



# Årsrapport 2025

## Vård- och omsorgsnämnden

Stadsrevisionen

Årsrapport vård- och omsorgsnämnden – 2025

Framtagen av Stadsrevisionen i Helsingborgs stad

Datum: 2026-03-25

Diarienummer: 9/2025

Kontakt: [stadsrevisionen@helsingborg.se](mailto:stadsrevisionen@helsingborg.se)

Foto: Helsingborgs stad

# Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Samlad bedömning .....                            | 4  |
| Verksamhet och ekonomi.....                       | 4  |
| Styrning och intern kontroll .....                | 5  |
| Inledning .....                                   | 6  |
| Syfte och revisionsfrågor, avgränsning .....      | 7  |
| Revisionskriterier .....                          | 7  |
| Metoder .....                                     | 8  |
| Resultat av granskningen.....                     | 9  |
| Verksamhet och ekonomi.....                       | 9  |
| Nämndens analys av uppdrag och inriktning.....    | 9  |
| Måluppfyllelse - ekonomi .....                    | 11 |
| Rapportering och uppföljning.....                 | 12 |
| Övriga genomförda granskningar .....              | 13 |
| Bedömning .....                                   | 14 |
| Styrning och intern kontroll.....                 | 15 |
| Organisation för arbetet med intern kontroll..... | 15 |
| Rapportering och uppföljning.....                 | 15 |
| Övriga genomförda granskningar .....              | 16 |
| Bedömning .....                                   | 20 |

# Samlad bedömning

De förtroendevalda revisorerna har i sin revisionsplan 2025 beslutat att genomföra en grundläggande granskning av vård- och omsorgsnämnden. Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande verksamhet enligt fullmäktiges mål, beslut och uppdrag samt om nämnden har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till verksamhetens mål, regler och föreskrifter.

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån stadsrevisionens granskningar av nämnden 2025.

## Verksamhet och ekonomi

**Vår samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden delvis bedriver en ändamålsenlig och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande verksamhet.**

Vi bedömer att nämnden har utvecklat sin analys av uppdrag och inriktning jämfört med föregående år där det i vissa delar framgår resultat och effekt av insatser, men i flera delar ligger fokus på en beskrivning av verksamhetens arbete. Vi bedömer att analysen kan stärkas utifrån vilka lärdomar nämnden dragit från årets verksamhet samt prioriterade vägval framåt för fortsatt utveckling och förflyttning.

Vidare grundar vi vår bedömning på att nämnden når båda sina mål, dock når nämnden inte till fullo sitt ekonomiska mål. Verksamheterna äldreomsorg och funktionsstöd redovisar i likhet med 2024 negativa resultat i förhållande till budget. Utifrån de återkommande avvikelserna ser vi det som viktigt att nämnden stärker sin styrning och uppföljning av ekonomin samt säkerställer mer träffsäkra prognoser.

I bedömningen väger vi in att nämnden i likhet med föregående år fortsatt har svårigheter att verkställa beslut inom LSS inom skälig tid och därför dömts att betala särskilda avgifter till betydande belopp. Vi ser kritiskt på att nämnden inte förmått att vända utvecklingen. Nämnden behöver säkerställa att åtgärder vidtas för att öka verkställigheten och följsamheten till lagstiftningen.

Utifrån uppföljningsgranskning av effekter av hälso- och sjukvårdsavtalet behöver nämnden fortsatt stärka sitt arbete eftersom granskningen visar att det kvarstår förbättringsområden inom exempelvis habilitering, psykisk funktionsnedsättning, egenvård och kostnadsansvar. Även strukturen för uppföljning av avtalet behöver förbättras.

## Styrning och intern kontroll

Vår samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden delvis har en tillräcklig intern kontroll.

Vi grundar vår bedömning på att nämnden bedriver ett systematiskt arbete med sin interna kontroll med fokus på identifierade risker, där nämnden numera är delaktig i riskanalysarbetet. Vi bedömer dock att riskanalysarbetet med fördel kan nå längre ut i organisationen under mer strukturerade former för att fånga riskområden inom olika verksamheter och organisatoriska nivåer inom nämnden.

Mot bakgrund av att årets resultat visar att granskningspunkter fortsatt bedöms som kännbara, behöver nämnden säkerställa att åtgärder vidtas för att uppnå en långsiktig och hållbar effekt i processer och kontroller. Utifrån att nämndens interna kontroll av verkställighet visar på återkommande brister ser vi det som särskilt viktigt att nämnden säkerställer att åtgärder vidtas.

Årets granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete visar att förbättringsområden kvarstår där nämnden behöver säkerställa att kvalitetsledningssystemet färdigställs och implementeras.

# Inledning

Revisorerna ska enligt kommunallagen årligen pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen inom styrelse och nämnder är tillräcklig.

Kommunstyrelse och nämnder ska bedriva verksamheten i enlighet med fullmäktiges mål och uppdrag, beslut och riktlinjer samt lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Därtill ska styrelse och nämnder tillse att det finns systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner samt en struktur och organisation för arbetet som ger förutsättningar för att verksamheten uppnår beslutade mål och efterlever gällande regelverk inom sina ekonomiska ramar.

För att fullgöra uppdraget bör system och rutiner för ledning, uppföljning, kontroll och rapportering av verksamheten finnas. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt i enlighet med fullmäktiges mål och uppdrag.

Den grundläggande granskningen omfattar granskning av måluppfyllelse samt granskning av styrning och intern kontroll. Granskningen utgör en grund för de bedömningar och uttalande som revisorerna avger i revisionsberättelsen. De fördjupade granskningar som genomförts under 2025 finns tillgängliga att ta del av i sin helhet på stadsrevisionens webbplats: <https://helsingborg.se/stadsrevisionen>.

Granskningen har utförts av Helsingborgs stads revisionskontor på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2025.

# Syfte och revisionsfrågor, avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande verksamhet enligt fullmäktiges mål, beslut och uppdrag samt om nämnden har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till verksamhetens mål, regler och föreskrifter.

Granskningen syftar också till att genom strukturerade dialogmöten med nämndens presidium, lyfta fram nämndledamöternas roll och ansvar för väsentliga styrprocesser inom sina ansvarsområden.

Den grundläggande granskningen omfattar följande revisionsfrågor;

- Vidtar vård- och omsorgsnämnden tillräckliga åtgärder för att uppnå fastställda mål avseende verksamhet och ekonomi?
- Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillräcklig?

Utöver ovan har följande områden särskilt granskats inom ramen för den grundläggande granskningen:

- Delegeringsordning - Granskningen syftar till att översiktligt bedöma styrelsers och nämnders styrdokument, kontroll och anmälan av delegeringsbeslut
- Uppföljning av tidigare genomförda granskningar och avvikelser:
  - Granskning av brandskyddsarbetet (2021).

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden.

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för den grundläggande granskningen utgörs av:

- Kommunallagen (2017:725), 6 kap, 1§ och 6§
- Nämndens reglemente
- Relevanta styrdokument och fullmäktiges mål och beslut som berör nämnden

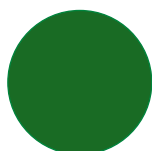
# Metoder

Granskningen har skett genom dokumentstudier av plan för mål och ekonomi, verksamhetsplaner, internbudget, dokumenterad riskanalys, plan för uppföljning av intern kontroll, årsresultat av uppföljning av intern kontroll, uppföljningar av ekonomi och verksamhet (ekonomirapporter, delårsrapport, årsredovisning), delegeringsordning och arbetsinstruktion samt protokoll och underliggande handlingar. Granskningen har även innefattat intervjuer med tjänstepersoner med särskilt ansvar för förvaltningens processer som rör mål, intern kontroll, ekonomi och delegering. Dialogmöte har genomförts med nämndens presidium samt omsorgsdirektör under hösten 2025.

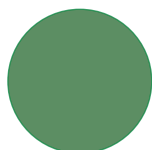
Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

Granskningen har genomförts av sakkunniga revisorer på stadsrevisionen i Helsingborgs stad och kvalitetsgranskats av revisionsdirektören. Berörda sakkunniga revisorer har prövat sitt oberoende i enlighet med SKYREV:s (Sveriges Kommunala Yrkesrevisorer) rekommendation och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen.

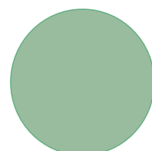
Granskningsområdena verksamhet, ekonomi samt styrning och intern kontroll har bedömts enligt nedan bedömningsskala vilket följer SKYREV:s vägledning och rekommendationer.



**I allt väsentligt** ändamålsenlig/tillräcklig  
Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda.  
Avvikelse/brister som behöver åtgärdas är av mindre karaktär.



**Delvis** ändamålsenlig/tillräcklig  
Bedömningskriterierna bedöms delvis vara uppfyllda.  
Det finns avvikelser/brister som behöver åtgärdas.



**Inte** ändamålsenlig/tillräcklig  
Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda.  
Det finns väsentliga avvikelser/brister som behöver åtgärdas.

# Resultat av granskningen

Nedan redovisas resultat utifrån revisionsfrågorna som berör området verksamhet och ekonomi samt styrning och intern kontroll.

## Verksamhet och ekonomi

### Nämndens analys av uppdrag och inriktning

Nämnden ska enligt stadens styrmodell följa stadens inriktningar. Dessa visar vad fullmäktige vill att koncernen ska fokusera på för att Helsingborg ska utvecklas mot vision Helsingborg 2035.

Vård- och omsorgsnämndens **uppdrag** är att arbeta för att äldre och personer med funktionsnedsättning kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Nämndens **inriktning** är "I Helsingborg ska människor i alla åldrar kunna leva ett självständigt och aktivt liv med god livskvalitet. Nöjdheten med vården och omsorgen ska vara högre än genomsnittet i landet. Invånarna ska känna sig trygga med den vård och omsorg staden tillhandahåller och erbjudas digital service och välfärdsteknik i framkant. De förebyggande och rehabiliterande insatserna ska öka."

I dialogmöte framkommer att nämndens nulägeskarta är omarbetad och numera på ett tydligare sätt tar sin utgångspunkt i nämndens uppdrag. Nämnden fick del av nulägeskartan gällande 2025 vid sitt sammanträde den 12 februari 2025.

Nulägeskartan lyfter två fokusområden för förvaltningens möjlighet att lyckas med nämndens uppdrag: "förebyggande insatser" och "digitalt först".

I nämndens årsbokslut redovisas hur verksamheten har arbetat utifrån sitt uppdrag och inriktning. Det framgår en analys av respektive del i inriktningen och genomförda insatser. Exempelvis har satsningar genomförts inom personcentrerad vård, demensvård och önskad ensamhet. Det sistnämnda har resulterat i ökat fokus på att stödja en ökning av aktiviteter för äldre med intellektuell funktionsnedsättning. Därtill framgår att digitala besök har ökat med positivt resultat, att införandet av digital besöksuppföljning inom hemvården förenklat registrering för medarbetare och synliggjort den faktiska tidsåtgången i besöken. Införande av måltidsvärdar uppges ha ökat kvaliteten och trivseln vid måltiderna. Även arbetet för att öka nöjdheten med vården och omsorgen lyfts upp i nämndens årsbokslut och hur detta mäts genom kundundersökningar. I det framåtsyftande arbetet tas bland annat upp behov av hållbar bemanning och behov av ökad samverkan internt på förvaltningen, i staden och med externa parter för att kunna utveckla de förebyggande och rehabiliterande insatserna.

Flera nyckeltal följs upp med koppling till nämndens uppdrag och inriktning och redovisas i sin helhet i årsbokslutet. Bland nyckeltalen inom vårdboende noterar vi en stor ökning av "antal personer med beslut om vårdboende som väntar på plats" (från 46 personer år 2024 till 102 personer år 2025). Vi noterar också en viss minskning utifrån brukarundersökning i resultatet för vårdboende, exempelvis vad gäller nöjdhet och ensamhet. Även inom LSS-verksamhet noterar vi en kraftig ökning för "genomsnittlig väntetid för plats i gruppboende LSS" (283 dagar 2024 till 559 dagar 2025). Vissa nyckeltal visar en negativ trend, men vi noterar en viss positiv förflyttning bland nyckeltal som mäter exempelvis antal deltagare i arbetspraktik, trygghet med assistenter och "andel brukare som vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna". Nämnden lyfter i sitt årsbokslut att det sistnämnda varit ett område som verksamheten har fokuserat på under året för att tydliggöra för brukarna vem de ska prata med.

I omsorgsdirektörens verksamhetsplan<sup>1</sup> uppges angivna prioriterade områden ("nära vård", "rätt kompetens", "aktivt och nära ledarskap" samt "tillsammans arbetar vi systematiskt och långsiktigt") vara kopplade till nämndens inriktning. Nämndens presidium har tidigare i dialog lyft denna koppling som särskilt viktig för att försäkra sig om att de politiska intentionerna också tas tillvara och driver verksamheten. Vi noterar i planen att omsorgsdirektören lyfter upp flera åtgärder som behöver vidtas för att nämnden i högre utsträckning ska nå inriktning och mål, exempelvis att säkerställa en god grundbemanning och att förvaltningsledningen behöver utveckla ledning, styrning och uppföljning.

## Måluppfyllelse - verksamhet

Nämndens **mål**:

- Hemvården ska ha ett hemtjänstindex över genomsnittet för alla kommuner
- Fler deltagare inom daglig verksamhet ska inkluderas på arbetsmarknaden genom exempelvis jobb och praktik

Nämnden redovisar i årsbokslut att de uppnår båda sina mål.

Helsingborgs stads hemtjänstindex för 2025 summerar till 73,2 (föregående år 68,0) vilket är över genomsnittet för alla kommuner som uppgår till 68,9. Vi noterar att nämnden till 2026 har höjt sin ambitionsnivå för detta mål och strävar efter att ha ett hemtjänstindex som på alla delområden ligger över genomsnittet för samtliga kommuner.

Vad gäller målet att få fler deltagare inom daglig verksamhet till arbetsmarknaden uppnås även detta då två deltagare har gått vidare till egen anställning under året och

---

<sup>1</sup> Nämnden fick information om verksamhetsplanen på sammanträde den 21 oktober 2024.

antalet deltagare på arbetspraktik har ökat (från 123 personer år 2024 till 140 personer år 2025).

## Specifika uppdrag

Vård- och omsorgsnämnden har fått två specifika **uppdrag från kommunfullmäktige** under 2025.

| Uppdrag från KF 2025  | Återrapporterat                 | Resultat  |
|---|---------------------------------|---|
| Förebygga och behandla undernäring inom hemvården                     | Genomfört.<br>10 december 2025. | I redovisningen framgår att förvaltningen arbetat för att höja kunskap och kvalitet kring måltider och undernäring under 2025. Rutin och riktlinjer för undernäring har uppdaterats samt att tillämpningsanvisningar har tagits fram. Det är numera möjligt att ordinera dygnskasse för att förebygga och behandla undernäring inom hemsjukvården. Effekter av insatserna följs upp genom mätetal kopplat till undernäring. |
| Ökad invånarinvolvring och samverkan med näringsliv och civilsamhälle | Genomfört.<br>10 december 2025. | Redovisningen visar att genomfört arbete har identifierat konkreta behov och rekommendationer för ett mer systematiskt och hållbart involveringsarbete inom förvaltningen. Projektet har levererat en slutrapport, en guide för involvering på förvaltningen samt en kortversion i form av en snabbguide.   |

Vi noterar att det i nuläget inte finns några tidigare uppdrag till vård- och omsorgsnämnden som inte är hanterade.

## Måluppfyllelse - ekonomi

Vård- och omsorgsnämnden har för 2025 tilldelats en ekonomisk ram på ca 2 630 mnkr från kommunfullmäktige. Nämnden redovisar i årsbokslutet för 2025 ett negativt resultat på -1,1 mnkr. Lämnade prognoser under året har vid delårsrapport per april visat -5,0 mnkr och vid delårsrapport per augusti -15,0 mnkr. I delårsrapport per augusti redovisas att prognosförsämringen beror på ökat behov av externa placeringar, förändringar i momshantering för externa utförare, högre utfall i lönerevision än beräknat, samt ökade särskilda avgifter för ej verkställda beslut.

Nämnden redovisar att årets resultat främst beror på engångskostnader, både gällande ändrad momshantering och särskilda avgifter för ej verkställda beslut, men

även ökade personalkostnader. Att resultatet blivit bättre än prognos uppges i årsbokslut bero på statsbidrag som inte budgeterats och som kunnat användas för att finansiera befintliga utvecklingsprojekt.

Vad gäller verksamheterna redovisar både äldreomsorg och funktionsstöd underskott, -19,6 mnkr, respektive -19,7 mnkr. Motsvarande underskott 2024 var -21,3 mnkr för äldreomsorg och -20,2 mnkr för funktionsstöd. Övriga verksamheten (förvaltningsgemensamt, myndighetsavdelning etcetera) redovisar positivt resultat. En förklaring till underskotten uppges i årsbokslut bland annat bero på otillräcklig resursfördelning i förhållande till verksamhetens faktiska kostnader. I dialog med nämndens presidium framgår att förvaltningen har påbörjat ett arbete för att se över sin resursfördelningsmodell. Detta framgår även i nämndens årsbokslut. Här framgår också att kärnverksamheterna i internbudgeten för 2026 tillförts medel för att verksamheterna ska kunna bedrivas i ekonomisk balans.

## Rapportering och uppföljning

Nämnden får redovisning utifrån den ekonomiska uppföljningen tre gånger om året, vid delårsrapport per april, augusti och vid årsbokslut. Nämnden har under året inte tagit beslut om några särskilda åtgärder avseende ekonomin utöver att i samband med redovisning av delårsrapport per augusti besluta om att ianspråkta 6 miljoner kronor av tidigare års överskott i resultatöverföring. I nämndens årsbokslut framgår att dessa medel bland annat finansierat engångskostnader kopplade till uppdatering av IT-verktyg.

## Icke verkställda beslut

I nämndens ansvar ingår insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Då beslut om insatser inte har verkställts inom tre månader ska en redogörelse över dessa skickas till IVO men även till stadsrevisionen för information, vilket också har skett löpande under året. Som en följd av ej verkställda beslut har sju särskilda avgifter utdömts av Förvaltningsrätten under 2025 uppgående till 2,9 mnkr. 2024 utdömdes två särskilda avgifter på totalt 2 mnkr. 3,9 mnkr har belastat 2025 års resultat. Som skäl till de särskilda avgifterna anges att Helsingborgs stad har dröjt oskäligt lång tid med att verkställa beslut om insats enligt LSS. Domarna under 2025 har avsett daglig verksamhet, korttidsvistelse, bostad med särskild service samt ledsagarservice.

Enligt uppgift från förvaltningen har avdelning funktionsstöd påbörjat ett arbete för att bättre matcha beslut om boende för vuxna och barn. Förvaltningen uppger vidare att i samtliga nya beslut av boende enligt LSS som fattats under 2025, har kunden erbjudits plats inom 90 dagar. Då kunden tackar nej till erbjudandet kvarstår dock beslutet som ej verkställt. Förvaltningen uppger också att alla icke verkställda beslut inom daglig verksamhet, i de nivåer som tidigare riskerat vite, nu är verkställda. I något fall dock med lägre omfattning än kundens önskan i avvaktan på lediga platser.

Nämnden får på sina sammanträden information om domar och utfallet i dessa under anmälningsärenden. I protokoll framgår inte att nämnden fattat några särskilda beslut utifrån erhållen information.

I nämndens svar på årsrapport 2024 framgår att det pågår ett arbete inom förvaltningen för att säkerställa rutiner, samverkan och samarbete mellan myndighetsavdelningen och utförarorganisationen så att beslutade insatser kan verkställas inom gällande tidsramar. En åtgärd som lyfts upp är att förvaltningen från 2025 samlat ansvaret för både egen verksamhet och externa placeringar inom LSS-området hos avdelningen för funktionsstöd. Vi noterar dock att effekten av dessa åtgärder ännu inte synliggjorts i form av ökad verkställighet i pågående ärenden, då beslut om särskilda avgifter i stället har ökat under 2025 i jämförelse med 2024.

## Övriga genomförda granskningar

### Uppföljning av granskningen Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne

Stadsrevisionen har genomfört en uppföljning av granskningen Effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Uppföljningsgranskningen har genomförts av Sirona AB på uppdrag av revisorerna.

Syftet med uppföljningsgranskningen har varit att bedöma om Region Skåne och respektive kommun vidtagit tillräckliga åtgärder då genomförd fördjupad granskning visat på brister och förbättringsområden.

I granskningen görs bedömningen att Helsingborgs stad genom vård- och omsorgsnämnden endast delvis vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån tidigare granskning (2022). I granskningen konstateras att vård- och omsorgsnämnden har genomfört flera relevanta utvecklingsinsatser och stärkt sitt arbete genom en etablerad processledarstruktur, förbättrad dialog med Region Skåne och ett mer systematiskt arbetssätt kring samverkansstruktur och gemensam vårdplanering. Samtidigt visar granskningen att det kvarstår förbättringsområden inom exempelvis habilitering, psykisk funktionsnedsättning, egenvård och kostnadsansvar. Granskningen visar också, utifrån uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtalet, att det ännu saknas en samlad och tydlig struktur för hur avtalet i sin helhet ska följas upp.

Nämnden har vid denna rapports färdigställande ännu inte yttrat sig över granskningen. Yttrandet kommer att beaktas i 2026 års grundläggande granskning.

## Bedömning

Vår samlade bedömning är att verksamheten **delvis** har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Vi bedömer att nämnden har utvecklat sin analys jämfört med föregående år och i vissa delar framgår resultat och effekter av insatser, men i flera delar ligger fokus på en beskrivning av verksamhetens arbete. Vi bedömer att analysen kan stärkas utifrån vad utvecklingen beror på och vilka lärdomar nämnden dragit från årets verksamhet samt prioriterade vägval framåt för fortsatt utveckling och förflyttning. I både nulägesanalys och verksamhetsplan noterar vi hur förvaltningen operativt bryter ned uppdrag och inriktning för att konkretisera hur dessa ska uppnås i verksamheten. Nämnden behöver systematiskt följa upp att insatser ger effekt och skapar förflyttningar och utveckling framåt utifrån nämndens uttalade ambitioner i uppdrag och inriktning.

Vidare grundar vi vår bedömning på att nämnden når båda sina mål, dock når nämnden inte till fullo sitt ekonomiska mål. Prognoserna har varierat under året och verksamheterna äldreomsorg och funktionsstöd redovisar i likhet med 2024 negativa resultat i förhållande till budget. Utifrån de återkommande avvikelserna ser vi det som viktigt att nämnden stärker sin styrning och uppföljning av ekonomin samt säkerställer mer träffsäkra prognoser. Revisionen kommer inom ramen för den grundläggande granskningen att fortsatt följa nämndens pågående arbete med att se över resursfördelningsmodellen.

I bedömningen väger vi in att nämnden i likhet med föregående år fortsatt har svårigheter att verkställa beslut inom LSS inom skälig tid och därför dömts att betala särskilda avgifter till betydande belopp. Vi ser kritiskt på att nämnden inte förmått att vända utvecklingen. Nämnden behöver säkerställa att åtgärder vidtas för att öka verkställigheten och följsamheten till lagstiftningen.

Utifrån uppföljningsgranskning av effekter av hälso- och sjukvårdsavtalet behöver nämnden fortsatt stärka sitt arbete eftersom granskningen visar att det kvarstår förbättringsområden inom exempelvis habilitering, psykisk funktionsnedsättning, egenvård och kostnadsansvar. Även strukturen för uppföljning av avtalet behöver förbättras. Vi kommer inom ramen för den grundläggande granskningen fortsatt följa nämndens arbete utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet.

# Styrning och intern kontroll

## Organisation för arbetet med intern kontroll

I stadens reglemente för intern kontroll tydliggörs ansvaret för den interna kontrollen. Nämnden har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska upprätta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om en plan för intern kontroll för 2025 vid sitt sammanträde den 27 november 2024. Inför framtagandet av denna plan arbetade förvaltningsledningsgruppen med risker utifrån en tidigare framtagen bruttorisklista. Riskanalys hade dessförinnan genomförts i avdelningsledningsgrupp. Det var förvaltningsledningsgruppen som arbetade fram slutliga granskningspunkter inför nämndens beslut om antagande. Ansvarig för riskanalysarbetet är en särskilt utsedd samordnare för det interna kontrollarbetet. Nämnden var inte delaktig i riskanalysarbetet inför 2025 års plan.

Vi noterar att planen för 2025 års interna kontroll innehåller tretton granskningspunkter jämfört med trettio under 2024, vilket visar att nämnden valt att fokusera på mer väsentliga risker. Vi ser att detta är i linje med förvaltningens arbete att renodla den interna kontrollen och utesluta områden som i stället kan hanteras inom egenkontrollen.

Inför plan 2026 har nämnden genomfört en riskworkshop med utgångspunkt i den bruttorisklista som förvaltningsledningsgruppen arbetat fram. Som stöd i riskanalysarbetet har förvaltningen tagit hjälp av enhetschefen för kvalitet och styrning på stadsledningsförvaltningen. I dialog med presidiet har framkommit betydelsen av att stärka nämndens arbete med intern kontroll, där workshopen fyller en viktig funktion.

I dialogmöte med nämndens presidium framkommer att riskanalysarbetet längre ut i organisationen sker under andra former, exempelvis sker riskanalys inför varje ny kund. I intervju framkommer att det är upp till respektive avdelningschef att fånga upp risker som identifieras längre ut i verksamheten och lyfta dessa i riskanalysarbetet. I vilken omfattning detta sker är upp till respektive avdelningschef.

## Rapportering och uppföljning

Resultatet av uppföljningen av den interna kontrollen, med utgångspunkt från antagen plan, ska enligt reglementet för intern kontroll rapporteras skriftligen till nämnden minst en gång per år.

Vi noterar att för vård- och omsorgsnämnden sker en redovisning per år och för 2025 års interna kontrolluppföljning återrapporterades resultatet den 11 februari 2026.

I bedömningen av resultatet är det sex av totalt tretton granskningspunkter som bedöms som kännbara. Övriga bedöms vara lindriga. De kännbara granskningspunkterna avser belastningsregister, arbetsskador och tillbud, individuppföljning inom LSS, rutin för arbete med icke verkställda beslut, synpunkter och klagomål samt avvikelshantering. Åtgärder har satts in för samtliga granskningspunkter oavsett resultat. Vad gäller åtgärder för arbetet med icke verkställda beslut noterar vi att utbildningsinsatser inom myndighetsavdelningen fortsätter för att stärka kunskap och följsamhet till rutiner, men att ingen ytterligare uppföljning planeras under 2026 mot bakgrund av att risken redan ingår i planen för intern kontroll 2026.

I jämförelse med resultatet från 2024 års kontroller noterar vi att både individuppföljning inom LSS och avvikelshantering var kännbara granskningspunkter. Belastningsregister och rutin för arbete med icke verkställda beslut var lindriga granskningspunkter 2024, men för icke verkställda beslut fanns utrymme för förbättringar.

Vi noterar att de tidigare kännbara granskningspunkterna informationssäkerhet och representation (kännbara både 2023 och 2024) fått bedömningen lindrig i 2025 års interna kontroll, varvid vi kan konstatera att förvaltningens genomförda åtgärder gett effekt.

Vad gäller genomförda åtgärder kopplade till 2024 års interna kontrollplan uppger förvaltningen att dessa är hanterade. Vid nämndens sammanträde den 12 februari 2025 tog nämnden beslut "att uppdra åt omsorgsdirektören att återrapportera till nämnden att de planerade åtgärderna kopplade till granskningspunkter som bedömts som kännbara har genomförts enligt plan". På nämndens sammanträde den 18 juni 2025 noterar vi en sådan återredovisning. Nämnden har inte tagit något motsvarande beslut i samband med redovisning av 2025 års uppföljning i februari 2026.

I nämndens yttrande över 2024 års årsrapport uppger nämnden att förvaltningen genomfört flera förbättringsåtgärder för att stärka och tydliggöra arbetet med intern kontroll där internkontrollsamordnaren har en viktig roll i att stärka nämndens struktur för arbetet.

## Övriga genomförda granskningar

### Delegeringsordning

Stadsrevisionen har genomfört en granskning som översiktligt har syftat till att bedöma vård- och omsorgsnämndens styrdokument, kontroll och anmälan av delegeringsbeslut.

Enligt 6 kap. 37 § kommunallagen (2017:725) får en nämnd delegera sin beslutanderätt i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Delegering kan även omfatta uppdrag till anställd enligt 7 kap. 5–8 §§. Bestämmelserna innebär att

nämnden kan överföra sin beslutanderätt i vissa frågor, men enligt 6 kap. 38 § får beslutanderätten inte delegeras i ärenden som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet samt i andra ärenden av principiell beskaffenhet eller större vikt. Vidare föreskriver 6 kap. 40 § att nämnden ska besluta i vilken utsträckning beslut ska anmälas till nämnden.

### Aktualitet

Vård- och omsorgsnämndens delegeringsordning är beslutad av nämnden den 17 januari 2019 (§ 8) med löpande revideringar. Under 2025 reviderades delegeringsordningen den 18 juni 2025 (§63) och vi noterar att under 2026 har nämnden den 11 februari (§8) genomfört ytterligare en revidering. Ansvar för att delegeringens olika avsnitt hålls aktuella vilar på respektive avdelningschef, men administrativ chef har ett övergripande ansvar att hålla dokumentet uppdaterat. För verksamheten inom myndighetsområdet finns en jurist som stöd och som bevakar exempelvis lagändringar. Förvaltningen har identifierat ett behov av att ha en årlig kvalitetssäkring av delegeringsordningen eftersom det i dagsläget inte finns någon uttalad process för att hålla dokumentet uppdaterat.

Förvaltningen uppger att de på olika sätt kommunicerar ut ändringar i delegeringsordningen till berörda delegater, exempelvis genom mejl, informationsbrevet Chefsnytt och frukostmöte en gång i månaden. Detta uppges fungera väl.

Vi noterar i nämndens delegeringsordning att det finns ett ärende som hänvisar till en inaktuell version av kommunstyrelsens delegeringsordning. Detta avser beslut om internationella konferenser och utrikes resor.

### Delegering av beslutanderätt

Av nämndens delegeringsordning framgår att det för flertalet beslutsärenden finns angivet flera personer som delegater. Enligt förvaltningen ska detta i huvudsak tolkas som rangordning även om detta inte framgår i dokumentet. Enligt uppgift från förvaltningen är det oftast vid frånvaro hos den som står först som övriga kontaktas för beslut.

Beslut som fattas på delegation sker främst inom verksamhetsområdet myndighetsutövning som är särskilt styrd av lagstiftning.

Vad gäller att säkerställa att frågor av principiell beskaffenhet inte delegeras uppger förvaltningen att detta fångas vid revideringar och säkerställs genom att flera olika personer går igenom dokumentet för kvalitetssäkring.

Delegeringsordningen innehåller en strukturerad förteckning över ärenden, med angivande av lagrum och beslutsfattare.

I intervju framkommer att nya chefer vid introduktion får information om delegering och vilka beslut som fattas inom delegation och vilka som ingår i ordinarie chefs uppdrag. Förvaltningen har identifierat att chefer ibland kan ha svårt att skilja på

delegeringsordning och arbetsinstruktion och vad som innefattas i respektive del. Utifrån detta perspektiv anser förvaltningen denna introduktion som särskilt viktig. Gällande vård- och omsorgsnämnden finns arbetsinstruktionen i ett separat dokument och utgör ett komplement till delegeringsordningen.

### Återanmälan

Förvaltningens rutin för återanmälan till nämnden innefattar en sammanställning över de beslut som tagits på delegation sedan nämnden senast sammanträdde. Respektive avdelning ansvarar för att ta fram en lista över fattade beslut, exempelvis inom LSS eller SoL. Det vilar på respektive chef att se till att besluten anmäls. Handlingarna med beslut läggs upp i Assistenten där nämndens ledamöter har tillgång till dessa under en tid i anslutning till respektive sammanträde.

Vid en protokollgranskning noterar vi att vård- och omsorgsnämnden fått information om delegeringsbeslut på samtliga sammanträden under 2025.

### Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Stadsrevisionen har genomfört en granskning av vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med syftet att bedöma om nämnden har ett ändamålsenligt och tillräckligt utvecklat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Granskningen har genomförts av Conectura AB på uppdrag av revisorerna.

Den samlande bedömningen i granskningen var att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I granskningen konstateras en del avvikelser, där några bör hanteras skyndsamt. Dessa avser färdigställande och implementering av kvalitetsledningssystemet samt uppdatering av styrdokument kopplat till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Ytterligare rekommendationer som lämnas i granskningen är att förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i styrande dokument samt att utveckla rapportering avseende analyser, åtgärder och resultat av åtgärder.

Nämnden har yttrat sig över granskningen vid sitt sammanträde den 11 februari 2026. I yttrandet framgår att nämnden i huvudsak delar stadsrevisionens bedömning och att ett förbättringsarbete redan har inletts. Det framgår vidare att nämnden ser granskningen som ett värdefullt underlag i det fortsatta arbetet med att stärka styrning, uppföljning och systematik i kvalitetsarbetet.

### Uppföljning av arbetet mot välfärdsbrott

Stadsrevisionen har genomfört en uppföljningsgranskning av arbetet mot välfärdsbrott med syftet att översiktligt bedöma om vård- och omsorgsnämnden vidtagit åtgärder utifrån resultatet och lämnade rekommendationer i tidigare granskning (2023). Granskningen visade bland annat en avsaknad av riskanalys och

rutiner och riktlinjer för nämndens samtliga verksamhetsområden samt behov av kompetensstärkning.

Granskningen har avsett kommunstyrelsen, arbetsmarknadsnämnden, socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden.

Uppföljningsgranskningen visar att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av tidigare granskning och fortsatt utvecklat sitt arbetssätt och processer kring välfärdsbrott. Bland annat finns numera en dokumenterad riskanalys specifikt inriktad på välfärdsbrott som omfattar nämndens olika verksamhetsområden samt en framtagen plan för välfärdsbrott som ska säkerställa en enhetlig hantering. I granskningen framkom också att arbetet bedrivs löpande och följs upp av ansvariga chefer samt att förvaltningen har genomfört kompetensstärkande insatser inom området.

Vård- och omsorgsnämnden har erhållit granskningen för kännedom.

### Uppföljning av brandskyddsarbetet

2021 genomförde stadsrevisionen en granskning av brandskyddsarbetet som återredovisades till nämnden i stadsrevisionens årsrapport. Syftet med granskningen var att följa upp om fastighetsnämnden och vård- och omsorgsnämnden tydliggjort och dokumenterat ansvarsfördelning och roller avseende brandskyddsarbete samt hur resultatet i räddningstjänstens tillsyn har omhändertagits i verksamheten. Granskningen visade att ansvarsfördelning och roller var dokumenterade och tydliggjorda. I granskningen framkom också att i åtta av tretton tillsyner var brandskyddet inte skäligt eller så fanns det brister som behövde åtgärdas. I granskningen konstaterades att tillsynerna framöver bör visa ett bättre resultat då det systematiska brandskyddsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen uppdaterades under hösten 2021.

Som uppföljning till tidigare granskning har vi inhämtat senast genomförda tillsyner av brandskyddsarbetet av Räddningstjänsten Skåne Nordväst på stadens vårdboenden. Tillsyner har genomförts på sexton av stadens vårdboenden under de senaste tre åren. Vid en genomgång av resultatet noterar vi att endast fyra tillsyner fick resultatet "endast mindre omfattande eller inga brister". En av tillsynerna visade att brandskyddet inte var skäligt och elva tillsyner visade att brandskyddet inte var tillräckligt bra.

Uppföljningsgranskningen visar att det fortsatt finns brister på flertalet vårdboenden vad gäller brandskyddsarbetet.

## Bedömning

Vår samlade bedömning är att den interna kontrollen **delvis** har varit tillräcklig.

Vi grundar vår bedömning på att nämnden bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll i enlighet med stadens reglemente och med fokus på identifierade risker. Arbetet har fortsatt utvecklats under 2025 och nämnden är numera delaktig i processen vid framtagande av riskanalys som ligger till grund för den plan som årligen antas. Vi bedömer dock att riskanalysarbetet med fördel kan nå längre ut i organisationen under mer strukturerade former för att fånga riskområden inom olika verksamheter och organisatoriska nivåer inom nämnden.

Sedan 2025 får nämnden även information om genomförda åtgärder för de processer som tidigare visat avvikelser. Vi anser det viktigt att nämnden upprätthåller denna rutin. Mot bakgrund av att årets resultat visar att granskningspunkter fortsatt bedöms som kännbara, behöver nämnden säkerställa att åtgärder vidtas för att uppnå en långsiktig och hållbar effekt i processer och kontroller. Utifrån att nämndens interna kontroll av verkställighet visar på återkommande brister ser vi det som särskilt viktigt att nämnden säkerställer att åtgärder vidtas.

Vidare grundar vi vår bedömning på att det i granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framkommit att nämnden delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi bedömer att nämnden behöver säkerställa att kvalitetsledningssystemet färdigställs och implementeras.

Utifrån den uppföljande granskningen av arbetet mot välfärdsbrott är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt har vidtagit åtgärder och fortsatt har utvecklat sitt arbetssätt och processer avseende välfärdsbrott.

Uppföljningsgranskningen av nämndens brandskyddsarbete visar att majoriteten av räddningstjänstens tillsyner fortsatt visar att det finns brister i brandskyddsarbetet på flertalet vårdboenden. Revisionen ser detta som bekymmersamt och kommer i samband med 2026 års dialogmöte med nämndens presidium följa upp vidtagna åtgärder.

Nämndens delegeringsordning bedöms vara aktuell och ändamålsenligt strukturerad där principer för delegering, vidaredelegering och återanmälan av beslut framgår i enlighet med kommunallagens bestämmelser. För att undvika att fel person tar beslut på delegation bedömer vi att det kan tydliggöras rangordning över delegater, i de beslutsområden där mer än en funktion finns angivet.