex Sarah anmälan till IVO. Avvikelsehanteringen har inte fungerat tillfredsställande (utredningar har gjorts sent, åtgärder har inte följts upp etc).</p> <p>Ingen samlad analys har gjorts av avvikelser på aggregerad nivå som underlag för förvaltningsledningen att kunna jämföra kvaliteten vid olika verksamheter eller följa utvecklingen över tid.</p>

Granskningsområde	Sammanfattande bedömning
<p>Beskriva och granska hanteringen av personalrelaterade åtgärder, inklusive utköp och omplaceringar, ur ett arbetsrättsligt och ledningsmässigt perspektiv.</p>	<p>Dokumentationen som finns tillgänglig kopplat till personalärendena på boendet är mycket begränsad. Från boendets öppnande till augusti 2025 finns, trots allvarliga missförhållanden, endast dokumenterat ett medvetandegörande samtal (december 2022), två underrättelser om byte av arbetsplats (september 2024) och två överenskommelser om avslut av anställning genom utköp (januari 2025).</p> <p>Stödet från HR har varit svagt och ansvars- och arbetsfördelningen mellan HR och chefer i linjen oklar. Vår bedömning är att omplaceringar borde skett tidigare och att det har funnits skäl för uppsägning av personal som allvarligt misskött sitt arbete.</p>
<p>Belysa hur och varför information om allvaret i situationen inte nått högsta ledningen tidigare</p>	<p>Boendet har redan från start haft stora problem med bristande kompetens i personalgruppen i förhållande till behoven. Utmaningar i boendet har diskuterats återkommande i verksamhetsrådets ledningsgrupp och även lyfts till avdelningsnivå. Den information som rapporterats till högsta ledningen om boendet gäller ekonomin. Det finns ingen dokumentation som visar att information om vanvård lyfts till förvaltningsdirektör eller i förvaltningsledningen.</p>
<p>Analys av om strukturella hinder på något vis kan ha bidragit till att ansvar fördröjts eller att insyn och åtgärder försvårats</p>	<p>Förvaltningen är mycket stor med fyra chefsled. Det krävs därför en väl fungerande styrning och uppföljning baserad på en genomtänkt struktur av evidensbaserade styrformer som mål- och resultatstyrning och process- och regelstyrning. Det finns ingen evidens för att så kallad tillitsbaserad styrning och kommunikativt ledarskap fungerar för styrning av en stor och komplex välfärdsorganisation.</p>
<p>Bedöma hur läget är i dagsläget genom att intervjua brukare och anhöriga</p>	<p>Vi bedömer att det fortfarande finns stora utmaningar i boendet. Efter omplaceringen av tidigare personal har kompetensnivån förbättrats, men även idag finns brister i form av personalärenden, personalomsättning och svårigheter att rekrytera personal.</p> <p>Det behövs kontinuitet, ett närvarande ledarskap och en stabil arbetsgrupp med rätt kompetens för att bedriva det förändringsarbete som är nödvändigt för att beslutade åtgärder ska få effekt. Komplexiteten i verksamheten ställer höga krav på personalens kunskaper och kompetens.</p>

Rekommendationer

Nämnden och förvaltningen har redan tagit initiativ till en lång rad åtgärder för att förbättra och säkerställa kvaliteten inom förvaltningens verksamheter. Slutsatser och rekommendationer bör därför i dessa delar ses som stöd för initiativ som redan tagits.

Vi rekommenderar nämnden att:

- Genomföra en extern granskning av förvaltningens styrning i syfte att utveckla en evidensbaserad styrmodell baserad på en genomtänkt struktur av evidensbaserade styrformer som mål- och resultatstyrning, processtyrning och regelstyrning.
- Utöver information om de lex Sarah utredningar som leder till IVO-anmälan även begära en samlad analys av de lex Sarah utredningar som visar på missförhållanden, exempelvis i förvaltningens delårsrapporter och som underlag för nämndens årliga kvalitetsberättelse.
- På ett systematiskt sätt använda kvalitetsindikatorer för att följa verksamhetens kvalitet och säkerställa en positiv utveckling.
- Ge uppdrag till förvaltningen att kontinuerligt genomföra riskbaserade fördjupade egenkontroller av ett urval enheter, på liknande sätt som nu görs vid 30 identifierade enheter.
- Tillsammans med Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO) genomföra en granskning av strukturen för samverkan med Hälso- och sjukvårdsavdelningen inom ÄVO och de gemensamma processer som erfordras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.
- Genomföra en kartläggning och analys av avvikelshantering för perioden 2023 – 2025 för att följa upp följsamheten till beslutad process för avvikelshantering samt rutinerna för rapportering och utredning enligt lex Sarah.

När det gäller boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 rekommenderar vi förvaltningen att:

- Fortsätta arbetet med att följa upp genomförda och planerade åtgärder för att säkerställa att de ger önskad effekt.
- Tills vidare ha en enhetschef avdelad enbart för boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 för att säkerställa ett närvarande ledarskap samt möjlighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och aktivt arbeta med nämndens värdighetsgarantier tillsammans med hela arbetsgruppen.
- Skyndsamt implementera kompetensutvecklingsplanen baserad på kompetenskartläggningen.
- Säkerställa att personalen har den kompetens och introduktion som behövs för att följa vårdplaner och instruktioner.
- Säkerställa att det finns verktyg och kompetens för alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) så att alla brukares behov av kommunikationsstöd tillgodoses.
- Ha en bemanning som ger utrymme för personalen att genomföra meningsfulla aktiviteter med de boende.
- Eftersom flera av nuvarande hyresgäster på Hundraårgatan 32 våning 3 står i kö till annat boende bör det övervägas att, när dessa har kunnat beredas mer lämpligt boende, antingen förändra målgruppen till mindre vårdbehövande, minska antalet platser eller avveckla boendet.

Dessutom rekommenderar vi förvaltningen att:

- Vidareutveckla förvaltningens styrmodell baserad på en genomtänkt struktur av evidensbaserade styrformer som mål- och resultatstyrning och process- och regelstyrning.
- Säkerställa att förvaltningen har ett avvikelshanteringssystem som uppfyller förvaltningens behov.
- Ta fram en modell för systematisk analys av avvikelserapporter där analyser på enhetsnivå aggregeras till verksamhetsområdesnivå, avdelningsnivå och förvaltningsnivå.
- Arbeta mer med aggregerade analyser av avvikelser och synpunkter, uppföljning av åtgärder och återkoppling till berörda medarbetare.
- Säkerställa att all personal arbetar utifrån de värderingar som kommer till uttryck i nämndens värdighetsgarantier.
- Säkerställa att all personal har de språkkunskaper som krävs för kommunikationen med brukarna och för att förstå och följa de skriftliga och muntliga instruktioner som ges.
- Säkerställa att det finns metoder för alla verksamheter att ta in synpunkter från brukare och när så lämpligt från brukarens nätverk. Tydliggör ansvaret för att följa upp att alla verksamheter genomför brukarundersökningar och ge stöd till de verksamheter som inte själva har förmåga att genomföra brukarundersökningar.
- Myndighetens uppföljning av beslut åtföljs av en skriftlig bedömning av i vilken utsträckning den boendes behov tillgodosetts fram till uppföljningstillfället.
- Fortsätta påbörjat arbete för att stärka förvaltningens arbete med strategisk kompetensförsörjning, bland annat genom att kvalitetssäkra rekryteringsprocessen och ge enhetscheferna adekvat stöd vid rekrytering.
- Skapa förutsättningar för att rekrytera till anställning som undersköterska vid verksamheter med omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Tydliggöra vad som ska dokumenteras i personalärenden, hur det ska dokumenteras samt vilket ansvar HR-specialist respektive enhetschef har för dokumentationen.
- Utarbeta rutiner och stöd för hantering av misskötsamhet, omplaceringar, uppsägningar och utköp. Detta bör inkludera mallar för dokumentation av medvetandegörande samtal, varning och uppsägning.
- Ta fram befattningsbeskrivningar för enhetschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer.
- Överväga att införa mentorskap för nya enhetschefer.

2 Inledning

Professional Management AB har genomfört en extern granskning av en verksamhet inom Förvaltningen för funktionsstöd i Göteborgs Stad. Verksamheten som är föremål för granskningen, BmSS Hundraårgatan 32 våning 3, är ett kommunalt serviceboende som ingår i förvaltningen för funktionsstöd. Granskningen har genomförts på uppdrag av Nämnden för funktionsstöd under perioden augusti – december 2025.

2.1 Uppdragets syfte och innehåll

Syftet med uppdraget är att genomföra en oberoende extern granskning av de allvarliga brister och missförhållanden som framkommit vid det kommunala boendet på Hundraårgatan 32 våning 3.

I uppdraget ingår att:

- Klargöra hur systematiska vanvård kunnat fortgå under längre tid utan att tillräckliga åtgärder vidtagits.
- Identifiera på vilka nivåer i organisationen det funnits brister i ledarskap, ansvarstagande och uppföljning.
- Utredda hur kommunikation, rapportering och signaler om oro eller avvikelser hanterats inom verksamheten och vidare upp i förvaltningens ledning.
- Beskriva och granska hanteringen av personalrelaterade åtgärder, inklusive utköp och omplaceringar, ur ett arbetsrättsligt och ledningsmässigt perspektiv.
- Belysa hur och varför information om allvaret i situationen inte nått högsta ledningen tidigare.

Granskningen ska även omfatta en analys av om strukturella hinder, inklusive rättsliga eller organisatoriska ramar, på något vis kan ha bidragit till att ansvar fördröjts eller att insyn och åtgärder försvårats samt bedöma hur läget är i dagsläget genom att intervjua brukare och anhöriga.

Granskningen avser tiden från boendets start till maj 2025.

2.2 Uppdragets genomförande

Granskningen har genomförts av Lina Lenefors och Arne Svensson från Professional Management AB.

2.2.1 Metoder för datainsamling

Uppdraget har genomförts genom:

- **Genomgång av relevant dokumentation**
Vi har gått igenom och analyserat all tillgänglig dokumentation som har ställts till vårt förfogande. Detta innefattar bland annat:
 - rutiner, riktlinjer och andra styrdokument kring systematiskt kvalitetsarbete, intern kontroll, avvikelserapportering och lex Sarah
 - behovsutredningar, beslutsmeddelanden och uppdrag LSS resp IBIC för samtliga boende i den aktuella verksamheten
 - dokumentation från genomförda uppföljningar av den aktuella verksamheten
 - sammanställningar och analyser av inrapporterade avvikelser och förslag på åtgärder, samt dokumentation kring avrapportering och uppföljning av åtgärderna

- genomförda lex Sarah utredningar
- intern dokumentation kring personalrelaterade åtgärder, inklusive utköp och omplaceringar
- dokumentation av samråd med fackliga organisationer gällande personalrelaterade åtgärder, inklusive utköp och omplaceringar
- avrapporteringar till nämnd och protokoll från nämndsmöten
- minnesanteckningar från ledningsgruppsmöten och andra möten som ingått i styrningen och uppföljningen av verksamheten inkl personalrelaterade åtgärder
- IVO anmälningar samt åtgärdsplaner och uppföljningar från IVO
- sammanställning och analys av genomförda brukarundersökningar, anhörigundersökningar och medarbetarundersökningar

- **Intervjuer med ett urval nyckelpersoner**

Totalt har 45 personer intervjuats. Därutöver har några nyckelpersoner lämnat skriftliga svar på våra frågor. Följande personer/funktioner har intervjuats och/eller lämnat skriftliga svar:

- Åtta av nuvarande nio hyresgäster på Hundraårgatan 32 våning 3 har gett input till granskningen, sju muntligt och en skriftligt.
- Företrädare för boende
- Förvaltningsdirektör, avdelningschefer, verksamhetschefer och enhetschefer inom förvaltningen för funktionsstöd
- Medarbetare i aktuell verksamhet
- Nyckelfunktioner som MAS, SAS och HR-specialister
- Socialsekreterare och chefer på myndighetssidan
- Chefer och medarbetare inom Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO) som har svarat för hälso- och sjukvårdsinsatser vid boendet
- Facklig representant
- Nämndens presidium
- Funktionsrätt Göteborg

Urvalet intervjuade innefattar nyckelpersoner i dagens organisation och tidigare under den period som granskningen avser. Intervjuerna har genomförts individuellt, vanligen via Teams eller telefon. Inför intervjun har respondenterna fått information om uppdraget och en intervjuguide med övergripande frågeställningar. Vid intervjuerna har även efterfrågats kompletterande underlag och dokumentation.

Anhöriga, gode män och förvaltare har erbjudits att ge muntlig eller skriftlig input till granskningen. Endast företrädare för två av de boende har dock hörsammat detta och inkommit med input till granskningen. Även nuvarande och tidigare medarbetare vid boendet har fått förfrågan om att ge muntlig eller skriftlig input till granskningen. Vid förfrågan tydliggjordes att vi inte redovisar vilka medarbetare vi har intervjuat eller delar med oss av enskilda personers åsikter. Endast två medarbetare har varit beredda att medverka (en tidigare medarbetare och en av boendets nuvarande medarbetare).

- **Besök vid boendet**

Intervjuer med sex av boendets nio hyresgäster har genomförts på plats i boendet. Därutöver har en av de boende intervjuats per telefon och en har lämnat skriftliga svar. Två av intervjuerna har genomförts tillsammans med kontaktpersonal.

- **Lärseminarier**

Våra tentativa bedömningar, slutsatser och rekommendationer har presenterats och diskuterats i lärseminarium med förvaltningsledningen respektive gruppledarna i nämnden 2025-12-10. Synpunkter som framkommit vid dessa tillfällen har inarbetats i slutrapporten, som överlämnas till nämnden 2025-12-17.

- **Avstämningar med uppdragsgivaren**

Vi har haft avstämningar med presidiet under granskningens genomförande.

Vi har även haft regelbundna avstämningar med utsedd kontaktperson på förvaltningen för funktionsstöd, som även varit behjälplig med underlagsmaterial och kontaktuppgifter.

Förvaltningen har fått ett rapportutkast för faktakontroll.

Eftersom det snart har gått fem år sedan boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 startade är det naturligt att minnesbilderna har försvagats. Den dokumentation som finns tillgänglig är begränsad, men många av de intervjuade har gått tillbaka till egna minnesanteckningar för att säkerställa att den information de lämnar är korrekt. När så är möjligt har informationen validerats genom triangulering av uppgifter från olika källor, exempelvis att flera intervjuade lämnat samstämmiga uppgifter eller att en skriftlig uppgift bekräftats av intervju. Endast validerade uppgifter redovisas i rapporten.

Vissa tidsangivelser är osäkra, eftersom det förekommer olika uppgifter i olika dokument. Dessa oklarheter bedömer vi som mindre viktiga och de påverkar inte våra slutsatser och rekommendationer.

2.2.2 Rättsliga grunder och styrdokument

Granskningen har genomförts utifrån följande rättsliga grunder och styrdokument:

- Förvaltningslagen (2017:900)
- Kommunallagen (2017:725)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Socialtjänstlagen (2025:400)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Arbetsrättsliga lagar och regler
- Kommunstyrelsens reglemente
- Nämndens reglemente

2.3 Rapportdisposition

Rapporten inleds med en sammanfattning. Denna innehåller vår sammanfattande bedömning av varje granskningsområde. Kapitel 2 är en beskrivning av uppdraget och dess genomförande. I kapitel 3 beskrivs förvaltningen för funktionsstöd och nämndens styrning av verksamheten. Kapitel 4 beskriver verksamheten som är föremål för granskningen, samt de händelser som föranlett granskningen. I kapitel 5 redogörs för vidtagna och planerade åtgärder på nämnds- och förvaltningsnivå. Kapitel 6 innehåller våra övergripande slutsatser och rekommendationer.

3 Förvaltningen för funktionsstöd

Boendet som är föremål för granskningen, BmSS Hundraårgatan 32 våning 3, är ett kommunalt serviceboende som ingår i förvaltningen för funktionsstöd. I detta kapitel beskrivs förvaltningen för funktionsstöd, nämndens styrning av verksamheten och förvaltningens ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av de intervjuades synpunkter på förvaltningens ledning, styrning och uppföljning.

3.1 Nämnden för funktionsstöd

Nämnden för funktionsstöd i Göteborgs Stad ansvarar för att personer med funktionsnedsättning får den hjälp och det stöd de behöver, enligt lagen om stöd och särskild service till vissa funktionshindrade, LSS. Nämnden ger också insatser inom ramarna för socialtjänstlagen, SoL och hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Förvaltningen ska också stötta anhöriga som vårdar eller hjälper sina närstående.

Nämnden ansvarar bland annat för:

- olika former av LSS-insatser för cirka 8 600 personer
- daglig verksamhet för cirka 2 000 personer
- bostäder med särskild service (BmSS) för cirka 2700 personer
- boendestöd till cirka 2 600 personer.

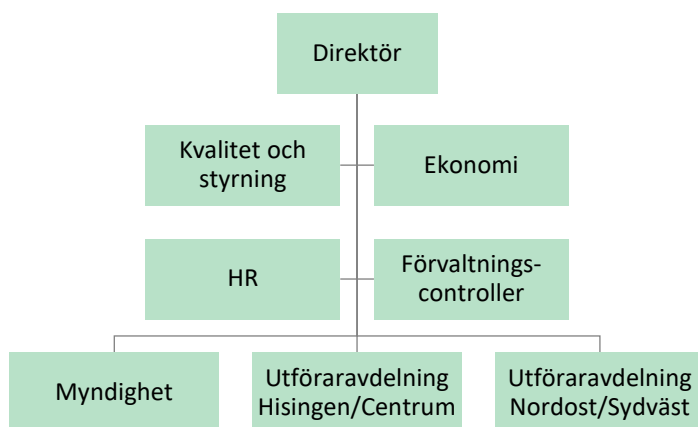
Nämnden sammanträder tio gånger per år (ordinarie sammanträden) och individutskottet sex gånger per år. Nämnden för funktionsstöd inrättades den 4 januari 2021 efter att Kommunfullmäktige fattat beslut om en ny nämndorganisation för Göteborgs Stad. Tidigare låg ansvaret för funktionsstödsfrågor inom dåvarande stadsdelsnämnder.

3.2 Organisationsstruktur för förvaltningen för funktionsstöd

Förvaltningen för funktionsstöd är Sveriges största funktionsstödsförvaltning med ungefär 6 200 medarbetare fördelade på ca 400 enheter.

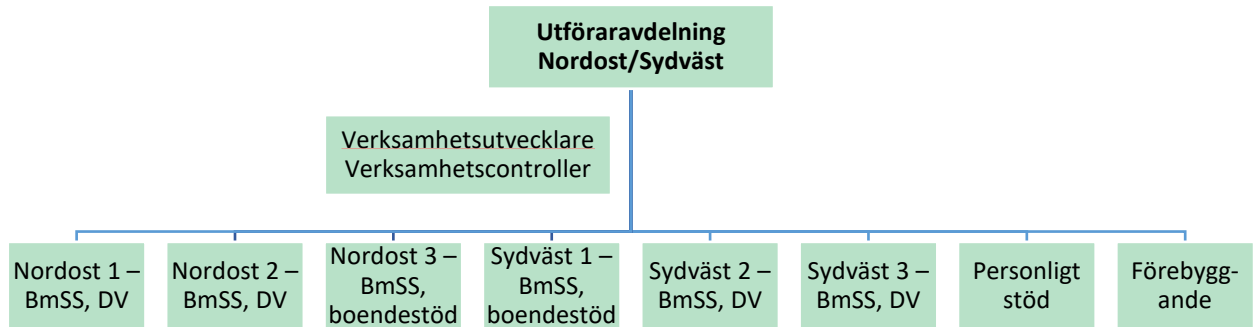
Förvaltningen genomförde en omorganisation i februari 2025. Av figuren nedan framgår förvaltningens nuvarande organisationsstruktur på en övergripande nivå.

Figur 1: Övergripande organisation, förvaltningen för funktionsstöd från 1 februari 2025



I nuvarande organisation tillhör BmSS Hundrarsgatan 32 våning 3 avdelningen *Utföraravdelning Nordost/Sydväst, område Nordost 2 – BmSS, DV*. Avdelningen är uppdelad i åtta verksamhetsområden, vilket framgår av figuren nedan. När det gäller daglig verksamhet, bostad med särskild service vuxna och boendestöd är ansvarsområdena uppdelade utifrån geografi i Nordost – Sydväst.

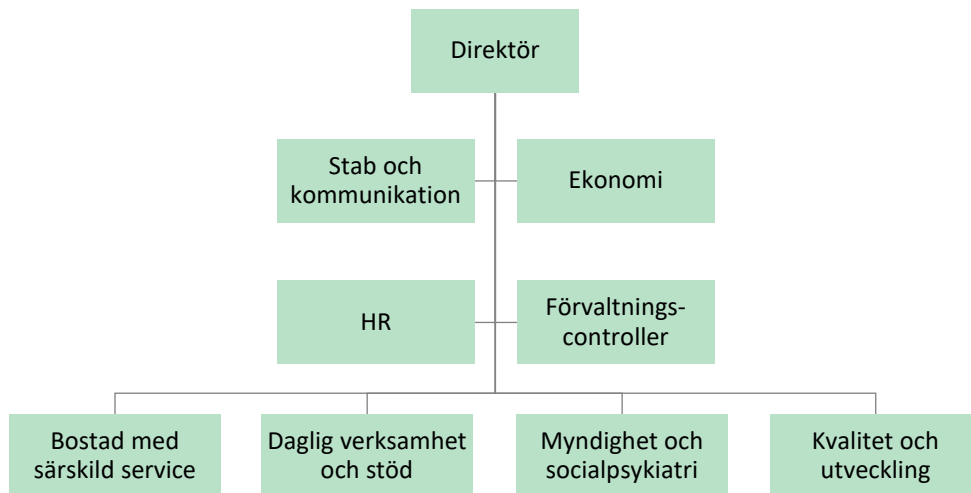
Figur 2: Organisation inom Utföraravdelning Nordost/Sydväst



3.2.1 Tidigare organisationsstruktur

Av figuren nedan framgår förvaltningens organisationsstruktur på en övergripande nivå före omorganisationen.

Figur 3: Övergripande organisation, förvaltningen för funktionsstöd t.o.m. januari 2025



Innan omorganisationen var BmSS Hundrarsgatan 32 våning 3 organisatoriskt placerad inom avdelningen *Bostad med särskild service, BmSS område Nordost nr 2*. Avdelningen var uppdelad i 10 verksamhetsområden. BmSS Nordost bestod av ca 18 enheter fördelade på två verksamhetsområden. Varje enhet leddes av en enhetschef som rapporterade till en verksamhetschef.

3.3 Delegation av beslutanderätt

Delegationsordningen innehåller de beslut som nämnden delegerar till annan att fatta beslut om. I vissa ärenden anger kommunallagen att beslutanderätten inte får delegeras, utan att beslut ska fattas av nämnden. Det gäller bland annat ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

Beslut som fattas med stöd av delegation har samma rättsverkan som om det hade fattats av nämnden. En allmän förutsättning för den som får utöva delegerad beslutanderätt är alltid att riktlinjer och övriga bestämmelser för verksamheten ska följas.

Det finns två olika områden där delegering används som är separerade, kommunalrättslig delegering och medicinerättslig delegering:

- Kommunalrättslig delegering innebär att en nämnd överför självständig beslutanderätt till en förtroendevald eller tjänsteperson (6 kap. 37-40 §§ och 7 kap. 5-8 §§ kommunallagen).
- Medicinerättslig delegering innebär att hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan, om det är förenligt med kravet på en god och säker vård (patientsäkerhetslagen).

Kommunallagen skiljer mellan beslut som kräver att det finns en delegation och beslut som innebär ren verkställighet. Gränsdragningen mellan delegering och ren verkställighet är inte helt klar. Delegering innebär överlåtande av en beslutsfunktion, vilket betyder att delegaten - den som fått rätten att fatta ett visst beslut - inträder i nämndens ställe. Beslutet ska kunna överklagas antingen genom laglighetsprövning eller förvaltningsbesvär. Övriga beslut, så kallade beslut av verkställighetskaraktär, utgörs av åtgärder som normalt finns inom tjänstepersonens område.

Interna beslut och ställningstaganden som avser den inre verksamheten, till exempel de flesta personaladministrativa beslut och beslut i den löpande driften, räknas till verkställighet och omfattas inte av delegeringsrätten. Sådan beslutanderätt kan framgå av arbetsbeskrivningar, ekonomi-/personalhandbok och liknande.

Beslut i kommunallagens mening kan alltså delegeras av nämnden. Nämnden för funktionsstöd har beslutat att överlåta till förvaltningsdirektören att vidaredelegera till annan anställd inom förvaltningen. Nämnden överlämnar beslutanderätten i ett visst ärende eller i en viss grupp av ärenden till förvaltningsdirektören. Denne kan därefter besluta om vidaredelegation till annan befattningshavare.

Den som har fattat ett beslut med stöd av delegation ska dokumentera detta i enlighet med gällande lagstiftning. Även beslut som inte är direkt reglerade i lag ska dokumenteras så att det klart framgår vilka beslut som fattats, beslutsfattare och beslutsdatum.

Den som har fattat ett beslut med stöd av delegation ska anmäla detta till förvaltningsdirektören, som anmäler besluten till nämnden. Beslut i socialtjänstens individärenden anmäls till individutskottet, vars protokoll sedan anmäls till nämnden. Beslut av verkställighetskaraktär behöver inte anmälas.

Vilken eventuell delegering som gäller för olika typer av ärenden framgår under respektive avsnitt nedan (exempelvis beträffande avvikelshantering och personalfrågor).

3.3.1 Beslutsnivåer i delegationssystemet

Enligt förvaltningens nu gällande delegationsregler¹ finns följande fem beslutsnivåer:

- **Beslutsnivå 1:** Förvaltningsdirektör (FD)
- **Beslutsnivå 2:** Avdelningschef (AC, AC Ekonomi, AC HR, AC KoS, AC Utföraravdelning). Avdelningschef har det övergripande ansvaret för en avdelning och är direkt underställd förvaltningsdirektören och ingår i förvaltningsledningen. Med uppdraget följer budget- och personalansvar.
- **Beslutsnivå 3:** Verksamhetschef (VC). Verksamhetschefen är underställd avdelningschefen. Verksamhetschefen har personal- och budgetansvar för sitt avgränsade uppdragsområde.
- **Beslutsnivå 4:** Enhetschef (EC). Enhetschefen är underställd avdelningschef eller verksamhetschef. Enhetschefen har personal- och budgetansvar för sin enhet.
- **Beslutsnivå 5:** Handläggare. Handläggare är beslutsfattare utan personal- och budgetansvar som vidtar de åtgärder som behövs för att beslut ska kunna fattas i ett ärende.

Fram till 28 januari 2022 hade förvaltningen ytterligare en beslutsnivå i delegationsordningen. Utöver beslutsnivåerna ovan fanns följande beslutsnivå:

- **Gruppchef (GC).** Gruppchefen har personal- och budgetansvar för sitt avgränsade område. Gruppchefen är underställd enhetschefen.

3.4 Världighetsgarantier

Nämnden för funktionsstöd har beslutat om följande världighetsgarantier:

- **Bemötande** - Vi respekterar dig, din integritet och dina upplevelser. Vi visar omtanke och bemöter dig med världighet och medmänsklighet. Vi har förståelse för att din situation är unik.
- **Kommunikation och kompetens** - Du ska kunna förstå oss och vi ska förstå dig. Vi har kunskap om dina funktionsnedsättningar, kommunikationssätt och ger stöd i att använda de hjälpmedel du behöver.
- **Självständighet och delaktighet** - Vi stöttar och möjliggör för dig att kunna vara delaktig och påverka din situation. Vi utgår från dina förmågor och uppmuntrar dig till att vara självständig och självbestämmande.
- **Trygghet och kontinuitet** - Du ska trivas och känna dig trygg. Alla som ger dig stöd ska känna till dina behov och hur du vill att stödet ges. Stödet ska präglas av kontinuitet och förutsägbarhet.
- **Synpunkter och kontakt** - Du ska veta vem du kan vända dig till med önskemål och synpunkter kring ditt stöd. Det ska kännas enkelt och tryggt att kontakta oss. Vi lyssnar på dina synpunkter och du ska få ett tydligt svar.

Världighetsgarantierna implementerades under 2022 och ska göra det tydligt vad berörda kan förvänta sig av den service och det stöd som erbjuds.

¹ Nämnden för funktionsstöds delegationsordning 2025-08-28

3.5 Nämndens styrning, uppföljning och kontroll

Nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ska vara systematisk, förebyggande och utvecklingsinriktad och med rimlig grad säkerställa att²:

- verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt, med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till,
- verksamheten långsiktigt bidrar till en hållbar utveckling och en god ekonomisk hushållning utifrån ett helhetsperspektiv,
- lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer som berör verksamheten följs,
- informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig.

Styrningen, uppföljningen och kontrollen av verksamheten ska också bidra till att oavsiktliga och avsiktliga fel och brister kan upptäckas i tid.

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. Stadsrevisionen har 2024 översiktligt granskat nämndens interna styrning, uppföljning och kontroll³. Stadsrevisionens granskning visar att nämnden har upprättat en samlad riskbild och en intern kontrollplan. Riskhantering har enligt Stadsrevisionen i huvudsak skett inom väsentliga områden. Stadsrevisionens granskning visar även att den interna kontrollen har följts upp och att nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll har utvärderats.

3.6 Förvaltningens ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete

3.6.1 Styrande dokument

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst eller verksamheter enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är skyldig att ha ett kvalitetsledningssystem. Utformning och omfattning regleras av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I det ingår att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Förvaltningen för funktionsstöds systematiska kvalitetsarbete beskrivs i anvisningen *”Förvaltningen för funktionsstöds anvisning för systematiskt kvalitetsarbete”* och i Göteborgs Stads gemensamma ledningssystem för välfärdens processer⁴. Anvisningen innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvalitén i verksamheten. Ledningssystemet utgår från PDSA-hjulet (se avsnitt 3.6.2) och inkluderar stöd i arbetet med att planera, genomföra, utvärdera och förbättra.

Dokumentation sker till viss del i verksamhetsplanen, delårsuppföljning och årsrapport i planering- och uppföljningssystemet Stratsys. Dokumentation och utredning av enskilda avvikelser sker i en avvikelsemodul i verksamhetssystemet Treserva. Resultatet av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete beskrivs årligen i nämndens kvalitetsberättelse respektive patientsäkerhetsberättelse.

² Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll, senast reviderad 2024-03-21

³ Stadsrevisionen: Granskning av nämnden för funktionsstöd – verksamhetsåret 2023 2024-04-09

⁴ [Ledningssystem | Göteborgs Stad](#)

3.6.2 Kvalitetsarbete utifrån PDSA-hjulet

Nedan beskrivs de olika stegen i förvaltningens kvalitetsarbete utifrån PDSA-hjulet:

➤ Steg 1: Planera

I detta steg ingår att identifiera krav och mål i lagstiftningen, planera arbetet för att säkerställa krav och mål samt genomföra riskanalys. Chef ansvarar för att göra en nulägesanalys med riskbedömning inför varje nytt verksamhetsår i planerings – och uppföljningssystemet Stratsys. I nulägesanalysen ska analys av resultat från brukarenkäter, avvikelser och synpunkter finnas med. Riskanalysen ska vara ett stöd i att kunna ta fram prioriterade utvecklingsområden för verksamheten. Detta behöver ske både på enhet, verksamhet och avdelningsnivå. Riskanalys kan även behöva genomföras inför olika förändringar av verksamheten.

➤ Steg 2: Genomföra

I detta steg ingår att arbeta utifrån fastställda processer och rutiner. Under genomförandet ingår även att ta emot rapporter, synpunkter och klagomål, samt att utreda, sammanställa och analysera dessa. Chef ansvarar för att medarbetarna får information om de processer och rutiner och som styr arbetet.

➤ Steg 3: Utvärdera

Verksamheterna har flera olika verktyg för att utvärdera sina arbetssätt och därigenom driva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. I anvisningen redovisas följande verktyg:

- **Egenkontroll:** Egenkontroll är ett verktyg för att du som chef ska kunna säkerställa att de processer och rutiner som styr verksamhetens följs.
- **Avvikelsehantering:** Avvikelsehantering är ett verktyg för att säkerställa och förbättra processer och arbetssätt utifrån inrapporterade avvikelser från medarbetare. Avvikelse registreras, utreds och åtgärdas av den berörda verksamheten. Ansvarig chef behöver granska orsaken till avvikelser för att hitta mönster och trender som kan peka på utvecklingsområden.
- **lex Sarah:** Alla som arbetar inom verksamheter som styrs av SoL och/eller LSS är skyldig enligt lag att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i verksamheten
- **Vårdskada - anmälan om lex Maria:** En vårdskada ska utredas av MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska). Allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- **Synpunktshantering:** Genom att ta emot synpunkter från invånare och brukare kan ansvarig chef uppmärksamma brister och genomföra förbättringar både för den enskilde och för verksamheten.
- **Värdighetsgarantier:** Nämnden för funktionsstöd beslutade att införa värdighetsgarantierna 2021. Garantierna ska göra det tydligt vad brukare, anhöriga och närstående kan förvänta sig av det stöd som förvaltningen erbjuder. Inkomna synpunkter kategoriseras enligt de fem värdighetsgarantierna
- **Brukarundersökningar:** Syftet med undersökningarna är att få kunskap om hur brukarna upplever kvalitet för att sedan tillsammans med brukarna kunna utveckla och förbättra verksamheten. Framförallt är jämförelse, dialog och analys på respektive enhet viktig men också återkopplingen till de som svarat på enkäten.
- **Brukarrevisioner:** Brukarrevision är en metod där brukare intervjuar brukare. Revisionen ger en fördjupad kunskap om vad brukarna tycker om verksamheten. Brukarrevisionen är ett komplement till andra metoder. Brukarrevisioner görs internt i förvaltningen samt av andra aktörer så som Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg.

- **Granskningar:** Granskningar genomförs bland annat av Göteborgs Stadsrevisorer men även av Inspektionen för vård och omsorg IVO.
- **Analys:** Resultat utifrån olika delar som är genomförda behöver utvärderas. Exempel på detta är resultat av genomförda brukarenkäter, analys av inkomna avvikelser och synpunkter samt olika externa granskningar. Resultatet av utvärderingen tas med i kommande nulägesanalys inför nästa års verksamhetsplan och är underlag för att ta fram utvecklingsområden för avdelningen/verksamheten och enheten. Utöver att göra en riskbedömning i nulägesanalysen som underlag till kommande års verksamhetsplan behövs även vid behov analyser och utvärdering göras med tätare intervaller.

➤ **Steg 4: Förbättra**

Genom de olika aktiviteterna som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet får verksamheten kännedom om brister från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Sådana brister ska åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras. Framkommer brister ska detta medföra att verksamheter ser över sina processer och rutiner.

När verksamheten kommit fram till vilka brister som finns och vilka åtgärder som behöver göras är det av vikt att dessa följs upp och utvärderas för att se om de åtgärder som tagits fram ger avsedda effekter. Åtgärder kan beskrivas i verksamhetsplanen. I anvisningen poängteras att åtgärder ska följas upp och analyser för att bedöma om det är rätt åtgärder som verksamheten tagit fram eller om mer behöver göras för att nå resultat.

3.6.3 Roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet

Roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet framgår av förvaltningens anvisning för systematiskt kvalitetsarbete. Ägare av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är *Avdelningschef kvalitet och utveckling*. Inom förvaltningen finns även Kvalitets- och processamordnare som bland annat samordnar förvaltningens kvalitetsarbete och följer upp efterlevnad till processerna samt Centrala processledare som bland annat leder processteam och ansvarar för publicering av processer.

Chefer i linjeorganisationen ansvarar för att följa ledningssystemet och tillsammans med medarbetare systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra enhetens kvalitet inom sitt ansvarsområde. Det framgår dock inte hur ansvaret är fördelat mellan enhetschef, verksamhetschef och avdelningschef.

I linjechefernas ansvar ingår att:

- Ha uppsikt över arbetet och efterfrågar löpande observationer, lärdomar och avvikelser.
- Ha en nyckelroll i att tolka informationen från medarbetarna och identifiera knäckfrågor som enheten behöver lösa och lära av.
- Utredda avvikelser och synpunkter enligt de rutiner som finns och använder resultatet från dessa för att utvärdera och förbättra verksamheten.
- Göra analyser av resultat från brukarenkäter, brukarrevisioner och andra undersökningar som genomförts i enheten för att kunna ta fram utvecklingsområden att fortsätta arbeta vidare med.

Samtliga medarbetare ansvarar för att medverka i enhetens kvalitetsarbete, vilket framgår som en skyldighet enligt både socialtjänstlagen och LSS. I detta ingår bland annat att lägga in avvikelser och synpunkter när de sker enligt den rutin som finns. Medarbetarna ska också signalera till chef när något

inte fungerar, visa på förbättringsmöjligheter och engagera sig i att hitta nya lösningar för att förbättra verksamheten och öka nyttan för de verksamheten riktar sig till.

MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att genomföra tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt hälso- och sjukvårdslagen. MAS ansvarar för att utreda och anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient utsätts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det (vårdskada).

SAS (socialt ansvarig samordnare) ansvarar för utredning och bedömning av missförhållande enligt lex Sarah samt för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden. SAS genomför utredning och fattar beslut i denna. Efter klagjord utredning informerar SAS ansvarig chef och verksamheten om resultatet. SAS gör även en övergripande analys för hela verksamhetsområdet som en del i uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar ansvarar bland annat för att organisera patientsäkerhetsarbetet, handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet, ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten, ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten, rapportera legitimerad medarbetare som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Utöver roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet finns även dokumenterad ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet inom nämnden för funktionsstöd.

3.7 Avvikelsehantering och lex Sarah

3.7.1 Avvikelsehanteringen är lagreglerad

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) har hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Motsvarande bestämmelser finns i 27 kap. 2 § socialtjänstlagen (SoL 2025:400) för personal som fullgör uppgifter inom socialtjänsten samt för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS. I Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 regleras även skyldigheten för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. I samma föreskrift regleras att den som bedriver socialtjänst alternativt verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa.

3.7.2 Avvikelsehanteringsprocessen

Avvikelsehanteringen är en del av stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg samt hälso- och sjukvård. I avvikelsehanteringen ingår att identifiera och rapportera avvikelser, kartlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten.

Förvaltningen för funktionsstöd, Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen och stadens fyra socialförvaltningar har en överenskommelse om en gemensam process för avvikelsehantering. Förvaltningen för funktionsstöd samordnar arbetet och är processägare. Processen "Hantera avvikelse" omfattar alla avvikelser, händelser, klagomål och synpunkter som rapporteras av personal. Processen omfattar även lex Sarah, vårdskada och avvikelser i annan organisation. Arbetsmiljöfrågor samt

synpunkter och klagomål från medborgare omfattas inte av avvikelseprocessen utan hanteras enligt egna rutiner.

Om lex Sarah är ikryssad i avvikelserapporten ska SAS kontaktas utan dröjsmål (senast nästkommande vardag). Detsamma gäller om rapportör inte har kryssat för lex Sarah men ansvarig chef anser att händelsen ska utredas enligt lex Sarah. Vid en eventuell vårdskada bör samråd ske med MAS eller MAR.

3.7.3 *Brister i hanteringen*

Av förvaltningens årsrapport 2024 framgår att det finns indikationer på ett visst mörkertal gällande lex Sarah-rapportering från verksamheterna. Förvaltningen har tidigare genomfört en intern granskning av följsamheten till avvikelseprocessen och den fastställda rutinen för rapportering av lex Sarah. Granskningen avsåg helåret 2021 och tertiäl 1-2 2022. Granskningen visade att det fanns en mängd avvikelserapporter som inte hade kommit till SAS kännedom och som därför inte blivit utredda enligt gällande rutin. Mellan tertiäl 1 och 2 år 2022 hade antalet ej inkomna lex Sarah-rapporter gått ned från 71% till 47%, vilket bedömdes vara en positiv utveckling, men inte ett acceptabelt resultat. Motsvarande uppföljning av följsamheten till avvikelseprocessen har inte genomförts sedan 2022.

Av förvaltningens årsrapport 2024 framgår även att det finns brister i förvaltningens nuvarande systemstöd, vilket försvårar en djupgående analys. Behovet av ett förbättrat IT-stöd för avvikelshanteringen betonades redan i nämndens kvalitetsberättelse 2022.

I en behovsinventering från oktober 2024 noterades ett antal brister kopplat till förvaltningens avvikelshanteringssystem. Utifrån behovsinventering har avdelningschef Kvalitet och styrning fattat beslut att förvaltningen ska övergå till att använda IT-systemet DF Respons för avvikelshanteringen. En fördel med systemet anses vara att även synpunktshanteringen kan hanteras i systemet. Det finns ännu ingen tidplan för införandet av det nya avvikelshanteringssystemet.

3.7.4 *Gällande delegation*

Enligt tidigare delegationsordning skulle anmälan av allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande till IVO anmälas till individutskottet. Nämnden för funktionsstöd beslutade 2025-06-25 att i delegationsordningen komplettera med att anmälan enligt lex Sarah om påtaglig risk för allvarligt missförhållande till IVO även ska anmälas till nämnden, inte enbart till individutskottet. Vid nämndsammanträde 2025-08-27 beslutades om revidering i delegationsordningen som innebär att anmälan enligt lex Sarah till IVO endast ska redovisas till nämnden istället för till individutskottet. Beslutet att anmälan ska gå till nämnden bedöms som rimlig sett till risken för fördröjning av information då individutskottet enbart sammanträder sex gånger per år jämfört med nämnden som sammanträder tio gånger per år.

Följande delegation av beslutanderätt gäller för avvikelshanteringen (delegation 5.2.4):

- a) Ta emot rapport om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande (lex Sarah)
Lägsta beslutsnivå: Närmaste överordnade chef
- b) Ta emot information om rapport om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande (lex Sarah) från enskild verksamhet, annan nämnd eller statlig myndighet
Lägsta beslutsnivå: SAS
- c) Utreda samt avsluta utredning med beslut
Lägsta beslutsnivå: SAS

- d) Anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande till IVO
Lägsta beslutsnivå: SAS. Anmäls till nämnd.

Av protokollen från nämndsammanträdena i augusti, september och oktober framgår att nämnden fått information om två anmälningar som gjorts till IVO enligt lex Sarah om påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Den ena anmälan avsåg brister i verkställandet av beslut och i det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med ledningssystem för kvalitet. Den andra anmälan avsåg brister i att tillgodose de boendes psykiska, fysiska och sociala behov. Av protokollen framgår även att nämnden fått återrapportering av inkomna beslut från IVO samt information om kommande anmälan till IVO enligt lex Sarah.

Från och med nämndsammanträdet i september 2025 finns nu även anmälan av delegationsbeslut från SAS med bland handlingarna. Hittills har totalt 40 beslut som fattats under perioden juli-september 2025 kopplat till lex Sarah utredningar anmälts till nämnden. Dessa beslut gäller således lex Sarah utredningar som inte föranlett anmälan till IVO.

3.8 Synpunkter från de intervjuade gällande ledning, styrning och uppföljning

En av granskningsfrågorna är på vilka nivåer i organisationen det funnits brister i ledarskap, ansvarstagande och uppföljning. Enligt flera intervjuade har förvaltningen brustit i ledning, styrning, ansvarstagande och uppföljning i alla nivåer. Vid intervjuerna framkommer att förvaltningsledningen saknat tillräcklig information och kunskap om situationen vid Hundrarsgatan 32 våning 3, trots att problemen uppmärksammats vid flertalet tillfällen från ordinarie personal, vikarier, enhetschefer, HR-specialister samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Överlag anses det tydligt att det är chefs ansvar att kommunicera brister och svårigheter i verksamheten uppåt i linjen. Samtidigt menar dock vissa intervjuade att det inte är helt tydligt vilka verksamhetsfrågor som ska hanteras på olika nivåer och vad som ska rapporteras uppåt. Av intervjuerna framkommer att alla lex Sarah utredningar och icke verkställda beslut ska tas upp i ledningsgruppen på verksamhetsområdesnivå.

Enligt flertalet intervjuade pågår ett positivt utvecklingsarbete inom förvaltningen med fokus på att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Det finns sedan tidigare ett systematiskt kvalitetsledningsarbete inom förvaltningen, men det har enligt många intervjuade funnits behov av att utveckla uppföljningen och stärka det organisatoriska lärandet utifrån kvalitetsuppföljningen. Vissa av de intervjuade menar att förvaltningsledningen i allt för hög grad förlitat sig på verksamheternas egenkontroll.

En brist som några intervjuade lyfter är att det saknas befattningsbeskrivningar för enhetschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer. Inom staden finns dokument som anger vad som ingår i en chefs roll, men det finns inom förvaltningen inga arbetsbeskrivningar eller befattningsbeskrivningar som tydliggör vad som ingår i chefs roll på olika nivåer i organisationen. Detta skapar en oklar ansvars- och arbetsfördelning.

Ett viktigt underlag för kvalitetsarbetet är avvikelshantering och lex Sarah utredningarna. Vid intervjuerna framkommer att det finns processer, anvisningar och tydlig ansvarsfördelning för avvikelshantering och lex Sarah. Flera intervjuade lyfter dock att det under flera år funnits en stor mängd icke hanterade avvikelser för boendet på Hundrarsgatan 32 våning 3. Det finns även tidigare lex Sarah utredningar som enligt intervjuade borde lett till att verksamheten anmälts till IVO. Anledningen till att detta inte skett är enligt intervjuade att det har saknats analys av mönster i återkommande

avvikelser. Dessa brister är inte endast kopplade till Hundraårgatan 32 våning 3. Enligt flera intervjuade har det funnits en "utredningsskuld" i hela förvaltningen och brister i användningen av avvikelsestatistik för uppföljning och jämförelser mellan olika verksamheter. Idag har förvaltningens SAS-grupp ändrat sitt arbetssätt så att fler än en SAS har insyn och möjlighet att reagera om det är stor omfattning avvikelser eller lex Sarah utredningar i en viss verksamhet.

Vidare lyfter flera intervjuade att förvaltningens nuvarande avvikelsemodul i IT-system Treserva ger bristfälligt stöd i arbetet med avvikelsehanteringen. Bland annat går avvikelser som är markerade som lex Sarah inte direkt till SAS utan information till SAS behöver mejlas separat. På myndighetssidan är det endast enhetschef som har behörighet att titta på inrapporterade avvikelser och lex Sarah utredningar. En annan brist som lyfts är att den som rapporterat in en avvikelse inte automatiskt får information om vilka åtgärder som vidtas eller planeras.

Flera av de intervjuade uttrycker att förvaltningen behöver införa hållbara strukturer för systematisk uppföljning. Nu lämnas bara den information som man frivilligt lämnar ifrån sig uppåt i hierarkin och det saknas incitament att lämna negativ information eller information som gör att ens kompetens som chef/medarbetare kan ifrågasättas.

En annan utmaning som lyfts vid intervjuerna är att säkerställa att beslutade rutiner följs. Vid intervjuerna framkommer att det vid Hundraårgatan 32 våning 3 funnits stora brister i följsamhet till rutiner och riktlinjer. Många av de intervjuade har uppfattat att flera av medarbetarna i personalgruppen gjort som de vill och struntat i beslutade rutiner.

För att säkerställa att rutinerna följs krävs att ansvarig chef kontinuerligt påminner om rutinerna och arbetar aktivt med att rutinerna är kända och blir en naturlig del i arbetet. Det anses även viktigt att regelbundet stämma av så att alla medarbetare förstår det egna ansvaret kopplat till rutiner och riktlinjer. Vid Hundraårgatan 32 våning 3 har de olika enhetschefer som funnits under åren kontinuerligt försökt säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda rutiner och värdighetsgarantier. De har vid upprepade tillfällen tagit fram åtgärdsplaner och handlingsplaner. Tyvärr har enhetscheferna inte alltid fått adekvat stöd i sina försök att komma till rätta med brister och missförhållanden. Detta har medfört att enhetschefens auktoritet har undergrävts och skapat grund för ett informellt ledarskap med en annan agenda. Verksamhetschefen har dock deltagit vid flera möten med personalen under hösten 2023 för att informera om beslut och kommunicera ledningens förväntningar på hur verksamheten ska bedrivas.

4 Granskning av händelserna vid BmSS Hundraårgatan 32 våning 3

I detta kapitel beskrivs verksamheten som är föremål för granskningen, dvs BmSS Hundraårgatan 32 våning 3, samt de händelser som föranlett granskningen. Kapitlet innehåller även summeringar av de synpunkter som inkommit vid intervjuerna. I sista avsnittet beskrivs nuvarande situation vid boendet.

4.1 BmSS Hundraårgatan 32 våning 3

BmSS Hundraårgatan 32 våning 3 är ett serviceboende som ingår i förvaltningen för funktionsstöd. Beslut om att starta upp verksamheten fattades innan förvaltningen för funktionsstöd inrättades. Beslutet fattades av stadsdelsnämnden Östra Göteborgs vid sammanträde 2020-02-25, då nämnden gav stadsförvaltningen Östra Göteborg i uppdrag att starta ett BmSS för elva hyresgäster vid Hundraårgatan

32 våning 3. Vid intervjuerna framkommer att boendet startades upp för att Göteborgs Stad ville minska kostnaderna genom att hämta hem brukare som hade extern placering. Enligt muntliga uppgifter startades boendet upp i januari 2021 och den första brukaren flyttade in i februari 2021.

I tjänsteutlåtandet som låg till grund för beslutet att starta boendet framgår att boendet planerades för vuxna personer med funktionsnedsättningar som har rätt till BmSS.⁵ Utifrån den muntliga informationen vi har fått ändrades boendets inriktning och målgrupp nära inpå uppstart. Det finns dock ingen tillgänglig dokumentation kring detta. Vidare finns ingen dokumenterad risk- och konsekvensbedömning inför uppstart eller vid byte av boendets inriktning och målgrupp. Enligt några av de intervjuade visade det sig att målgruppen var mer vårdkrävande än väntat och att boendet därför blev dyrare än beräknat. Att boendet blev dyrare än beräknat bekräftas av protokoll från stadsdelsnämndens sammanträde 2020-09-22.

Verksamheten är inrymd i en byggnad där det tidigare funnits kortidsverksamhet för personer med funktionsnedsättning enligt SoL. Lokalerna renoverades och byggdes om 2020 för anpassning till verksamheten bostad med särskild service. Verksamheten har 11 lägenheter belägna på varsin sida av en korridor. Alla lägenheter, personalutrymmen och gemensamhetsutrymmen finns på samma plan. Det har inte ingått i uppdraget att bedöma lokalernas funktionalitet.

Boendet är bemannat dygnet runt. Budgeten för 2024 innefattade 18,41 årsarbetare. Antalet medarbetare har dock varierat sedan starten, bland annat beroende av antalet boende. Vanligen har fyra personal arbetat dag och fyra personal kväll. På natten arbetar två medarbetare, som skall vara vakna. På helgerna har det vanligen varit tre på morgonpasset och tre på eftermiddagen.

Nuvarande medarbetare i personalgruppen vid Hundraårgatan 32 våning 3 har anställts efter det att den tidigare personalgruppen omplacerades eller köptes ut i september 2024.

4.2 De boende på Hundraårgatan 32 våning 3

Boendet riktar sig till målgruppen vuxna med förvärvade hjärnskador. När granskningen genomfördes hade boendet nio hyresgäster med egna lägenheter. Antalet hyresgäster har varierat något sedan verksamheten startade. Hyresgästerna som bor på Hundraårgatan 32 våning 3 har stora behov inom alla livsområden och det utförs även omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser.

När granskningen genomförs står fem av nio hyresgäster på Hundraårgatan 32 våning 3 i kö till annat boende. Fyra av hyresgästerna står i kö till annan BmSS (sedan januari 2022, februari 2022, maj 2025 respektive augusti 2025) och en till en F100-lägenhet via Exploateringsförvaltningen (sedan oktober 2024). Enligt uppgift har alla hyresgäster erbjudits att flytta till annat boende.

Vi har granskat alla relevanta dokument kring de beslut om stöd och service enligt LSS som finns avseende de boende på Hundraårgatan 32 våning 3 från starten till nu. Det gäller totalt 14 personer, varav några flyttade in under första året och andra senare under perioden. Några av de som flyttade in första året har antingen flyttat därifrån eller avlidit.

De boende tillhör personkrets 2 respektive 3. Samtliga har fått beslut om särskild service enligt 9§9p LSS. För en del boende finns även beslut om daglig verksamhet enligt 9§10p LSS.

⁵ Tjänsteutlåtanden Dnr N132-0815/18

Samtliga behovsutredningar är mycket grundliga och de uppdrag som lämnas är detaljerade och tydliga. Det står klart att de boende har mycket omfattande och komplexa behov. Funktionsbegränsningarna är mycket svåra eller ofta totala. Det finns mycket stora kognitiva svårigheter och flertalet kan inte kommunicera verbalt. Flertalet är helt beroende av personalen för allt i vardagen.

4.3 Klassificering av boendet

Boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 klassificeras som ett serviceboende. Flertalet intervjuade med insyn i de boendes behov anser att dessa är så komplexa att de bör erbjudas boende i en gruppboendestad och att serviceboendestad således är mindre lämpligt. Det finns emellertid ingen entydig definition av gruppboendestad respektive serviceboende. Den som har en funktionsnedsättning och har behov av stöd i sitt boende har möjlighet att ansöka om Bostad med Särskild Service (BmSS). Det finns tre former av BmSS - gruppboendestad, serviceboendestad och annan särskilt anpassad bostad.

I en gruppboendestad bor oftast personer som behöver närhet till personalen och mycket omvårdnad. Oftast har de som bor i serviceboendestad mindre omvårdnadsbehov än de som vanligtvis bor i gruppboendestad⁶. Bemanningen i båda boendeformerna ska utgå från de boendes behov.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter bör i regel endast tre till fem personer bo i en gruppboendestad. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras, men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendestaden tillförsäkras goda levnadsvillkor.⁷ Antalet boende i en serviceboendestad bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks.

På förvaltningens hemsida anges följande beträffande gruppboendestad respektive serviceboendestad:

- Gruppboendestad är en bostad med särskild service (BmSS). Det är ett bostadsalternativ för dig som har en funktionsnedsättning och ett stort och nära behov av stöd och hjälp i vardagen. Gruppboendestäder består av ett mindre antal bostäder.
- Serviceboendestad är en bostad med särskild service (BmSS) och är till för dig som har en funktionsnedsättning och ett stort behov av stöd och hjälp i vardagen. En serviceboendestad består oftast av fler lägenheter jämfört med en gruppboendestad.

Skillnaden är att gruppboendestad är till för den som har *”ett stort och nära behov”* medan serviceboendestad är avsedd för den som har *”ett stort behov”*. Flera av de boende på Hundraårgatan 32 våning 3 har ett stödbehov som är bland de mest omfattande inom förvaltningen.

Oberoende av vad boendet kallas ska stödet alltid ges utifrån individuella behov. Det ska således inte ha någon betydelse för den enskilde om boendet betecknas som gruppboendestad eller serviceboendestad. Uppdragen från myndighetssidan ska genomföras oberoende av om boendet betecknas som gruppboendestad eller serviceboendestad.

⁶ Socialstyrelsen: Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (2018)

⁷ SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

4.4 Arbetsledning vid boendet

Vi har intervjuat sex personer som vid olika tillfällen har varit enhetschef för Hundraårgatan 32 våning 3, samt verksamhetschefer och flera andra chefer med viss insyn i verksamheten vid boendet. Vi har även intervjuat legitimerad personal, myndighetssidan och andra som i sin yrkesutövning har varit på boendet. Dessa har gett en tydlig bild av en verksamhet som inte har gått att leda på ett effektivt sätt. Detta anses bero på en kombination av bristande kompetens hos delar av personalen, brister i svenska språket, svårigheter att förstå och acceptera instruktioner, attitydproblem, osund arbetskultur, brister i förhållningssätt och bemötande, konflikter, samarbetssvårigheter och inslag av informellt ledarskap.

Den första enhetschefen tjänstgjorde några månader och slutade i april 2021. Därefter fanns en tillförordnad enhetschef fram till november samma år. Mellan november 2021 och september 2024 har boendet haft samma ordinarie enhetschef, som dock under en lång period har varit sjukskriven på grund av situationen på boendet. Mellan september och december 2024 har två ersättare delat på uppdraget som enhetschef. En av dessa, som är resurschef, var ersättare till och med februari 2025. Utöver uppdraget som ersättare var den ena även enhetschef för ytterligare två välfungerande verksamheter och resurschefen hade också andra uppdrag.

Även bland stödpedagogerna har det varit stor personalomsättning. Under perioder har dessa varit nyutbildade eller varit under utbildning och således saknat erforderlig erfarenhet att hantera situationen på boendet.

Enhetscheferna har tagit fram ett flertal handlingsplaner och åtgärdsplaner för att komma till rätta med problemen. Under vissa perioder har enhetschefen fått koncentrera sig på arbetsledningen av det aktuella boendet, men under större delen av åren 2021 - 2024 har enhetschefen utöver Hundraårgatan 32 våning 3 även varit chef för Hundraårgatan 32 våning 2 eller någon annan verksamhet. Särskilt under de perioder då enhetschefen har kunnat koncentrera sig på Hundraårgatan 32 våning 3 har det uppfattats finnas en positiv utveckling av verksamheten vid boendet.

Verksamhetschefen har deltagit vid flera möten tillsammans med medarbetare och enhetschef. Enhetschefen är beroende av att stödfunktioner fungerar på ett ändamålsenligt sätt för att ha möjlighet att bedriva verksamhet med god kvalitet. Kontakt har fortlöpande tagits med SAS, HR specialist, utvecklingsledare kvalitet och utveckling samt chefer inom hälso- och sjukvård för stöd i åtgärder.

4.4.1 Jourledningen

Enhetschef har ofta flera verksamheter på olika adresser vilket minskar möjlighet till närvaro i verksamheten. Ett ytterligare problem i alla dygnetruntsverksamheter är arbetsledningen utanför enhetschefens ordinarie arbetstid. På Hundraårgatan 32 våning 3 har det tidvis funnits brister i informationsöverlämningen mellan de olika arbetslagen.

Under större delen av den tidsperiod som granskningen avser användes den trygghetsjour som var organiserad inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen för vissa akuta behov utanför enhetschefens ordinarie arbetstid. Från 2025-05-01 gick det uppdrag som trygghetsjouren tidigare hade över till förvaltningen för funktionsstöd och kallas nu jourledning. Enligt intervjuerna är det inga stora skillnader, men arbetsätten skiljer sig lite. Jourledningens uppdrag och ansvar är att stötta verksamheterna med arbetsledning och att inbeordra personal under jourtid, samt att hantera de behov och luckor som uppstår under jourtiden.

I enhetschefens ansvar i förberedelserna för jourtiden ingår bland annat att hantera planerad frånvaro med stöd av bemanningseenheterna, säkerställa att medarbetare i tjänst har de delegeringar som krävs

för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, samt se till att det finns uppdaterade bemannings- och inbeordringslistor.

Varken den tidigare trygghetsjouren eller nuvarande jourledningen gör några besök i boendena för att kontrollera personalsituationen. Enligt några av de intervjuade finns det en osäkerhet kring när personalen vid ett boende kan eller bör kontakta jourledningen (och tidigare trygghetsjouren).

Ett av uttrycken för de missförhållanden som funnits vid Hundraårgatan 32 våning 3 är att personalen stängt av de boendes larm för att kunna sova under arbetspasset. Någon stickprovskontroll av om larmet är på eller om personalen är vaken förekommer inte när det finns misstankar eller risk. Enligt några intervjuade ska enhetschef inte besöka arbetsplatsen under icke-kontorstid eftersom försäkringen inte gäller då.

4.5 Rapportering och hantering av avvikelser vid hundraårgatan 32 våning 3

4.5.1 Rapporterade avvikelser vid boendet

Totalt rapporterades det in 533 avvikelser på Hundraårgatan 32 våning 3 under perioden 2021-02-18 till och med 2025-08-20. Av de 533 inkomna avvikelserna var 56 avvikelser markerade som lex Sarah av rapportören.

Av tabellen nedan framgår hur många avvikelser som rapporterats per år och hur många av dessa som markerats som lex Sarah. Vidare framgår hur många av avvikelserna som markerats som lex Sarah, som blivit utredda, samt hur många av de utredda avvikelserna som bedömts vara missförhållanden enligt lex Sarah⁸.

Tabell 1: Antal avvikelser och lex Sarah som rapporterats per år

Årtal	Antal avvikelser	Varav lex Sarah	Varav utredda	Varav bedömt som missförhållande
2021 (fr.o.m. 18/2)	78	7	5	0
2022	84	4	4	1
2023	119	18	10	8
2024	180	18	8	7
2025 (t.o.m. 20/8)	72	9	-	-
<i>Totalt</i>	<i>533</i>	<i>56</i>	<i>27</i>	<i>16</i>

Majoriteten av de inrapporterade avvikelserna avser brister i utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser. Av tabellen nedan framgår vilka som är de vanligaste avvikelseområdena.

⁸ Vissa fel kan förekomma då det i utredningarna inte alltid framkommer vilken avvikelse som utredningen avser.

Tabell 2: De vanligaste avvikelseområden

Avvikelseområde	Exempel	Antal avvikelser
Läkemedel	Utebliven dos, getts på fel tid eller på felaktigt sätt, läkemedel saknas eller signering ej utförd	203 avvikelser
Genomföra fysioterapi	Åtgärder enligt vårdplan utebliven eller signering ej utförd	93 avvikelser
Utförande av SoL/LSS-insats	Insats inte blivit av, blivit fördröjd eller felaktigt utförd	54 avvikelser
Fall	Fall med eller utan personskada	52 avvikelser

Det finns även återkommande avvikelser kopplat till *Olämpligt bemötande från personal mot enskild* (åtta totalt).

4.5.2 Hanteringen av rapporterade avvikelser vid boendet

När en avvikelserapport har tagits emot ska en bedömning göras om vilka åtgärder som behöver vidtas. Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som har rapporterats ska avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

För varje rapporterad avvikelse bör följande åtgärder genomföras enligt förvaltningens ledningssystem:

- Ta kontakt med chef och/eller legitimerad personal beroende på situationen. I de fall avvikelsen berör närmsta chef ska överordnad chef informeras.
- Om lex Sarah är ikryssad ska SAS kontaktas utan dröjsmål (senast nästkommande vardag). Detsamma gäller om rapportör inte kryssat lex Sarah men ansvarig chef anser att händelsen ska utredas enligt lex Sarah.
- Vid en eventuell vårdskada bör samråd ske med MAS eller MAR.
- Kontakta den enskilde och vårdnadshavare/närstående/legala företrädare vid behov.
- Åtgärderna ska även dokumenteras i journal.
- Vid misstanke om brott, överväg om polisanmälan ska göras.

Fler rapporterade avvikelser inom en verksamhet jämfört med andra verksamheter behöver inte nödvändigtvis betyda att denna är av sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga avvikelser inte ett säkert tecken på god kvalitet i verksamheten. Det är viktigt att avvikelser rapporteras och att brister åtgärdas. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska rapporteras, samt att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds, åtgärdas och avslutas. Vår genomgång av de rapporterade avvikelserna vid Hundrångsgatan 32 våning 3 visar på stora brister när det gäller avvikelshanteringen. Detta bekräftas vid intervjuerna.

Eftersom antalet avvikelser vid boendet är så stort (533 avvikelser) går det inte att gå in i detaljer i denna rapport, men sammanfattningsvis kan konstateras att de vanligaste orsakerna till avvikelserna som rapporterats in vid boendet bedöms vara följande:

- Brist i följsamhet till riktlinjer och rutiner (235 avvikelser)
- Brist i planering (101 avvikelser)
- Brist i arbetsmiljö och kultur (101 avvikelser)
- Brist i kommunikation (94 avvikelser)

- Kompetensbrist (76 avvikelser)

Det är också värt att notera att orsak inte fyllts i för 67 inrapporterade avvikelser.

Detta överensstämmer väl med den generella bilden av de vanligaste bristområdena inom förvaltningen som redovisats i nämndens kvalitetsberättelser:

- **Brister i utförande av beviljade insatser** (insatser som utförts delvis, inte alls/försummelse eller på ett felaktigt sätt, bristande resurser såsom bemanning, planering, avsaknad av material)
- **Enskild personal som brister i arbetsutövande** (exempelvis bemötande, kränkning fysiska och psykiska övergrepp, bristande arbetsutövning trots adekvat utbildningsgrund och introduktion)
- **Bristande kompetens hos personal** (exempelvis brister i introduktion, förhållningssätt, personals nödvändiga kompetens gällande målgrupp och uppdrag/roll, arbetsmetoder, löpande kompetensutveckling, svårigheter med rekrytering)
- **Bristande social dokumentation** (med bristande rättssäkerhet som följd)

4.5.3 Lex Sarah-utredningar kopplade till boendet

Under den period som granskningen avser har 533 avvikelser rapporterats in vid Hundraårgatan 32 våning 3, varav 56 har markerats som lex Sarah. Vi har tagit del av 14 lex Sarah utredningar som sammanlagt avser 27 avvikelser. Dessutom har vi fått fem lex Sarah utredningar som dock vid granskning visat sig avse ett annat boende (våning 2 i samma hus). Detta har att göra med generella brister i förvaltningens system för avvikelshantering som bland annat gör att registreringen inte alltid är korrekt och att kopplingen mellan avvikelserrapport och lex Sarah ibland är oklar.

I en av dessa 14 lex Sarah utredningar om Hundraårgatan 32 våning 3 utreds sammanlagt 10 avvikelser markerade enligt lex Sarah. Ytterligare några lex Sarah utredningar baseras på två eller tre avvikelserrapporter vardera.

De 10 avvikelser som finns redovisade i en och samma utredning 2024-01-26 avser händelser mellan 2023-11-05 och 2024-01-08. Utredande SAS konstaterar att det finns brister i utförande av beviljade insatser, brister i samverkan och kommunikation samt användning av begränsningsåtgärder. Av utredningen framgår att utredaren ser allvarligt på att händelserna uppstått vid boendet och bedömer sammantaget att de utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.

Utredaren ser en koppling till en tidigare händelse 2022-09-21, som föranledde en lex Sarah utredning 2023-01-30. Avvikelsen avser en händelse där en medarbetare under natten gått in till en hyresgäst medan denne sov och konfronterat denne med frågor om varför den boende hade framfört klagomål till enhetschefen. Hyresgästen kände sig inte trygg med medarbetaren och ville inte larma på natten när denne medarbetare var i tjänst. Utredaren såg denna händelse som ett intrång både i hemmiljön och möjligheten att lämna synpunkter, varför utredaren betraktade händelsen som ett missförhållande enligt lex Sarah. Detta var den första inrapporterade avvikelserna som av SAS bedömts som missförhållande enligt lex Sarah.

Alla utredda händelser i de 14 utredningarna betraktas dock inte som missförhållande enligt lex Sarah. Exempelvis fick fyra hyresgäster pengar stulna från enhetens kassaskåp, vilket inte bedömdes som ett missförhållande.

Av de 14 genomförda lex Sarah utredningarna har endast en anmälts till IVO (2024-12-12). Utredningen omfattar två inrapporterade avvikelser (händelser 2024-07-04 respektive 2024-07-09). Det har således

gått fem månader mellan händelserna och anmälan, vilket är en alltför lång tid. Det är dock inte ovanligt inom förvaltningen att lex Sarah utredningarna dröjer oacceptabelt länge på grund av stora balanser, vilket naturligtvis försvårar utredningarna.

Lex Sarah utredarens sammantagna bedömning var att enheten över tid brustit i att tillgodose de boendes psykiska, fysiska och sociala behov, trots att medarbetare rapporterat flera avvikelser och eventuella missförhållanden enligt lex Sarah, i flera års tid. Av utredningen framkom det bland annat att de boende har varit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder, uteblivna insatser, dåligt bemötande, ingen kontinuitet i vård och omsorg, stor personalomsättning och utebliven medicinering och respons på larm med mera. Bristerna bedömdes vara omfattande, har pågått över tid och upprepats.

4.6 Vidtagna åtgärder vid boendet utifrån anmälan till IVO enligt lex Sarah

Utifrån de brister som uppmärksammats i anmälan till IVO enligt lex Sarah har verksamheten tagit fram en åtgärdsplan. Verksamhetschef, enhetschef samt SAS har tillsammans stämt av åtgärdsplanen. I åtgärdsplanen ingår bland annat nedanstående punkter⁹.

Genomförda åtgärder:

- Ledningen tillsatte en utredning via företagshälsovården Pe3 i februari 2024, vilket resulterade i förslag på fokus gällande förbättrad kommunikation samt teambildning. T.f enhetschefer genomförde en natt- och helgtillsyn under sommaren 2024 efter synpunkt från brukare. Tillsynen och övriga uppmärksammade brister inom enheten ledde till beslut om splittring av arbetsgruppen efter september 2024.
- Enhetschef är tillgänglig vardagar för ledning och fördelning av arbetet och är på plats flera dagar i veckan. Enhetschefen är även på enheten vid behov.
- Rekrytering av ny personal har påbörjats och till stora delar genomförts.
- Avvikelser och lex Sarah-hantering kommer även fortsatt att kontinuerligt diskuteras och analyseras på enhetens arbetsmöten med fokus på gemensamma åtgärder.
- Enheten har haft en planeringsdag med teambildning, upprättandet av spelregler inom arbetsgruppen samt vad som ingår i uppdraget som anställd inom förvaltningen.
- Enheten har haft genomgång och kunskapsöverföring gällande varje enskild hyresgästs individuella behov samt upprättande av individuella handlingsplaner och aktiviteter.
- Enheten har upprättat ombudsroller.
- Enhetschefen har haft samtal med några av hyresgästerna gällande trivseln på boendet.
- Enheten har säkerställt innehav av SITHS-kort till all personal.
- Enheten har säkerställt samtliga larmfunktioner.
- Medicinskåp till samtliga hyresgäster är åtgärdade.
- Medicindelegeringsutbildning är genomförd till all ordinarie personal som var på plats. Några insulindelegeringar kvarstår.
- Nuvarande verksamhetschef och kommande verksamhetschef har kontinuerlig dialog inför överlämnandet av enheten.
- Separata omklädningsrum är på plats för personal, tjejer och killar.
- Två medarbetare har gått utbildning som anläggningsskötare (utifrån SBA).

⁹ Åtgärdsplan dnr N161-1279/24

- Metodutvecklare har haft två samtal med stödpedagog för stöttning kring stödpedagogsuppdraget, tvångs- och begränsningsåtgärder och social dokumentation.
- Enhetschefer kommer tillsammans med stödpedagog ha husmöten inom enheten två gånger per termin. De boende kommer bjudas in och ges möjlighet att delge synpunkter på boendet. Husmötena kommer att starta upp den 9 december 2024.
- Båda enhetscheferna kommer att delta på husmötet den 9 december för att informera om rutinen för synpunktshantering inom förvaltningen.
- Enhetscheferna tillsammans med stödpedagog har gjort en rutin gällande informationsöverföring som förankrats den 3 december 2024. Detta för att säkerställa informationsöverföringen mellan personalen. Arbetspassbeskrivningar och passbeskrivningar är upprättade. Det finns tid för överrapportering i schemat.
- Enheten kommer att öka kunskapen och säkerställa kravet på social dokumentation, och LAB (Låg affektiv bemötande). Detta kommer att äga rum den 3 december 2024 med stöd av en annan stödpedagog med special kunskap i ämnet.
- Stödpedagog arbetar natt den 10 december 2024 för att se vad som ytterligare krävs att för tydliggöra enhetens natrutiner.

Därutöver fanns ett antal planerade åtgärder som sedan genomförts, däribland följande:

- Enhetschefen har haft samtal med alla hyresgäster gällande trivseln på boendet samt informerat om möjligheten att lämna synpunkter. Information har satts upp på enheten riktat till hyresgäster och anhöriga.
- Metodutvecklare har av enhetschef få ett riktat uppdrag att under en begränsad period utgöra metodstöd till stödpedagogen på våning 3.
- Kontaktpersonal har haft trivselsamtal med hyresgäster utifrån värdighetsgarantierna. Det finns en rutin för hur enheten ska arbeta med värdighetsgarantierna och detta följs upp i verksamhetssystemet Stratsys. Samtalen kommer dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva.
- Kartläggning och revidering av genomförandeplaner
- Kontinuerliga uppdragsdialoger och avstämningar mellan verksamhetschef och enhetschef.
- Kompetenshöjning gällande alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) av stödpedagog har genomförts och individuellt anpassat material utifrån AKK är framtaget.
- Enheten har gått igenom scheman och grundbemanning i syfte att förbättra arbetsmiljö och hälsa och för att minimera behov vikarier.

4.7 Synpunkter från de intervjuade gällande genomförda åtgärder vid boendet

När det gäller åtgärder vid boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 framkommer det vid intervjuerna att det kontinuerligt genomförts åtgärder och förbättringsarbeten vid boendet för att komma till rätta med identifierade problem. Flera olika nyckelfunktioner har varit inkopplade och gett stöd i åtgärderna, bland annat SAS, HR-specialist, utvecklingsledare kvalitet och utvecklig, samt chefer inom hälso- och sjukvård. Periodvis har åtgärderna gett positiva effekter och periodvis har boendet fungerat bra enligt flera av de intervjuade. Enligt merparten av de intervjuade som har insyn i verksamheten är genomförda åtgärder dock inte tillräckliga.

Intervjuer och dokumentation visar att chefer inom hälso- och sjukvården tidigt har reagerat på bristerna vid boendet på Hundraårgatan 32 våning 3. Exempelvis kallade hälso- och sjukvården till ett möte 2021-04-06 på grund av oro på boendet bland personal, patienter och närstående. Riskbedömningar visade att *"personalen inte uppnår grundnivå i kunskap"*. Rutiner och handlingsplaner

saknades. Det fanns svårigheter att delegera eftersom personalgruppen var språksvag och hade svårt att förstå instruktioner. I juni 2021 uppmärksammade hälso- och sjukvården att enhetschefen på boendet inte hade tillgång till att läsa de avvikelser som hälso- och sjukvården hade gjort. Bland de avvikelser som sjuksköterskorna hade rapporterat under de första månaderna var att patienter hade trycksår, att inkontinensskydd byts för sällan med mera. Det var mycket allvarliga brister som anmäldes till MAS. Därefter har dock MAS kontaktats i liten utsträckning, vilket är allvarligt eftersom det bara är MAS som kan anmäla enligt Lex Maria.

Bemannings- och rekryteringsproblem är enligt flera intervjuade relativt vanligt förekommande utmaningar inom BmSS. Flera av de intervjuade uttrycker dock att grundproblemet för Hundraårgatan 32 våning 3 är att boendet drivs som ett serviceboende trots att merparten av hyresgästerna har omfattande vård- och omvårdnadsbehov. Detta ställer väldigt höga krav på kompetensen inom personalgruppen. Några av de intervjuade ställer sig frågande till hur förvaltningen kan bedriva verksamheter som inte följer Socialstyrelsens riktlinjer om utformning av BmSS. Några intervjuade uttrycker att det oberoende av åtgärder och tillfälliga insatser kommer att vara utmanade att driva boendet med nuvarande målgrupp och önskad kvalitet. Dessa intervjuade anser att det vore mer lämpligt att antingen ha färre hyresgäster i boendet alternativt hyresgäster med något mindre vårdbehov och mer homogena förutsättningar och behov.

För att komma till rätta med problemen på boendet anser flera intervjuade att det krävs mer långsiktiga åtgärder än de tillfälliga stödinsatser och punktåtgärder som hittills genomförts. Sammanfattningsvis anser många intervjuade att grundproblematiken är att få in en stabil arbetsgrupp med rätt kompetens för målgruppen som kan driva utvecklingsarbetet tillsammans med enhetschefen. Först då kan åtgärder som kompetenshöjande insatser och värdegrundsarbete ge effekt. För detta behövs även ett starkt och nära ledarskap och kontinuitet i ledning och stödresurser.

4.8 Verksamhetsuppföljning och rapportering i Stratsys

Enhetschefen ansvarar för att följa upp verksamheten halvårsvis i förvaltningens planerings- och uppföljningssystem Stratsys.

I **verksamhetsuppföljningen för 2024** framkommer att *”på grund av särskilda omständigheter under hösten sammanställs ingen årsrapport 2024”*. Den informationen som ges är att verksamheten arbetar med månadssamtal utifrån värdighetsgarantin, samt att det varit en hög arbetsbelastning i verksamheten, som i vissa fall lett till sjukskrivning.

För första halvåret 2024 framkommer att verksamheten bedöms ha god måluppfyllelse. I informationen framkommer bland annat följande:

- Verksamheterna bedöms ha ett fungerade systematiskt kvalitetsarbete där egenkontroller genomförs varje år i syfte att belysa om verksamheten brister.
- Enhetschef tillsammans med personalen arbetar för att hantera verksamhetens avvikelser.
- Månadssamtal genomförs där kontaktpersonal varje månad har ett samtal med varje brukare, där de ställer frågor kring hur brukarna mår och olika områden kopplat till värdighetsgarantin. För 2024 har enhetschefen tillsammans med personalgruppen på Hundraårgatan 32 våning 3 valt att fokusera på frågor kring kommunikation, självständighet och delaktighet samt trygghet.
- Enhetschef kommer tillsammans med metodutvecklare gå igenom resultatet med stödpedagog för att åtgärda de brister som granskning visat i vissa genomförandeplaner. På Hundraårgatan 32 våning 3 är 4 av 9 genomförandeplaner godkända. En genomförandeplan saknades då brukaren var nyinflyttad och fyra av genomförandeplanerna var inte godkända.

I **verksamhetsuppföljningen för 2023** framkommer att verksamheten bedöms ha viss måluppfyllelse. I informationen framkommer bland annat följande:

- Det har inkommit avvikelser utifrån att vissa brukare inte känner sig trygga på natten, en otrygghet utifrån att de inte vet om personal ska komma på larm nattetid.
- Under 2024 kommer en genomlysning av personalgruppen att genomföras då det finns flera avvikelser som visar på att stödet inte ges på det sätt som brukarna önskar.
- Besparingarna har inneburit att brukarna inte kan genomföra aktiviteter på helger och kvällstid i någon större omfattning.
- Det sker sällan gemensamma aktiviteter, men det förekommer en hel del sällskapsspel och mycket enskilda aktiviteter utanför hemmet tillsammans med personal eller på egen hand.
- Under 2023 har utbildningar inte genomförts i önskvärd omfattning p.g.a. det ekonomiska läget på enheten. Personalen har fått SBA-utbildning, föreläsning kring AKK, utbildning kring Parkinson samt förflyttningsutbildning.

I **verksamhetsuppföljningen för 2022** framkommer att verksamheten bedöms ha god måluppfyllelse för samtliga mål förutom målet att "personer med funktionsnedsättning lever ett tryggt liv på lika villkor som andra" där verksamheten bedöms ha viss måluppfyllelse. I informationen framkommer bland annat följande:

- Verksamheten arbetar med systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller utförs för att säkerställa att kvalitén i verksamheten är god. Avvikelser följs upp och hanteras löpande på APT.
- Samtliga brukare har beslut enligt IBIC. 5 av 9 brukare har en genomförandeplan som är aktuell och där det framgår tydligt hur brukaren varit delaktig vid upprättandet. 4 av 9 brukare har genomförandeplan som inte är aktuell utifrån då den är äldre än ett år.
- Verksamheten behöver nästkommande år skapa en bättre form för hur avvikelser skall kunna hanteras på ett skyndsamt sätt och syfta till att öka kvalitén i verksamheten.
- Personalgrupperna har på APT gått igenom "rätten till ett självständigt liv" med dialog och diskussion kring vad det innebär i praktiken. Det har lett till en större medvetenhet och fokus bland personalen för att öka brukarnas rätt till delaktigt och självständighet.
- Flera av brukare går hos logoped där de får hjälp att ta fram kommunikationsverktyg som är anpassade efter brukaren för att möjliggöra kommunikation. Personal har fått en föreläsning kring afasi vilket har bidragit till en ökad förståelse och en motivation till att kommunicera på ett sätt som brukarna kan förstå och ge dem rätt förutsättningar för att öka kommunikationen.

I **verksamhetsuppföljningen för 2021** framkommer att verksamheten bedöms ha viss måluppfyllelse. Egenkontroller, granskning av genomförandeplaner och kompetensinventering hade ännu ej påbörjats. I informationen framkommer bland annat att följande åtgärder ska genomföras under 2022 för högre måluppfyllelse:

- Personal tillsammans med enhetschef ska arbeta aktivt för att alla brukare skall ges möjlighet att besvara brukarenkäten.
- Arbeta aktivt med att alla brukare skall komma ut på aktiviteter för att skapa en meningsfull tillvaro.
- Fortsatt jobba aktivt med att brukarna skall vara delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen.
- Stödpedagog tillsammans med kontaktpersonal ska arbeta aktivt med olika kommunikationsverktyg för att säkerställa att brukarens ges möjlighet till ännu större delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen.

4.9 Brukarundersökningar och hantering av synpunkter

Brukare och deras anhöriga ska ha möjlighet att påverka och vara delaktiga i verksamheterna, dels i vardagen och dels genom förvaltningens arbete med synpunktshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner.

Det finns ingen sammanställning eller analys av inkomna synpunkter till Hundraårgatan 32 våning 3. Det finns heller ingen dokumentation som visar på att verksamheten genomfört åtgärder kopplat till inkomna synpunkter. De synpunkter som inkommit till förvaltningen kopplat till Hundraårgatan 32 våning 3 är tre synpunkter sin inkommit 2025 från medborgare kopplat till medierapporteringen om boendet.

När det gäller brukarundersökningar ska dessa genomföras årligen som underlag för verksamhetsuppföljning och planering för kommande år. Vid granskningen framkommer dock att det inte finns några resultat från brukarundersökningar för Hundraårgatan 32 våning 3. För att svaren från brukarundersökningen ska redovisas krävs minst fem svarande.

Det har inte genomförts några brukarrevisioner vid boendet.

4.10 Övrig rapportering och dokumenterad information om boendet

Utöver de verksamhetsuppföljningar, inrapporterade avvikelser och lex Sarah utredningar som redovisats för ovan sammanställer vi i detta avsnitt övrig rapportering och dokumenterad information som har kunnat spåras när det gäller situationen vid Hundraårgatan 32 våning 3.

4.10.1 Överlämnat klagomål från IVO

Vi har från IVO begärt ut information om eventuella anmälningar utöver den lex Sarah anmälan som förvaltningen gjorde i december 2024. Informationen visar att IVO fick in ett klagomål på boendet från en medarbetare i november 2023. Medarbetaren beskriver en kaotisk situation, bristande vård, fel på larm, brister i bemötande, bristande ledning och samarbetsproblem i personalgruppen. Vidare anges att personalen pratar somaliska även inför brukarna. Nattpersonalen som ska vara vakna sover på sina pass. En brukare blev hotad av nattpersonalen för att hen berättat för enhetschefen att nattpersonalen sov. Medarbetaren hade inte varit med om något liknande under sina 40 år i vården.

Klagomålet lämnades över till nämnden för funktionsstöd 2023-11-09 tillsammans med ett meddelande från IVO¹⁰. IVO avslutade ärendet och meddelade att det är nämndens ansvar att utreda klagomålet enligt bestämmelserna i 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vi har efterfrågat information om förvaltningens hantering av klagomålet, men förvaltningen har inte kunnat identifiera någon information om ärendet från IVO. Ärendet tycks därmed inte ha hanterats och utretts i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Enligt uppgifter från intervjuade förärligade dock klagomålet att verksamhetschefen kopplade in företagshälsovården för att göra en arbetsmiljökartläggning.

¹⁰ IVO Dnr 3.4.2-43675/2023-2

4.10.2 Rapportering till individutskottet och nämnden

Under åren 2021 - 2024 finns ingen information protokollförd om att nämnden eller dess utskott fått information om Hundraårgatan 32 våning 3.

Individutskottet fick 2025-02-04 information om att SAS 2024-12-12 hade anmält händelser till IVO som bedömts utgöra ett allvarligt missförhållande på Hundraårgatan 32 våning 3. Av individutskottets protokoll framgår att utredningen bland annat visat att de boende har varit utsatta för tvångs- och begränsningsåtgärder, uteblivna insatser, utebliven medicinering, dåligt bemötande, utebliven respons på larm och ingen kontinuitet i vård och omsorg.

Protokollet från nämndens individutskott anmäldes vid nämndens sammanträde 2025-02-07.

IVO avslutade ärendet 2025-04-25 (Dnr N161-1279/24). IVO bedömde att nämnden identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade och vidtagit åtgärder utan dröjsmål för att avhjälpa och undanröja missförhållandet.

Vid nämndens sammanträde 2025-05-23 delgav avdelningschefen vid utföraravdelningen Hisingen/Centrum nämnden den information som tagits upp i media om händelserna vid hundraårgatan 32 våning 3. Nämnden antecknade informationen till protokollet.

4.10.3 Information om boendets situation i mötesanteckningar inom aktuell verksamhetsområde

Förvaltningen har tagit fram utdrag från de mötesanteckningar från verksamhetsledningsgrupp (VLG), verksamhetsområdets arbetsplatsträffar (APT) och enhetschefsmöten (EC-möten) där boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 omnämns. Utdragen visar att följande information om situationen på Hundraårgatan 32 våning 3 finns tillgänglig i mötesanteckningar:

- **År 2021**
 - Inga anteckningar kopplat till boendet
- **År 2022**
 - I mötesanteckningar från VLG den 30 november framgår det ordinarie enhetschef släpper en av sina enheter för att fokusera på Hundraårgatan 32. Det framkommer dock ingen information om eventuella brister vid boendet eller vad det är som enhetschefen behöver fokusera på.
- **År 2023:**
 - I mötesanteckningar från VLG 8 februari framgår att ordinarie enhetschef för Hundraårgatan 32 beräknas ta tillbaka sin andra enhet
 - I mötesanteckning från VLG 23 augusti finns anteckning om nya verksamhet på Hundraårgatan 32, våning 2 samt en anteckning om utökning på Hundraårgatan 32 vån 3.
 - I mötesanteckning från VLG 11 oktober framgår det att nämnden ska besöka vissa enheter, bland annat Hundraårgatan (det framkommer inte i anteckningarna om det gäller Hundraårgatan 32 eller Hundraårgatan 34).
- **År 2024:**
 - I mötesanteckningar från EC-möte 27 september framkommer information om medarbetare som inte fått placeringar, kollegor i ledningsgruppen hjälper till med att ta emot varsin medarbetare.

- I mötesanteckningar från VLG 2 oktober framkommer att två enhetschefs kollegor som ansvarar för Hundraårgatan 32 våning 3 (istället för ordinarie enhetschef) får mejl från sina kollegor med frågor gällande semestrar och delegeringar för medarbetare som placerats ut. Av anteckningarna framkommer att personalfrågor går bra att ställa till ordinarie enhetschef.
 - I mötesanteckningar från VLG 16 oktober framkommer att man tittar på möjlighet att ta in en tillförordnad enhetschef till Hundraårgatan 32.
 - I mötesanteckningar från VLG 23 oktober framkommer förslag om att två enhetschefer täcker på Hundraårgatan vån 2 och att två andra kollegor täcker upp på våning 3
 - I mötesanteckningar från VLG 6 november framkommer att en boende från Hundraårgatan har föreläst för ledningsgruppen.
 - I mötesanteckningar från VLG 20 november framkommer fortsatt arbete med omställning av personal på Hundraårgatan vån 3. Samtliga dagtjänster är placerade och klara. 4 nattjänster är inte klara.
 - I mötesanteckning från EC-möte 20 december framkommer det att träningsrummet på Hundraårgatan 32 används av arbetsterapeut (AT) fast med brukare från andra enheter. AT frågar enhetschef om hans kollega får ta med sig brukare från andra enheter till träningsrummet. Enhetschef visste inte om att träningsrummet användes på detta sätt och informerar om att det inte är tillåtet med hänvisning till integritet och sekretess för de individer som bor på enheten.
- **År 2025**
 - I mötesanteckningar från VLG 8 januari framkommer att en kollega i ledningsgruppen blir ordinarie enhetschef på Hundraårgatan 32 från och med mitten på februari. En annan kollega täcker på Hundraårgatan 32 tills ny ordinarie enhetschef kommer i februari.
 - I mötesanteckningar från VLG 15 januari framkommer att kommande enhetschef uppger att den vill ha en plats för språkbud till Hundraårgatan 32.

4.10.4 Dokumentation kring arbetsmiljön på Hundraårgatan 32 våning 3

Det finns viss tillgänglig dokumentation som beskriver brister och utmaningar kopplat till arbetsmiljön på Hundraårgatan 32 våning 3.

I början av 2024 genomfördes en arbetsmiljökartläggning vid boendet i syfte att *”belysa om det finns sociala- och organisatoriska faktorer i arbetsmiljön som bidrar till att arbetsmiljön idag inte fullt ut upplevs tillfredsställande utifrån beaktande av föreskriften för social och organisatorisk arbetsmiljö”*¹¹. Som belastande faktorer för arbetsmiljön lyfts bland annat upplevelse av att chef inte följer upp och korrigerar icke önskvärda beteenden bland personalen, samt dåligt samarbete kollegor emellan, vilket skapar negativ stämning, minskar arbetsglädjen och tar bort fokus från brukarna. I kartläggningen lämnas ett antal rekommendationer riktade till enhetschef respektive medarbetare i arbetsgruppen. Bland annat rekommenderas att chefen ökar sin närvaro på boendet för att kunna ge stöd i medarbetarnas utmaningar i det dagliga arbetet. Vidare betonas det egna och gruppens ansvar och att var och en förväntas ha fokus på brukarna, följa de rutiner som gäller samt att alla ska kunna arbeta med allt och alla.

¹¹ Organisatorisk och social arbetsmiljökartläggning AFS 2001:1 AFS 2015:4 Göteborgs stad, Förvaltningen för Funktionsstöd Hundraårgatan 32, BmSS-boende våning 3 Februari 2024

I handlingsplanen för systematiskt arbetsmiljöarbete 2024 för Hundraårgatan 32 våning 3 framgår att det saknas skyddsombud. Av genomförd arbetsmiljöronde framgår att boendet hade hög sjukfrånvaro under 2023 och att det går att se en koppling mellan sjukfrånvaron och arbetssituationen på boendet. Vidare framgår att personalen upplever att de har en hög arbetsbelastning vilket bidrar till lågt engagemang och motivation. Personalen anser att de har en pressad arbetssituation, där de inte kan arbeta med något som ökar kvaliteten för brukarna. I handlingsplanen anges ett antal aktiviteter och åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. I handlingsplanen följs även föregående års identifierade brister upp. Bland annat framgår att material tagits fram för introduktion av nyanställda, men att materialet behöver implementeras bättre.

I protokoll från förvaltningens lokala samverkansgrupp, skyddskommitté, avdelning BmSS Nordost framgår att följande information framförts som rör situationen på Hundraårgatan 32 våning 3:

- **Arbetsgruppen Hundraårgatan 32 vån 3 – kartläggning, 2023-12-06**
Information att förvaltningen kommer att göra en kartläggning i arbetsgruppen på Hundraårgatan 32 våning 3, som påbörjas i januari 2024, eftersom det är helt nödvändigt för att få ordning på bristerna där.
- **Information om åtgärdsplan för Hundraårgatan 32 vån 3, 2024-08-28**
Arbetsgivaren informerar om att beslut fattats om att arbetsgruppen på Hundraårgatan 32 våning 3 ska upplösas på grund av att det finns stora kvalitetsbrister i verksamheten. Brukarna har inte fått de insatser som de har beslut om. Ett stort antal avvikelser har rapporterats och flera Lex Sarah utredningar har gjorts. Förändringen avser stadigvarande förflyttning av samtliga 15 medarbetare.
- **Återkoppling angående Hundraårgatan 32, 2024-12-04**
Sedan arbetsgruppen splittrades tidigare under hösten har det kommit en ny SAS, som har öppnat upp den utredning som gjordes i samband med att ett stort antal Lex Sarah-anmälningar gjordes. Denna utredning kommer nu att gå vidare till IVO. Arbete med ett stort antal åtgärder pågår. En av åtgärderna är att man ska ha en enhetschef för båda våningarna (2 och 3). En stor del av arbetstiden kommer denna enhetschef att vara stationerad i verksamheten, eftersom ett nära ledarskap är av stor vikt.

Nedan framgår vilka riskbedömningar enligt arbetsmiljölagen som finns dokumenterade för Hundraårgatan 32 våning 3. I dokumentationen framgår dock inte om det gjorts någon uppföljning av risk- och konsekvensbedömningarna.

- I juni 2023 gjordes en riskanalys kopplad till att det saknades budget för motsvarande 2,5 heltider och att verksamheten fått i uppdrag att göra förändringar genom att minska bemanningen med minst 38,25 h/v (motsvarande en heltid) omgående.
- I januari 2024 gjordes riskanalyser kopplade till förändring att gå från 9 veckors schema till 6 veckors schema.
- I januari 2024 gjordes riskbedömning kopplad till att verksamheten behöver ha en bemanning som inte överskrider verksamhetens budget för att få budget i balans. Bemanningen går från 4 personal dagtid och 4 personal kvällstid på vardagar, till 3 personal på dagen och 3 på kvällen.

4.10.5 Synpunkter från de intervjuade angående rapportering och information om situationen vid boendet

Enligt flertalet intervjuade har det redan från uppstarten av boendet varit väl känt att boendet haft stora problem med bristande kompetens i förhållande till behoven och svårigheter att leda personalgruppen. Utmaningar i boendet har diskuterats återkommande i verksamhetsområdets ledningsgrupp. Även avdelningschefen har fått information om utmaningar i boendet kopplat till bemanning och kompetens. Informationen har dock varit inriktad på att flagga för ökade kostnader och det är inget som indikerat att boende skulle fara illa. Åtgärder har satts in för att ge ytterligare stöd till personalen och situationen på boendet har periodvis varit bra.

Vid intervjuerna ges dock ingen enhetlig bild när det gäller vilken information som rapporterats till förvaltningsledningen. Enligt några intervjuade var förvaltningsledningen väl medvetna om situationen på Hundrårsgatan 32 våning 3 och att bristerna medförde risk för vanvård. Det finns en uppfattning att problemen rapporterats uppåt i organisationen, men att förvaltningsledningen inte vidtagit några åtgärder då bristerna inte lett till IVO-anmälan. Bland annat ska förvaltningsdirektören enligt intervjuerna ha fått mejl i augusti 2024 med information om att arbetsgruppen skulle splittras på grund av omfattande brister i verksamheten. Andra intervjuade menar att allvarliga brister i boendet inte har lyfts till förvaltningsdirektör eller i förvaltningsledningen förrän informationen om IVO-anmälan i december 2024.

De lex Sarah utredningar som SAS bedömer ska anmälas till IVO togs tidigare upp i individutskottet (efter beslut i nämnden 2025-08-27 redovisas detta nu till nämnden istället för till individutskottet). Vidare får nämnden sammanställning och analys av avvikelser genom förvaltningens kvalitetsberättelser och patientsäkerhetsberättelser. Därutöver får nämnden ingen rapportering om avvikelser, genomförda lex Sarah utredningar eller pågående åtgärder.

Första gången ansvariga politiker fick information om bristerna i verksamheten var i december 2024 när individutskottet fick information om den lex Sarah utredning som SAS bedömde skulle anmälas till IVO. Då hade händelserna utretts, en åtgärdsplan tagits fram och vissa åtgärder redan vidtagits. Våren 2025 fick individutskottet information om att IVO beslutat att lägga ner ärendet då de var nöjda med förvaltningens information och vidtagna åtgärder.

Det finns utarbetade rutiner för hur rapportering sker i linjen genom bland annat kontinuerliga uppdragsdialoger mellan enhetschef och verksamhetschef, respektive verksamhetschef och avdelningschef. Den samlade bilden från intervjuerna är att förvaltningsledningen och nämnden har fått den information som efterfrågas. Enligt flera intervjuade är det endast brister som påverkar den ekonomiska situationen och/eller information som förvaltningsledning och nämnd behöver för att kunna hantera frågor som ska rapporteras till förvaltningsledningen. Verksamhetsfrågor, som exempelvis brister i kvaliteten vid en enhet, hanteras av verksamhetschefen, som om hen anser det nödvändigt kan gå vidare till avdelningschefen. Flertalet intervjuade menar dock att det med facit i hand kan konstateras att informationen till förvaltningsledningen och nämnden inte varit tillräcklig och att det finns behov av att se över hur uppföljningen och rapporteringen av kvalitetsfrågor ska se ut i linjen. Bland annat anses det finnas behov av att förtydliga vilka frågor som ska tas upp i uppdragsdialogerna för att förvaltningsledningen och nämnden ska få den information som de behöver för att vidta erforderliga åtgärder.

4.11 Hanteringen av personalrelaterade åtgärder

4.11.1 Upplösning av tidigare arbetsgrupp

I augusti 2024 fattades beslut om att upplösa dåvarande arbetsgrupp på Hundrångsgatan 32 våning 3. Förändringen avsåg stadigvarande förflyttning (omplacering) av samtliga 15 medarbetare. Anledningen till beslutet var att det framkommit stora kvalitetsbrister i verksamheten och att brukarna inte fått de insatser som de har beslut om.

Försök att upplösa arbetsgruppen hade även gjorts under våren 2024, men på grund av bristande stöd från HR och verksamhetschef kunde åtgärden inte genomföras. Utifrån det ekonomiska läget fick enhetschefen inte rekrytera ny personal, utan personal skulle tas från förvaltningens omställningsgrupp. När omställningsgruppen inte hade återkommit med kandidater i slutet av maj 2024 blev enhetschefen tvungen att avblåsa försöket att upplösa arbetsgruppen. Detta gjorde naturligtvis enhetschefens situation än mer svårhanterlig.

4.11.2 Beslutanderätten avseende personalrelaterade åtgärder

Fram till och med januari 2025 gällde följande beträffande beslutanderätten i personalrelaterade ärenden:

- Beslut om avsked eller uppsägning av annan anställd än förvaltningsdirektör fattas av förvaltningsdirektören.
- Beslut om avstängning m.m. samt disciplinpåföljd i fråga om annan anställd än direktör fattas av överordnad chef, dock lägst avdelningschef. Beslutet fattas efter samråd med avdelningschef HR. Beslutet ses som verkställighet, och anmäls inte till nämnden.
- Beslut om avgångsvederlag fattas av avdelningschef efter samråd med avdelningschef HR.
- Övriga beslut i personalärenden fattas av närmast överordnad chef. Beslutet ses som verkställighet, och anmäls inte till nämnden.

Beslut om avgångsvederlag, avsked eller uppsägning skulle således anmälas till nämnden.

I nuvarande organisation gäller från och med februari 2025 följande beträffande beslutanderätten:

- Beslut om avsked eller uppsägning av annan anställd än förvaltningsdirektör fattas av lägst avdelningschef. Beslutet fattas efter samråd med EC HR Stöd.
- Beslut om avgångsvederlag upp till sex månader fattas av verksamhetschef.
- Beslut om avgångsvederlag överstigande sex månader fattas av avdelningschef.

Besluten anmäls till nämnden.

4.11.3 Dokumenterade åtgärder

Dokumentationen som finns tillgänglig kopplad till personalärendena på Hundrångsgatan är mycket begränsad. Från boendets öppnande 2021 till augusti 2025 finns endast dokumenterat ett medvetandegörande samtal (december 2022), två underrättelser om byte av arbetsplats (september 2024) och två överenskommelser om avslut av anställning (januari 2025).

Det medvetandegörande samtalet i december 2022 avsåg "bristande bemötande i samtal med brukare. Konsekvens: Brukaren har inte känt sig trygg att ta emot stöd nattetid". I samtalet deltog boendets enhetschef och en person från HR. Det framhålls att samtalet inte är en disciplinär åtgärd utan enbart ett klagande av vissa skyldigheter i anställningsavtalet.

När det gäller de två underrättelserna om byte av arbetsplats i september 2024 saknas dokumentation om orsakerna och om vilka överväganden som gjorts. Underrättelsen är undertecknad av boendets enhetschef.

Av dokumentationen av de två överenskommelserna om avslut av anställning framgår att de båda anställda fick 12 månaders lön som avgångsvederlag (356 400 kr respektive 361 200 kr). Överenskommelserna är undertecknade av den avdelningschef inom vars ansvarsområde Hundraårgatan 32 våning 3 ligger.

För övriga missförhållanden som är personalrelaterade finns inga dokumenterade åtgärder i form av till exempel medvetandegörande samtal eller varningar. Det gäller bland annat sådant som framkommer i de lex Sarah utredningar som gjorts och klagomålet till IVO från en medarbetare på boendet i november 2023. Medarbetaren beskriver där en kaotisk situation, bristande vård, fel på larm, brister i bemötande, bristande ledning och samarbetsproblem i personalgruppen. Vidare anges att personalen pratar somaliska även inför brukarna och att nattpersonalen som ska vara vakna sover på sina pass. En brukare blev hotad av nattpersonalen för att hen berättat för enhetschefen att nattpersonalen sov. Även bland övriga avvikelser som rapporterats finns brister, som borde ha utretts. I de fall utredningarna visat på att medarbetare grovt åsidosatt sina åligganden borde detta ha dokumenterats.

4.11.4 Synpunkter från de intervjuade kopplat till personalrelaterade åtgärder

Enligt flera intervjuade har hanteringen av de personalrelaterade åtgärderna skötts mycket dåligt när det gäller Hundraårgatan 32 våning 3. Framförallt anser flera av de intervjuade att det är anmärkningsvärt att medarbetare köpts ut när arbetsgruppen splittrades hösten 2024. Enligt många intervjuade ger detta förödande signaler till anställda i Göteborgs stad. Enligt vissa intervjuade är det dock en missuppfattning att personal köpts ut på grund av misskötsamhet. Anledningen till att två personer i den splittrade personalgruppen blev utköpta var att förvaltningen inte kunde hitta nya placeringar som de båda medarbetarna accepterade. Kommunal krävde förhandling och medarbetarna fick erbjudande att få en vidareutbildning eller bli utköpta. Att de fick 12 månaders avgångsvederlag var enligt intervjuerna kopplat till ett större omställningsarbete som pågick inom förvaltningen där förvaltningsledningen hade beslutat om 12 månaders avgångsvederlag för ett antal medarbetare som inte gick att omplacera. Utköpet av de båda medarbetarna var verksamhetschefen inte ens informerad om, förrän medarbetarna själva hörde av sig till verksamhetschefen och frågade varför de inte fick någon utbetalning.

De intervjuade som är insatta i ärendet anser att förvaltningen behöver ha tydligare rutiner för hantering av personal som missköter sig och bli bättre på att dokumentera personalärenden för att undvika liknande situationer framöver. Enligt involverade chefer var processen kring de båda utköpen rörig och otydligt kommunicerad, med otydlig ansvarsfördelning mellan HR och ansvarig chef. MBL-förhandling genomfördes för de två medarbetarna som köptes ut, utan att ansvarig avdelningschef var informerad. Det finns inga tydliga principer om när avgångsvederlag ska betalas och i så fall hur mycket.

Skälet till att splittra gruppen var missförhållanden för brukarna, vilket är skäl att omplacera med omedelbar verkan. Innan beslut om splittring av arbetsgruppen verkställdes behövdes dock en plan med färdiga placeringar för personalen som skulle omplaceras. HR gav stöd i hur personalärendena kunde hanteras utifrån befintliga ramar, lagar och stadens rutiner. Vissa intervjuade upplever dock att det inte är tillräckligt tydligt vad som gäller vid omplaceringar och att det finns behov av att tydliggöra och kvalitetssäkra process och rutiner gällande omplaceringar.

Bland annat upplever vissa intervjuade att splittringen av arbetsgruppen gjordes utan någon genomtänkt plan för att få till en bra övergång till den nya arbetsgruppen, vilket medförde behov av att akutrekrutera personal till en icke fungerande arbetsplats som saknade fungerande rutiner, uppdaterade uppdragsbeskrivningar, stöd för alternativ kommunikation och korrekt delegation. Enligt flera intervjuade var tanken att den tidigare arbetsgruppen inte skulle få möjlighet att påverka kulturen i den nya arbetsgruppen negativt, men istället skapades andra utmaningar genom tillkomsten av en helt ny arbetsgrupp där alla saknade kunskap om de boende och deras behov och förutsättningar.

Flera av de intervjuade anser att det är orimligt att personal som misskött sig blir omplacerade och får arbeta vidare vid annan liknande arbetsplats inom staden. Vidare anses det obegripligt att flera medarbetare från en dysfunktionell arbetsgrupp omplacerades i samma typ av verksamhet. Även principen att i första hand omplacera personal i samma stadsområde är märklig enligt vissa intervjuade.

Vidare lyfts att dokumentationen kring personalärenden generellt har varit mycket bristfällig. Det saknas system för informationsöverföring mellan chefer vid exempelvis omplacering av personal, vilket medför att personal som misskött sig kan placeras i annan verksamhet utan att den nya chefen får information om anledningen till omplacering.

När det gäller dokumentation av personalärenden anses det otydligt vad som får dokumenteras, hur det ska dokumenteras, samt vilket ansvar HR-specialist respektive enhetschef har för dokumentationen. Det finns behov av att tydliggöra rutiner kring personalärenden och kompetensutveckla chefer i hur personalärenden ska hanteras och dokumenteras. Vid intervjuerna lyfts även behov av att tydliggöra vem som ansvarar för att följa upp omplaceringen för att säkerställa att liknande problem inte uppstår vid den nya placeringen.

Vid intervjuerna framkommer även att den strategiska kompetensförsörjningen är en stor utmaning inom förvaltningen och flera intervjuade lyfter att rekryteringsprocessen är ett viktigt fokusområde i det fortsatta utvecklingsarbetet inom förvaltningen. Genom åren har många medarbetare konverterats in från tidsbegränsade anställningar och timvikariat till tillsvidareanställning. Det behöver finnas en strategisk kompetensförsörjningsplan för att bland annat undvika att chefer anställer timvikarier med lägre krav än vid ordinarie rekrytering. Vid anställning ska brottsregister och språkkunskaper kontrolleras enligt nuvarande rutin. Sedan årsskiftet 2024/2025 görs språktest om personen inte har godkänd gymnasiesvenska.

Enligt de intervjuade har stödet från HR varierat och har periodvis varit mycket svagt med skiftande kompetens och otydliga riktlinjer. Idag ansvarar enhetschefen för rekrytering av personal, utan operativt stöd från HR. Utan ändamålsenligt HR-stöd blir personalärenden en stor belastning för enhetscheferna. Det anses därför vara av stor vikt att det finns tydliga riktlinjer och rutiner kring exempelvis rekrytering, arbetsförmågebedömning och omplacering. Flera av de intervjuade lyfter även att det inte räcker med rutiner och riktlinjer kopplat till HR. Cheferna behöver även stöd och/eller egen kunskap för att kunna applicera rutinerna och riktlinjerna i personalärendena.

4.11.5 Laglig grund för avsked av anställda

Arbetsdomstolen (AD) har i flera refererande domar visat att det finns laglig grund att avskeda anställda vars agerande har orsakat en allvarlig förtroendeskada för arbetsgivaren. Bland annat har i en aktuell dom AD funnit att det finns laglig grund för att avskeda eller säga upp en handläggare vid Försäkringskassan som i en egen ansökan om bostadsbidrag underlåtit att under bidragsperioden

anmäla ändrade förhållanden av betydelse för bedömningen av rätten till bostadsbidrag¹². AD har funnit att den anställde därmed allvarligt åsidosatte sina skyldigheter. Verksamheten ställer höga krav på förtroende och anställda måste därför både i och utanför arbetet agera korrekt och omdömesgillt. Att en anställd agerat på detta sätt påverkade inte bara arbetsgivarens förtroende för den anställde, utan också allmänhetens förtroende för verksamheten. AD har funnit att handläggarens agerande orsakade en så allvarlig förtroendeskada att handläggaren därigenom grovt åsidosatte sina åligganden mot arbetsgivaren. Arbetsgivaren hade därmed laglig grund att avskeda handläggaren från anställningen. AD beslutade också att rättegångskostnaderna i tingsrätten ska betalas med tillämpning av huvudregeln, att förlorande part ska ersätta motpartens rättegångskostnad.

Även misskötsamhet, samarbetsproblem och bristande lojalitet mot arbetsgivaren kan utgöra saklig grund för uppsägning av personliga skäl¹³. Det finns också AD-domar som visar att det finns sakliga skäl för uppsägning av personliga skäl om en anställd vid flera tillfällen bryter mot vad som åligger denne enligt anställningsavtalet eller olika brister hos arbetstagaren och det sätt som denne utfört sitt arbete på.¹⁴

Det finns ingen dokumentation kring om det vid något tillfälle har övervägts att avskeda enskild medarbetare vid Hundraårgatan 32 våning 3, som grovt åsidosatt sina åtaganden. Enligt vår bedömning har det utifrån vad som framkommit vid granskningen funnits skäl för sådana överväganden. Det kan inte uteslutas att tydligare reaktioner mot misskötsamhet på ett tidigt stadium hade kunnat påverka utvecklingen vid boendet i en mer positiv riktning.

4.11.6 Förutsättningarna för kompetensförsörjningen

Flera av de intervjuade framhåller att missförhållandena vid Hundraårgatan 32 våning 3 inte är unika, utan att likartade problem har funnits från tid till annan även på andra arbetsplatser. De menar att missförhållandena är en återspeglning av de generella utmaningar som staden har när det gäller kompetensförsörjningen till flera verksamheter. Eftersom det har varit svårt att rekrytera kvalificerad personal till funktionsstöd har det tyvärr blivit så att lägsta kompetens- och ambitionsnivå alltför ofta har blivit normbildande och styrande för nivån på kvaliteten på flera arbetsplatser. Enhetschefer och enskilda medarbetare som har velat förbättra arbetssättet har motarbetats av informella ledare och kollegor med låg kunskaps- och ambitionsnivå. Omsättningen bland stödpedagoger har därför också varit hög. Det framhålles vid intervjuerna att det är viktigt att chefer på alla nivåer vågar stå upp för de värdighetsgarantier som nämnden har slagit fast och att de får stöd för att agera när personal missköter sig.

4.12 Främsta anledningarna till att bristerna i verksamheten kunnat fortgå enligt de intervjuade

Vid intervjuerna ställdes frågan om vilka som är de främsta anledningarna till att de nu uppmärksammade bristerna och systematisk vanvård kunnat fortgå i verksamheten vid Hundraårgatan 32 våning 3. Nedan ges en sammanställning av de vanligaste svaren:

¹² 2025-04-25, AD 2025, nr 23

¹³ Se t ex 2025-08-27, AD nr 60/25

¹⁴ Se t ex 2024-12-18, AD 2024, nr 103 och 2024-10-16, AD 2024, nr 78

➤ **Brister på förvaltningsövergripande nivå:**

- Organisatoriska förutsättningar med stor organisation, 400 enheter och fyra chefsled försvårar uppföljning och kontroll. Den förvaltningsövergripande uppföljningen har varit fokuserad på ekonomi, inte kvalitet.
- Det var en tuff period under och efter pandemin samtidigt som Göteborgs stad skapade en ny organisation där ansvaret för funktionsstöd gick från tio stadsdelsnämnder till en gemensam fackförvaltning. Har tagit tid innan nya strukturer, nödvändiga stödfunktioner och gemensamma arbetsätt har kommit på plats.
- Saknas tydlighet i hur det systematiska kvalitetsarbetet ska genomföras i praktiken. Finns dokumenterat kvalitetsledningssystem, men förvaltningen har inte säkerställt att det implementeras och att alla förstår sin roll i kvalitetsarbetet.
- Brister i de organisatoriska förutsättningarna för enhetschefer. Nuvarande struktur ger inte tillräckliga förutsättningar för ett aktivt ledarskap vid BmSS. Behövs större flexibilitet när det gäller antal verksamheter per enhetschef för att ge rätt förutsättningar att arbeta aktivt med verksamheter som inte fungerar.
- Hanteringen av personalfrågor har allvarliga brister, exempelvis har saknats rutiner och stöd i hur personal ska hanteras arbetsrättsligt vid misskötsamhet. Det har varit oklart hur misskötsamhet ska dokumenteras och av vem.
- Saknas systematisk aggregerad uppföljning och analys av avvikelser.
- Brister i uppföljningen. Rapporteringen bygger på att var och en själv bedömer vad som behöver rapporteras eller inte.

➤ **Bristande förutsättningar vid boendet från start**

- Boendet var utformat för en annan målgrupp men byte inriktning nära inpå uppstart. Detta innebar att rekryteringen baserades på fel premisser, vilket medförde att personalen inte hade rätt kompetens och erfarenhet för målgruppens behov.
- Inflyttningen av brukarna gick alltför fort och forcerat utan att det fanns tillräcklig kunskap hos personalen om deras behov.
- Alltför låg bemanning inledningsvis, därefter många timvikarier.
- Stödpedagog fanns endast på 50 procent, vilket bidrog till att stödassistenterna inledningsvis inte fick det stöd de behövde.
- För stort antal platser i relation till de sammanlagda behoven med blandade diagnoser, stora vård- och omvårdnadsbehov samt rehabiliterings- och habiliteringsbehov.
- Utifrån brukarnas behov och förutsättningar borde boendet ha klassificerats som ett gruppboende, inte ett serviceboende. Enligt vissa intervjuade påverkar klassificeringen verksamhetens utformning och personaltäthet.
- Rutiner fanns inte på plats vid uppstart. Fanns exempelvis inga insatser för alternativ kommunikation eller bildstöd, trots att flera av brukarna inte kunde kommunicera verbalt.
- Bristfällig samverkan med hälso- och sjukvård vid uppstarten. Saknades kontinuitet i bemanning på grund av sjukskrivning, vilket även bidrog till brister i introduktion och stöd till boendets personal.
- Brister i samverkan med vårdcentralen.

➤ **Osund kultur i den tidigare arbetsgruppen**

- Osund arbetskultur och konflikter i arbetsgruppen, vilket bland annat kan kopplas till hög arbetsbelastning, kompetensbrist och otillräckliga förutsättningar för enhetschefen.
- Utformningen med många brukare med komplexa behov innebär stor personalgrupp som ska samarbeta.
- Många i personalgruppen var svaga i svenska språket, vilket påverkade kommunikationen med de boende, de boendes nätverk och övrig personal samt förmågan att förstå instruktioner.
- Medarbetarna använde sitt eget modersmål sinsemellan även hos hyresgästerna, vilket skapade otrygghet.
- Medarbetare ville inte följa rutiner och riktlinjer.
- Förhållningssätt och beteenden i delar av personalgruppen var inte förenliga med värdighetsgarantierna.
- Informellt ledarskap, delvis orsakat av bristande kontinuitet i chefskapet.
- Medarbetare har tillåtits att sätta en egen kultur istället för att förvaltningen aktivt säkerställt en professionell kultur på boendet.

➤ **Hög personalomsättning och rekryteringsproblem**

- Boendet fick tidigt dåligt rykte, vilket medförde att det blev svårt att rekrytera personal och få in vikarier. Stora utmaningar kopplat till rekrytering generellt i förvaltningen och har varit särskilt svårt i område Nordost.
- Personalomsättning och hög sjukfrånvaro.
- Hög omsättning på enhetschefer och stödpersonal har bidragit till att det inte blivit någon kontinuitet i kvalitetsarbetet och uppföljning av genomförda åtgärder och förändrade rutiner.
- Många chefsbyten och sjukskrivningar har inneburit att cheferna inte hunnit sätta sig in i brister, vidta åtgärder och fullfölja arbetet, exempelvis med utredning och hantering av avvikelser och arbetsmiljöproblem. Har lett till att följsamhet till rutiner och beslutade åtgärder inte följts upp fullt ut.
- Grundläggande problemet ligger i brister kopplat till rekryteringsprocessen och arbetet med den strategiska kompetensförsörjningen. Saknas riktlinjer, stöd och kompetens kring rekrytering, vilket resulterat i att även olämplig personal eller personal med kompetensbrist anställts.
- Den nya personalgruppen fick ingen bredvid-gång, vilket inledningsvis innebar dålig kännedom om rutinerna och de boendes behov, önskemål och förutsättningar.

➤ **Saknades förståelse för hur allvarliga problemen var på boendet**

- Saknades förståelse för hur allvarliga bristerna var, trots att det enligt flertalet intervjuade var väl känt av vissa inom förvaltningen att det fanns stora utmaningar med boendet och trots att både enhetschef, stödpedagoger samt hälso- och sjukvårdspersonal reagerat och lyft problemen.
- Brister kopplat till förmåga att analysera avvikelser och identifiera mönster. Flera av avvikelserna borde ha lett till anmälan till IVO, men lades ner.
- Åtgärderna som satts in har varit otillräckliga. Genomfördes åtgärder, men inte tillräckligt kraftfulla eller långsiktiga för att bidra till bestående positiva effekter.
- Enhetschef blev ansvarig för uppstart av motsvarande verksamhet på våning 2, trots fortsatta utmaningar på våning 3. Medförde stor arbetsbelastning på enhetschef.

4.13 Nuvarande situation vid BmSS Hundraårgatan 32 våning 3

Ny enhetschef har internrekryterats till Hundraårgatan 32 våning 3, som tillträdde i september 2025. Verksamheten har också förstärkt med stödpedagog med särskilt uppdrag som samordnare. För att åtgärda bristerna arbetar boendet bland annat med tydligare chefsnärvaro och tydligare uppföljning av medarbetare som missköter sig. Nya förbättrade arbetsschema har tagits fram, men utmaningen är att det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens för målgruppen och hög sjukfrånvaro.

Personalgruppen har tillsammans med enhetschefen brutit ner vilka värdighetsgarantier som verksamheten ska fokusera på genom att dessa hanteras vid månadssamtal med brukarna. Kontaktpersonal har då ett samtal där de tar reda på hur brukarna mår och vad de önskar framåt utifrån några gemensamt bestämda frågor. Vidare har husmöten genomförts under hösten som en del i arbetet med brukardialog och delaktighet.

Tre anhörgmöten har genomförts under hösten 2025 för anhöriga, godemän och förvaltare till boende vid Hundraårgatan 32 (både våning 2 och 3). Vid mötena har information getts om situationen på boendena samt genomförda och planerade åtgärder.

4.13.1 Synpunkter från de intervjuade angående nuvarande situation på boendet

Enligt flera av de intervjuade har situationen blivit bättre på boendet, men det finns fortsatta utmaningar och brister. De brister som nämns vid intervjuerna kopplas till bemötande, arbetssätt, kompetens och vakanser. En av de främsta utmaningarna som lyfts är svårigheten att rekrytera personal till boendet kombinerat med hög frånvaro. När granskningen genomfördes pågick rekrytering av nya medarbetare. Även om grundbemanningen nu i stort finns på plats, menar flera intervjuade att bemanningen inte är tillräcklig i förhållande till de boendes behov och de arbetsuppgifter som behöver genomföras. Detta medför att personalen inte har utrymme att göra något utöver de grundläggande arbetsuppgifterna, exempelvis gemensamma aktiviteter för de boende.

Överlag anses nuvarande personalgrupp vara mer stabil och ha bättre nivå på kompetens och språk än den tidigare personalgruppen. Metodutvecklare har varit inne i boendet och verksamheten har utökats med en stödpedagog. Trots flera åtgärder bedömer flera intervjuade att dessa ännu inte gett tillräcklig effekt. En förklaring som ges är att många av åtgärderna förutsätter kontinuitet i ledarskap och en stabil arbetsgrupp, vilket hittills saknats.

Av de boende anger tre att de trivs bra på boendet, fyra att de trivs sådär och en trivs inte alls. Enligt några av de boende fungerar det mycket bättre nu än tidigare. Andra upplever ingen skillnad. En av de boende har fått plats på annat boende. Ytterligare tre letar aktivt efter annat boende.

Vid intervjuerna framkommer att de boende överlag tycker att de får den hjälp de behöver och att personalen är bra, snälla, lyssnar och respekterar deras önskemål.

För flera av de boende är det viktigt med kontinuitet i personalgruppen. Hög frånvaro, personalomsättning och ständigt ny personal och vikarier skapar oro hos vissa boende och försvårar arbetet då personalen inte känner de boende och inte vet hur de ska hantera vissa situationer på bästa sätt. För vissa boende har den höga personalomsättningen inneburit att de känner sig mindre trygga, har svårare att uttrycka sina behov till personalen och/eller blir mer tillbakadragna.

Några av de boende och boendes företrädare upplever att personalen är mer engagerad idag. Men även om viljan finns att förbättra verksamheten har det ännu inte märkts några effekter. Andra intervjuade upplever att vissa i personalen fortfarande brister i kompetens och engagemang. Bland annat lyfts att

viss personal inte agerar på larm från brukare, inte följer den planering som finns, inte ger mediciner i rätt tid och inte stöttar de boende så att de kan delta på olika aktiviteter. Vid intervjuerna framkommer att företrädare till boende och personal inom hälso- och sjukvården fortfarande upplever brister i den omsorg som brukare får på boendet.

Flera av de boende/företrädare uttrycker önskemål att personalen mer aktivt arbetar för att engagera och stötta de boende utifrån deras förutsättningar och önskemål. Vidare lyfts önskemål att personalen refererar mer till vårdplanen och berättar syftet med olika aktiviteter och insatser som görs (*Nu ska vi xxxx och det är kopplat till xxx som står i vårdplanen och det gör vi för att xxxx*).

Uppföljningen har tydliggjorts för att snabbare identifiera brister och det finns en struktur på plats för överlämning mellan dag- och nattpersonal. Verksamhetschefen följer utvecklingen på boendet och har täta avstämningar med enhetschef, metodutvecklare samt avdelningschef.

Flera av de intervjuade - både inom förvaltningen och andra respondenter - lyfter att det är av stor vikt att enhetschefen ges förutsättningar att arbeta mer med aktivt ledarskap för att vända situationen på boendet och skapa den kultur som behövs för det fortsatta utvecklingsarbetet. När chefen inte är närvarande i verksamheten öppnas det upp för en subkultur med informella ledare på boendet. Flera av de intervjuade ser det som en brist att det i enhetschefernas uppdrag inte ses som prioriterat att arbetsleda personalen. Det räcker inte att enhetschefen är fysiskt på plats vid ett boende om denne ändå är upptagen med möten och formalia snarare än aktivt ledarskap.

Vid intervjuerna lyfts bland annat följande utvecklingsbehov i verksamheten:

- Behöver kraftsamla för att skapa en förändring på boendet.
- Aktivt ledarskap för att förändra kulturen på arbetsplatsen.
- Ökad följsamhet till vårdplan.
- Mer träning med sjukgymnast
- Ökade insatser för att träna rörelse och tal
- Mer meningsfulla aktiviteter för de boende och fler aktiviteter utomhus
- Tydliggör rutiner kring basal hygien och omvårdnad, samt hur följsamheten till rutinerna säkerställts.
- Tydliggör rutin kring hantering av de boendes pengar, utifrån stadens riktlinjer.
- Kompetensutveckling gällande metoder för att kunna möta de boende utifrån deras behov och förutsättningar.
- Kompetensutveckling: ge personalen verktyg för att aktivt engagera och motivera de boende, exempelvis föreslå aktiviteter och inte bara acceptera ett nej till städ, dusch etc.
- Behövs kontinuitet i personalgruppen och ledning
- Bättre kommunikation mellan personal för att säkerställa att information vidareförmedlas mellan personal
- Bättre kommunikation mellan personal och de boendes nätverk
- Bättre kommunikation mellan myndighet och utförare
- Personalen behöver få ökad förståelse för sin roll och sitt ansvar för de boende

Sammantaget är vår bedömning att förutsättningarna är bättre nu än före upplösningen av den tidigare personalgruppen. Situationen är emellertid långt ifrån stabil och det kommer att krävas ett omfattande och långsiktigt arbete med att säkerställa verksamhetens kvalitet.

5 Vidtagna och planerade åtgärder på nämnds- och förvaltningsnivå

I detta kapitel presenteras vidtagna och planerade åtgärder på nämnds- och förvaltningsnivå av relevans för granskningsuppdraget. Kapitlet avslutas med en sammanställning av synpunkter från de intervjuade gällande åtgärderna.

5.1 Nämndens beslut om åtgärder

Utifrån händelserna vid Hundraårgatan 32 våning 3 har nämnden för funktionsstöd fattat följande beslut:

- Uppdrag till förvaltningen om **extern granskning av händelser** på bostad med särskild service Hundraårgatan, sammanträdesdatum 2025-06-11
 - Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att skyndsamt upphandla eller tillsätta en oberoende extern granskning av de allvarliga brister och missförhållanden som framkommit vid det kommunala boendet på Hundraårgatan. **Status:** Vår granskning kommer att återrapporteras till nämnden den 17 december 2025.
 - Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att göra en inspektion av liknande boenden för att säkerställa att inte vanvård och snarlika brister förekommer på andra platser i staden. **Status:** Uppdraget kommer att återrapporteras på nämndsammanträdet den 17 december 2025.
 - Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att genomföra en riktad informationsinsats för att tydliggöra att svenska är det gemensamma språket i all yrkesmässig kommunikation på arbetsplatsen. **Status:** Informationsinsatsen genomförs under hösten 2025 och är en åtgärd i arbetet med att stärka medarbetarskapet i förvaltningen.
- Beslut om **entledigande av förvaltningsdirektör**, sammanträdesdatum 2025-06-11
 - Nämnden för funktionsstöd beslutar att säga upp förvaltningsdirektören från och med 2025-06-11 samt att förvaltningsdirektören blir arbetsbefriad under sin uppsägningstid. **Status:** Verkställt
 - Nämnden för funktionsstöd beslutar att utse tillförordnad direktör från den 2025-06-11. **Status:** Verkställt
 - Nämnden för funktionsstöd beslutar att påbörja rekryteringsprocess för ordinarie direktör. **Status:** Påbörjat
- Beslut om **stärkt uppföljning av kvaliteten i verksamheterna**, sammanträdesdatum 2025-06-25
 - Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att lägga till ett fördjupande avsnitt om kvalitet i verksamheterna i delårsrapporten för mars och augusti. **Status:** Avslutad. Som ett led att stärka nämndens uppföljning av kvaliteten i verksamheterna kommer förvaltningen ha fördjupade avsnitt i delårsrapport per mars och per augusti från och med 2026.
 - Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att i samband med delårsrapporterna särskilt redovisa tydliga kvalitetsindikatorer som har bäring på verksamheternas trygghet och rättssäkerhet. Exempelvis ska information om allvarliga missförhållanden, större mängder avvikelser eller återkommande brister i verksamhetsuppföljning synliggöras för nämnden. Detta i syfte att möjliggöra tidig politisk insyn, förebyggande åtgärder och ökad lärdom av tidigare

händelser, såsom situationen vid Hundrårsgatan. Dessa indikatorer ska tas fram i dialog med förvaltningens kvalitetsfunktion och återrapporteras systematiskt från och med delårsrapporten i mars 2026. **Status:** Pågår, uppdraget kommer återredovisas i årsrapport 2025.

- Nämnden för funktionsstöd ger förvaltningen i uppdrag att inrätta forum för brukardialog på samtliga enheter för att komplettera den brukarenkät som genomförs årligen. **Status:** Pågående.
- Beslut om **delegation av beslutanderätt**, sammanträdesdatum 2025-08-27
 - Nämnden för funktionsstöd beslutade om revidering i delegationsordningen som innebär att anmälan enligt lex Sarah till IVO endast ska redovisas till nämnden istället för till individutskottet. **Status:** Verkställt

5.2 Förvaltningens övergripande åtgärder

Förvaltningen har vidtagit flera åtgärder och arbetar bland annat med de uppdrag från nämnden som presenteras i föregående avsnitt. Bland annat pågår följande arbete:

- När det gäller uppdraget att göra en inspektion av liknande boenden har förvaltningen identifierat 30 enheter där det redan nu pågår åtgärder, men där förvaltningen bedömer att fördjupad egenkontroll behövs. De fördjupade egenkontrollerna har genomförts under hösten 2025 och belyser kvalitet, arbetsmiljö samt styrning och ledning.
- Arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer utifrån uppdrag från nämnden pågår. Med utgångspunkt i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och i den årliga kvalitetsberättelsen, som utgör en sammanfattning och dokumentering av förvaltningens kvalitetsarbete och resultat av detta, har förvaltningen börjat arbeta med att bedöma vilka indikatorer som ger ökad tydlighet vad gäller trygghet och rättssäkerhet. Kvalitetsindikatorer ska tas fram, förankras och rapporteras till nämnden från och med delårsrapporten i mars 2026.
- När det gäller uppdraget att inrätta forum för brukardialog arbetar förvaltningen med att säkerställa att samtliga enheter har forum för brukardialog och arbetar med värdighetsgarantierna.

Förvaltningen för funktionsstöd har även identifierat ett antal övergripande åtgärder som har diskuterats vid möten med utökad förvaltningsledning. Förslagen handlar om ledning och styrning, kommunikation, förutsättningar och stöd samt systematik. Flera av åtgärderna handlar om att stärka förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

Bland annat har ett arbete påbörjats inom förvaltningen med att revidera anvisningen för systematiskt kvalitetsarbete. Revideringarna handlar framförallt om att tydliggöra rollerna inom kvalitetsledningssystemet, genom att tydliggöra varje chefsleds ansvar i arbetet och uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningen planerar även för en sammanhållen introduktionsutbildning för chefer i det systematiska kvalitetsarbetet, med fokus på chefens roll utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Bland övriga åtgärder som diskuterats ingår att forma en "samordningsgrupp kvalitet", tillgängliggöra ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete på ett enklare sätt för chefer och medarbetare, årshjul där chef ser vad som ska göras, hur det ska gå till och hur det följs upp, egenkontrollplan i samtliga avdelningar, tydliggöra koppling till hälso- och sjukvård, samt säkerställa riskbedömning utifrån patientsäkerhet, genomförande av insats och försämrat mående.

5.3 Synpunkter från de intervjuade gällande vidtagna och planerade åtgärder

Sedan problemen vid Hundraårgatan 32, våning 3 uppmärksammats har nämnden och förvaltningen vidtagit flera åtgärder för att förhindra att liknande situationer med missförhållanden och systematisk vanvård inträffar igen. De intervjuade är överlag mycket positiva till de åtgärder som beslutats, både när det gäller förvaltningsövergripande åtgärder och åtgärder vid Hundraårgatan 32 våning 3. Flertalet intervjuade lyfter att förvaltningen under året har gjort viktiga satsningar för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Nu anses det vara viktigt att förvaltningen och nämnden fullföljer påbörjat utvecklingsarbete och kompletterar detta med de ytterligare åtgärder som denna granskning visar behövs. Det anses även viktigt att åtgärderna följs upp för att säkerställa att förändringarna får önskade effekter.

De intervjuade lyfter bland annat följande beslut och åtgärder som särskilt viktiga i arbetet med att förhindra att liknande situationer uppstår:

- Uppdraget att identifiera verksamheter för fördjupade granskningar. Granskningarna ska utmytna i att ta fram stödpaket till de enhetschefer som behöver det.
- Uppdraget att ta fram kvalitetsindikatorer och fördjupade uppföljningar i årsrapporterna.
- Beslutet att alla lex Sarah utredningar som SAS bedömer ska anmälas till IVO går till nämnden och inte endast till individskottet.
- Uppdraget att se över hur förvaltningen kan minska segregation, otillåten påverkan och arbeta med värdegrunden i nordost.

Vid intervjuerna lyfts många relevanta förslag på åtgärder och utvecklingsområden som förvaltningen behöver arbeta vidare med, bland annat följande:

- Förvaltningen behöver hitta en struktur för rapportering som fångar upp när det finns risk för allvarliga brister eller osund arbetskultur i en verksamhet, för att ge förvaltningsledningen underlag och möjlighet att agera. I detta kan exempelvis ingå indikatorer såsom personalomsättning, sjukskrivningar, omsättning på timvikarier, avvikelser kring bemötande, antal ej utredda avvikelser och uteblivna brukarundersökningar.
- Enhetschefernas förutsättningar behöver ses över för att säkerställa att enhetscheferna har tillräckligt stöd i arbetet, möjlighet att vara närvarande i verksamheterna och utrymme att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet. Inför mentorskap för nya enhetschefer.
- Behöver fortsätta arbetet att stärka det strategiska kompetensförsörjningsarbetet, bland annat genom att stärka rekryteringsprocessen och tydliggöra rutiner kring olika personalärenden.
- Förvaltningen behöver arbeta mer med aggregerade analyser av avvikelser och synpunkter, uppföljning av åtgärder och återkoppling till berörda medarbetare.
- Satsa mer på handledning av personal som en del i kompetensutvecklingen kopplat till kommunikation och bemötande utifrån brukarnas förutsättningar.
- Som en del i arbetet med arbetskulturen kan förvaltningen ta fram underlag för samtal om etik och bemötande som en naturlig del i APT och verksamhetsmöten.
- Utveckla metoder för att ta in synpunkter från de boende och de boendes nätverk, exempelvis genom att utveckla förvaltningens arbete med brukarundersökningar, brukarrevisioner, anhörigundersökningar och husmöten.
- Ta fram befattningsbeskrivningar för enhetschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer, så att ansvars- och arbetsfördelningen blir tydlig.

6 Övergripande slutsatser och rekommendationer

I detta kapitel redovisas våra övergripande slutsatser och rekommendationer utifrån analysen i föregående kapitel. Eftersom boendet ingår i en större organisatorisk helhet avser en del av slutsatserna situationen vid Hundraårgatan 32 våning 3, medan andra berör styrning och ledning av förvaltningen som helhet. Baserat på våra bedömningar och slutsatser lämnas ett antal konkreta rekommendationer.

6.1 Vad är anledningen till att systematisk vanvård kunnat fortgå vid boendet?

I granskningsuppdraget ingår det att klargöra hur systematisk vanvård har kunnat fortgå vid boendet under en längre tid utan att tillräckliga åtgärder vidtagits. I grunden handlar det om att det vid boendet under flera åren funnits en dysfunktionell arbetsgrupp som skapat en osund arbetskultur. Situationen i arbetsgruppen kan bland annat kopplas till hög arbetsbelastning, informellt ledarskap och att vissa medarbetare saknat erforderlig kompetens, intresse och engagemang. Arbetsledningen har inte haft tillgång till nödvändiga verktyg för att komma till rätta med missförhållandena och har heller inte fått det stöd som behövts från HR, SAS och verksamhetschef. Individuellt ansvar har inte utkrävts av de medarbetare inom enheten som misskött sitt arbete.

Att missförhållandena kunnat fortgå så lång tid vid boendet är således en effekt av mer generella brister i styrningen av förvaltningens verksamhet framförallt när det gäller implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet, kompetensförsörjningen och hanteringen av personalärenden. Granskningen visar att det har funnits brister i förvaltningens styrning, uppföljning och kontroll. Det är oklart vilken styrmodell som har tillämpats inom förvaltningen, men i avsaknad av adekvata kvalitetsmål - och en systematisk uppföljning av dessa - synes emellertid förvaltningen vad gäller kvaliteten ha tillämpat en tillitsbaserad styrning baserad på att varje nivå bedömer vad som behöver rapporteras uppåt. Olika personers subjektiva bedömningar av vad som kan anses vara en acceptabel kvalitet har därför varit avgörande för vilken information som förts vidare. Det har inte genomförts brukarundersökningar, brukarrevisioner eller anhörigundersökningar i den aktuella verksamheten. Brister framkommer inte heller av verksamhetsuppföljningen (Stratsys). Ett fungerade systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller lagstiftningens krav har inte funnits. Detta har lett till att situationen vid Hundraårgatan 32 våning 3 inte har bedömts vara så allvarlig att detta har behövt rapporteras till förvaltningsledningen och nämnden.

När det gäller boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 är vår bedömning att flera adekvata åtgärder har vidtagits under årens lopp i syfte att förbättra situationen vid boendet. Granskningen visar dock att åtgärderna har varit otillräckliga och att det fortfarande finns stora utmaningar i boendet. Komplexiteten i verksamheten ställer höga krav på personalens kunskaper och kompetens och boendet har fortsatt hög personalomsättning och svårigheter att rekrytera personal.

Vår bedömning är att det kommer att vara nödvändigt med ett förstärkt ledarskap under överskådlig tid, tills situationen är stabil och de boende får det stöd de har rätt till. För att bedriva det förändringsarbete som är nödvändigt för att beslutade åtgärder ska få effekt behövs kontinuitet, ett närvarande ledarskap och en stabil arbetsgrupp med rätt kompetens.

6.2 Boendets förutsättningar och personalgruppens kompetens

Olika behov hos de boende ställer olika krav på kompetens hos personalen, personalgruppens sammansättning och dess storlek. Enligt intervjuerna planerades verksamheten på Hundraårgatan 32 våning 3 för en annan målgrupp med behov på en nivå som är mera vanlig för ett serviceboende. Vid rekrytering av personal inför uppstarten av verksamheten hade inte kompetensprofilen anpassats till

den målgrupp som blev aktuell. Flera av de personer som rekryterades initialt har därför inte haft adekvata kunskaper och erfarenheter för stöd till personer med förvärvade hjärnskador. Bemanningen var initialt inte heller tillräcklig för det omfattande behov som de boende hade. Ytterligare resurser tillfördes som medgav en utökning av personalgruppen senare under 2021.

Flera av de boende har olika svårigheter att kommunicera. Ett särskilt problem var därför att flera ur personalen hade ett annat modersmål än svenska och föredrog att sinsemellan kommunicera på sitt modersmål. Detta skapade också svårigheter i kommunikationen med de i personalgruppen som hade svenska som modersmål. Enligt intervjuade hade vissa av medarbetarna som hade annat språk som modersmål svårt att förstå instruktioner, både skriftliga och muntliga. Detta fick bland annat som följd att instruktioner från legitimerad personal inte följdes. Inte heller passbeskrivningarna har följts.

Hyresgästerna som bor på Hundraårgatan 32 våning 3 har stora behov inom alla livsområden och det utförs även omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser. Målgruppen är personer med förvärvade hjärnskador, vilket ställer stora krav på personalens kunskaper, lyhördhet och förmåga att förhålla sig till de komplexa behoven.

Det kompetenskartläggning som har initierats är nödvändig som grund för att planera och skyndsamt genomföra de kompetenshöjande insatser som är nödvändiga. Förvaltningen bör skyndsamt implementera kompetensutvecklingsinsatser baserat på kompetenskartläggningen. Beroende av vad kompetenskartläggningen visar kan det också vara nödvändigt att använda befintlig erfaren och kompetent personal från välfungerande verksamheter under en period vid Hundraårgatan 32 våning 3 för få in ett arbetssätt och en arbetskultur som säkerställer en god kvalitet.

Vi anser också att det vore befogat med underskötersketjänster vid en verksamhet av denna karaktär, där de boende har omfattande hälso- och sjukvårdsbehov.

6.3 Brister i hantering och analys av inrapporterade avvikelser

Eftersom det är en eftersläpning mellan dels att händelsen inträffar och tidpunkten för avvikelserapporteringen, dels mellan avvikelserapporten och den tidpunkt när lex Sarah utredningen är färdig, har vi valt att närmare granska de lex Sarah utredningar som genomförts under perioden februari 2021 - juni 2024, det vill säga fram till den lex Sarah utredning som ledde till en IVO anmälan.

Under perioden februari 2021-juni 2024 har lex Sarah utredningar genomförts för 25 avvikelser. Av dessa har 14 händelser bedömts som missförhållande enligt lex Sarah, medan 11 händelser inte betraktas som missförhållande enligt lex Sarah. För 16 av avvikelserna som markerats som lex Sarah har ingen lex Sarah utredning genomförts.

Under våren 2024 gjordes två lex Sarah utredningar där händelser från sammanlagt 13 avvikelser bedömdes som missförhållanden enligt lex Sarah. Fem av avvikelserna handlar om att insats inte blivit av, fem om brister i rättigheter och bemötande, två om läkemedel (som saknas respektive utebliven dos), samt en avvikelse som kategoriserats som "övrig". Tre av dessa avvikelser rapporterades in redan i mars 2023. I lex Sarah utredningarna konstateras brister i utförande av beviljade insatser, brister i samverkan och kommunikation samt användning av begränsningsåtgärder. I en av utredningarna framgår att det finns en oro att hyresgästerna inte får sina behov tillgodosedda. Trots tydliga indikationer om upprepade brister och missförhållanden vid boendet har denna information, i enlighet med förvaltningens rutiner, inte nått förvaltningsledningen eller nämnden.

Enligt vår bedömning hade det funnits skäl att mycket tidigare göra en anmälan till IVO. Anmälan till IVO ska göras vid "allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden". Även om en

enskild avvikelse som utretts enligt lex Sarah har bedömts inte utgöra ett missförhållande i sig, så torde det vara uppenbart att den stora mängden avvikelser och deras karaktär sammantaget indikerar att det finns en *”påtaglig risk”* för allvarliga missförhållanden. Även senare har missförhållandena varit av en sådan karaktär att det vore rimligt med en IVO-anmälan. Om så hade skett hade förvaltningsledningen och nämndens individutskott tidigare blivit informerade om bristerna. De lex Sarah-utredningar som genomfördes under 2023 påvisade stora brister i personalgruppen vad gäller att följsamhet till fattade beslut och rutiner, samt i informationsöverföringen mellan medarbetare. Då enhetschefen redan hade kopplat in HR under hösten 2023 - och en organisatorisk och social arbetsmiljökartläggning redan var beställd - valde SAS att inte gå vidare med ärendena.

I granskningen framkommer att bristerna i avvikelsehanteringen på Hundraårgatan 32 våning 3 inte är en isolerad företeelse vid just detta boende. Tvärtom förefaller det ha funnits mycket omfattande brister generellt i förvaltningens avvikelsehantering under den period som granskningen avser. Bland annat framgår det av förvaltningens årsrapport 2024 att det finns indikationer på ett visst mörkertal gällande lex Sarah-rapportering från verksamheterna samt brister i det nuvarande systemstödet, vilket försvårar en djupgående analys.

Avvikelsehanteringen ska bidra till lärande och förbättringsåtgärder. Det räcker inte med att rätta till de missförhållanden som avvikelserapporten avser. Huvudmannen ska även vidta åtgärder för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för sådana inträffar igen. Detta ställer förstås krav på att utveckla arbetssätt och arbetsgruppens kompetens så att den berörda verksamheten ständigt svarar upp mot de boendes behov.

Men huvudmannens ansvar stannar inte vid att säkerställa att enheten där avvikelserna inträffat genomför erforderliga förändringar. Ansvaret gäller hela verksamheten, det vill säga också andra enheter, och därför är det viktigt med fungerande lärprocesser, där erfarenheterna från avvikelsehanteringen tas tillvara av förvaltningen som helhet. När avvikelserna hanteras en och en utan en analys av eventuella mönster och orsakssammanhang så saknas också förutsättningar för adekvata lärprocesser. Det krävs en djupare analys av avvikelser och Lex Sarah-utredningar för att se mönstret och därmed behovet av mer kraftfulla och strukturerade åtgärder.

6.4 Brister i förvaltningens styrning, uppföljning och kontroll

Flertalet intervjuade pekar på stora brister i förvaltningens styrning, uppföljning och kontroll, framförallt när det gäller kvaliteten på verksamheten. Fokus har i hög grad legat på ekonomistyrningen, inte bara i förvaltningen för funktionsstöd utan i Göteborgs stad generellt. Det har inte funnits någon tydlig koppling mellan vilka ambitioner som uttrycks genom kvalitetsmål och vilka ekonomiska förutsättningar som finns. För många intervjuade är det oklart hur styrningen sker och vilken styrmodell som används. Göteborgs stad vill enligt flera av de intervjuade att chefer ska tillämpa så kallad tillitsbaserad styrning, vilket i viss mån även framgår av styrande dokument. Där betonas bland annat att *”Vårt ledarskap präglas av att möta medarbetarna med respekt, lyhördhet och tillit”*¹⁵. I *”Genomförandeplan för budget 2026”* för Nämnden för Funktionsstöd anges att *”Nämnden ska tillämpa tillitsbaserad styrning”*¹⁶.

¹⁵ Göteborgs Stads policy för arbetsmiljö, medarbetarskap och chefskap, Senast reviderad: 2025-02-27

¹⁶ Protokoll Sammanträde Nämnden för funktionsstöd 2025-11-26, § 181, protokollsbilaga 1

I förvaltningen för funktionsstöd sker uppföljningen av verksamheten främst genom uppdragsdialoger. Det innebär att verksamheten följs upp genom samtal mellan chef och närmast överordnad chef. Uppdragsdialoger med uppföljning av boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 har således skett kontinuerligt mellan enhetschef – verksamhetschef och verksamhetschef – avdelningschef. Det är dock oklart vad som ska tas upp vid dessa uppdragsdialoger och innehållet är därför i hög grad beroende av de båda tjänstepersoner som för dialogen. Varje chef förväntas vid dessa samtal lyfta problem i verksamheten till sin närmaste chef. Intervjuerna visar att denna form av uppföljning inte har fungerat när det gäller Hundraårgatan 32 våning 3.

I avsaknad av annan systematiserad uppföljning och analys har detta fått som konsekvens att förvaltningsledningen har saknat information om hur det faktiskt har fungerat på Hundraårgatan 32 våning 3. Detta trots att informationen har funnits hela tiden, men inte använts på ett adekvat sätt. Band annat har det funnits 533 inrapporterade avvikelser (varav 56 markerats som lex Sarah) och 14 lex Sarah-utredningar (som sammantaget baseras på totalt 27 inrapporterade avvikelser). Men avvikelserna har inte sammanställts och analyserats på ett sådant sätt att mönster och återkommande brister identifierats och använts i kvalitetsarbetet. Om det inom förvaltningen hade funnits ett sedvanligt uppföljningssystem där tillgänglig information hade sammanställts och analyserats hade förvaltningsledningen på ett tidigt stadium kunnat uppmärksamma omfattningen av bristerna och mönstret i dessa.

Att uppföljning bygger på att medarbetare och mellanchefer lyfter problem till närmast högre nivå innebär i praktiken att kontroll saknas. Det kan finnas flera skäl till att problem inte lyfts till närmaste chef. Det behöver inte handla om mörkläggnings utan orsaken kan vara att man tror sig klara av problemet själv eller inte tycker att problemet är så stort att chefen behöver belastas. Det kan också handla om att man som chef är överbelastad, inte har tillräcklig kompetens för att inse problemets vikt, har blivit så avtrubbad att bristen inte upplevs som ett problem eller ser risker med att lyfta problemet.

En uppföljning kan aldrig bygga enbart på att enskilda problem lyfts ad hoc genom flera nivåer i linjen. Det måste finnas kontrollmekanismer genom vilka förvaltningsledningen, och ytterst nämnden, kan säkerställa att medborgarna får det stöd och den vård och omsorg de har rätt till. Styrning och uppföljning måste ta sin utgångspunkt från de som verksamheten är till för. Vår bedömning är att styrningen inom förvaltningen har varit alltför internt orienterad och i för liten utsträckning säkerställt att medborgarna får det stöd och den vård och omsorg de har rätt till.

Ytterst är det den politiska ledningen som ansvarar för verksamheten inför medborgarna. Särskilt i verksamheter där det finns begränsade möjligheter för de personer som har störst behov av stöd att göra sin röst hörd är det viktigt att den politiska ledningen skaffar sig tillräckligt god insyn i och tillförlitlig information om hur verksamheten fungerar i praktiken. Tillgängliga uppgifter om verksamheten bör sammanställas och analyseras på ett sådant sätt att det tydligt går att följa utvecklingen och se mönster som kräver åtgärder. En systematisk analys av bland annat avvikelser och lex Sarah-utredningar på enhets- och verksamhetsnivå skulle på ett enkelt sätt kunna ge indikationer på hur varje enhet utvecklas och visa om någon "sticker ut". Det åvilar förvaltningen att skapa ett uppföljningssystem som säkerställer den information som krävs för den politiska styrningen. En väl fungerande systematisk uppföljning är också en förutsättning för lärandet inom förvaltningen. Genom en systematisk uppföljning skapas möjligheter till gemensam kunskapsutveckling, att sprida goda exempel och utveckla arbetssätten.

På senare år har tillitsbaserad styrning väckt stort intresse i kommunerna. Modellen härstammar från Tillitsdelegationen, som tillsattes av regeringen 2016. Men den lanserade styrmodellen var inte evidensbaserad och aktuell forskning visar att den inte fungerar i praktiken.

I en rapport om tillförlitlig styrning och organisering av välfärden slår sex forskare fast att tillit inte är ”en lämplig – eller ens möjlig – utgångspunkt för styrning och ledning”¹⁷. En grundbult i effektiv styrning är att ledningen ska kunna utkräva ansvar för vad som har åstadkommit inom organisationen. I rapporten betonar forskarna att det är olämpligt, för att inte säga omöjligt, att basera styr- och ledarskapsformer på tillit och att både standardisering och kontroll är nödvändiga inslag för tillförlitliga verksamheter. Styrning handlar om att den styrda aktören ska besluta och agera i enlighet med den styrande aktörens intentioner och beslut. Med hjälp av klassisk styrteori förklaras i rapporten hur all styrning faller tillbaka på två grundläggande modeller: regel- och processtyrning samt mål- och resultatstyrning. Betydelsen av goda strukturer för ansvarsutkrävande och uppföljning framhålls.

6.5 Rekommendationer

Nämnden och förvaltningen har redan tagit initiativ till en lång rad åtgärder för att förbättra och säkerställa kvaliteten inom förvaltningens verksamheter. Slutsatser och rekommendationer bör därför i dessa delar ses som stöd för initiativ som redan tagits.

Vi rekommenderar nämnden att:

- Genomföra en extern granskning av förvaltningens styrning i syfte att utveckla en evidensbaserad styrmodell baserad på en genomtänkt struktur av evidensbaserade styrformer som mål- och resultatstyrning, processtyrning och regelstyrning.
- Utöver information om de lex Sarah utredningar som leder till IVO-anmälan även begära en samlad analys av de lex Sarah utredningar som visar på missförhållanden, exempelvis i förvaltningens delårsrapporter och som underlag för nämndens årliga kvalitetsberättelse.
- På ett systematiskt sätt använda kvalitetsindikatorer för att följa verksamhetens kvalitet och säkerställa en positiv utveckling.
- Ge uppdrag till förvaltningen att kontinuerligt genomföra riskbaserade fördjupade egenkontroller av ett urval enheter, på liknande sätt som nu görs vid 30 identifierade enheter.
- Tillsammans med Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO) genomföra en granskning av strukturen för samverkan med Hälso- och sjukvårdsavdelningen inom ÄVO och de gemensamma processer som erfordras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.
- Genomföra en kartläggning och analys av avvikelshanteringen för perioden 2023 – 2025 för att följa upp följsamheten till beslutad process för avvikelshantering samt rutinerna för rapportering och utredning enligt lex Sarah.

När det gäller boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 rekommenderar vi förvaltningen att:

- Fortsätta arbetet med att följa upp genomförda och planerade åtgärder för att säkerställa att de ger önskad effekt.
- Tills vidare ha en enhetschef avdelad enbart för boendet på Hundraårgatan 32 våning 3 för att säkerställa ett närvarande ledarskap samt möjlighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och aktivt arbeta med nämndens värdighetsgarantier tillsammans med hela arbetsgruppen.
- Skyndsamt implementera kompetensutvecklingsplanen baserad på kompetenskartläggningen.

¹⁷ Lisa Björk & Stefan Tengblad (red.): *Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden*, SNS Förlag, 2023

- Säkerställa att personalen har den kompetens och introduktion som behövs för att följa vårdplaner och instruktioner.
- Säkerställa att det finns verktyg och kompetens för alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) så att alla brukares behov av kommunikationsstöd tillgodoses.
- Ha en bemanning som ger utrymme för personalen att genomföra meningsfulla aktiviteter med de boende.
- Eftersom flera av nuvarande hyresgäster på Hundraårgatan 32 våning 3 står i kö till annat boende bör det övervägas att, när dessa har kunnat beredas mer lämpligt boende, antingen förändra målgruppen till mindre vårdbehövande, minska antalet platser eller avveckla boendet.

Dessutom rekommenderar vi förvaltningen att:

- Vidareutveckla förvaltningens styrmodell baserad på en genomtänkt struktur av evidensbaserade styrformer som mål- och resultatstyrning och process- och regelstyrning.
- Säkerställa att förvaltningen har ett avvikelshanteringssystem som uppfyller förvaltningens behov.
- Ta fram en modell för systematisk analys av avvikelserapporter där analyser på enhetsnivå aggregeras till verksamhetsområdesnivå, avdelningsnivå och förvaltningsnivå.
- Arbeta mer med aggregerade analyser av avvikelser och synpunkter, uppföljning av åtgärder och återkoppling till berörda medarbetare.
- Säkerställa att all personal arbetar utifrån de värderingar som kommer till uttryck i nämndens värdighetsgarantier.
- Säkerställa att all personal har de språkkunskaper som krävs för kommunikationen med brukarna och för att förstå och följa de skriftliga och muntliga instruktioner som ges.
- Säkerställa att det finns metoder för alla verksamheter att ta in synpunkter från brukare och när så lämpligt från brukarens nätverk. Tydliggör ansvaret för att följa upp att alla verksamheter genomför brukarundersökningar och ge stöd till de verksamheter som inte själva har förmåga att genomföra brukarundersökningar.
- Myndighetens uppföljning av beslut åtföljs av en skriftlig bedömning av i vilken utsträckning den boendes behov tillgodosetts fram till uppföljningstillfället.
- Fortsätta påbörjat arbete för att stärka förvaltningens arbete med strategisk kompetensförsörjning, bland annat genom att kvalitetssäkra rekryteringsprocessen och ge enhetscheferna adekvat stöd vid rekrytering.
- Skapa förutsättningar för att rekrytera till anställning som undersköterska vid verksamheter med omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Tydliggöra vad som ska dokumenteras i personalärenden, hur det ska dokumenteras samt vilket ansvar HR-specialist respektive enhetschef har för dokumentationen.
- Utarbeta rutiner och stöd för hantering av misskötsamhet, omplaceringar, uppsägningar och utköp. Detta bör inkludera mallar för dokumentation av medvetandegörande samtal, varning och uppsägning.
- Ta fram befattningsbeskrivningar för enhetschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer.
- Överväga att införa mentorskap för nya enhetschefer.