

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2024-01-24

Diarienummer:
OSN-2024-00664

Handläggare:
Isabel Anheller

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar år 2024

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

- att** godkänna årsrapporten om avtals- och uppdragsuppföljningar för år 2024 enligt ärendets bilaga och lägga den till handlingarna.

Ärendet

Årsrapporten om avtals- och uppdragsuppföljningar för år 2024 är en sammanställning och analys av årets avtal- och uppdragsuppföljningar inom nämndens ansvarsområde.

Avtalsuppföljningar avser uppföljning av externa leverantörer och uppdragsuppföljningar avser uppföljning av egen regi. Årsrapporten redogör för de uppföljningar som genomförts under året samt resultat och analys av dessa.

Uppföljning av hur brukarnas behov tillgodoses, att avtal och uppdrag följs och att resurser används på rätt sätt sker genom dessa uppföljningar.

Beredning

Ärendet har beretts av enheten avtal och uppföljning.

Föredragning

Omsorgsnämnden hade i slutet av 2024 avtal med 65 externa leverantörer omfattande 127 verksamheter. Under året har det genomförts en kvalitetsrapportering, en fokusuppföljning som innefattat 24 verksamheter, 15 planerade avtals- och uppdragsspecifika uppföljningar, fem tremånadersuppföljningar och en händelsestyrd uppföljning.

De planerade uppföljningarna omfattade 15 verksamheter inom extern och egen regi. Områden som granskades var bland annat kvalitetsledningssystem, hälso- och sjukvård, kompetensutveckling och brukarfokus. Identifierade brister resulterade i krav på åtgärdsplaner, vilka har inlämnats och godkänts.

En fokusuppföljning genomfördes inom området goda relationer och sex- och samlevnadsfrågor. Fokusuppföljningen innefattade 24 verksamheter och rapporten kommer att färdigställas under år 2025.

Arbetet mot välfärdsbrott har fortsatt vara en prioritering under året. Genom förstärkta kontroller och rutiner stoppades felaktiga utbetalningar om cirka 1,2 miljoner kronor och återbetalningskrav om cirka 5 miljoner kronor har utfärdats. Vidare har 16 polisanmälningar och 11 anmälningar till IVO gjorts, vilket bidrar till att förhindra missbruk av offentliga medel.

Analys av årets uppföljningar visar att hälsofrämjande insatser samt samverkan mellan legitimerad personal och boendepersonal är områden som behöver fokuseras på vid kommande uppföljningar. Vidare fortsätter förvaltningen att arbeta med utökade kontroller av både nya och befintliga leverantörer.

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt i ärendet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 24 januari 2025
- Bilaga, Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar år 2024

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Omsorgsnämnden
Rapport

Datum:
2025-01-08

Diarienummer:
OSN-2024-00664

Handläggare:

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar år 2024

Innehåll

Inledning	3
Sammanfattning	3
Resultat	3
Verksamhetsövergripande uppföljning	3
Kvalitetsrapportering.....	4
Fokusuppföljning	5
Tillsynsrapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).....	6
Avtals- och uppdragsspecifik uppföljning	7
Planerad avtals- och uppdragsspecifik uppföljning.....	7
Verksamheter som bedrivs enligt LSS.....	7
Verksamheter som bedrivs enligt SoL	9
Händelsestyrd avtalsspecifik uppföljning	12
Verksamheter som bedrivs enligt LSS.....	12
Meddelande om allvarliga händelser under 2024.....	12
Arbete mot felaktiga utbetalningar och välfärdsbrott	13
Analys	14

Inledning

Denna årsrapport är en sammanställning och analys av årets avtal- och uppdragsuppföljningar inom nämndens ansvarsområde. Uppföljningsarbetet har innefattat fokusuppföljning, avtalsspecifik uppföljning och uppdragsuppföljning. Fokusuppföljning som genomförts har omfattat både egen regi och extern regi. Den del som berör avtalsspecifik uppföljning omfattar extern regi.

Huvudsyftet med uppföljningsarbetet är att tillse att utförare följer avtal och uppdrag så att brukarnas behov tillgodoses enligt intentionen med uppdraget eller avtalet. Uppföljning görs också för att säkerställa att offentligt finansierade verksamheter använder tilldelade medel på ett korrekt sätt utifrån kommunfullmäktiges *Riktlinje för kontroll och uppföljning av privata utförare* (KSN-2023-00629). Uppföljningsarbete är en del av omsorgsnämndens underlag för att utveckla och förbättra verksamhet och styrning.

Sammanfattning

Omsorgsnämnden har i slutet av 2024 avtal med 65 externa leverantörer som totalt omfattar 127 olika verksamheter. Egen regi följer upp sina verksamheter genom egenkontroll i linjeorganisationen, avseende avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria. Under år 2024 har egen regi initierat till Avtal och marknad att genomföra två uppdragsuppföljningar.

Under 2024 har det genomförts en kvalitetsrapportering, en fokusuppföljning som innefattat 24 verksamheter, 15 planerade avtals- och uppdragsspecifika uppföljningar, fem tremånadersuppföljningar samt en händelsestyrd uppföljning. Vid samtliga planerade uppföljningar har delar av utförarnas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete granskats och krav på åtgärdsplan har begärts in vid 13 tillfällen.

Arbetet med att förhindra felaktiga utbetalningar och att hitta nya metoder för granskning har fortgått under året inom insatserna personlig assistans, ledsagning, daglig verksamhet, korttidsvistelse och korttidstillsyn. Granskningen har resulterat i att ersättning har stoppats om cirka 1,2 miljoner kronor och beslut om återbetalning har fattats om cirka 5 miljoner kronor. Nämnden har även gjort en kostnadsbesparing inom personlig assistans om cirka 5,1 miljoner kronor per helår genom att ompröva beslut om insats.

Resultat

Verksamhetsövergripande uppföljning

Verksamhetsövergripande uppföljningar är riktade uppföljningar inom olika områden. Dessa uppföljningar utförs för att få en överblick över nämndens verksamheter. 2024 års verksamhetsövergripande uppföljning innefattar fokusuppföljning av goda relationer samt en kvalitetsrapportering gällande avvikelsehantering, lex Sarah, lex Maria och synpunktshantering.

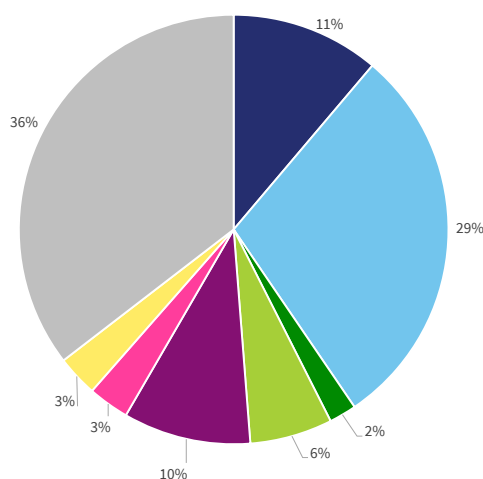
Kvalitetsrapportering

I nämndens uppföljningsplan för år 2024 beskrivs vad nämnden planerar följa upp under året och på vilket sätt det sker. En del i planen innefattar en kvalitetsrapportering för samtliga av nämndens verksamheter. Kvalitetsrapporteringen innefattar samtliga avvikelser, synpunkter och internrevision under perioden juli 2023 till och med juni 2024.

Syftet med kvalitetsrapporteringen var att fånga hur man använder avvikelser och synpunkter i kvalitetsarbetet. Metod för denna rapportering har varit utskick av frågor via mejl samt intervjuer. Förvaltningen följer kvalitetsarbetet på flera sätt genom internrevisioner, brukarrevisioner, egenkontroller och avtals- och uppdragsuppföljningar. Vid specifik uppföljning av avtal eller uppdrag följs det systematiska kvalitetsarbetet upp som rutin. Vid dessa tillfällen undersöks även implementeringen av verksamhetens rutiner kring avvikelser, synpunktshantering, lex Sarah och lex Maria.



Avvikelse total egen regi, extern regi samt myndighet



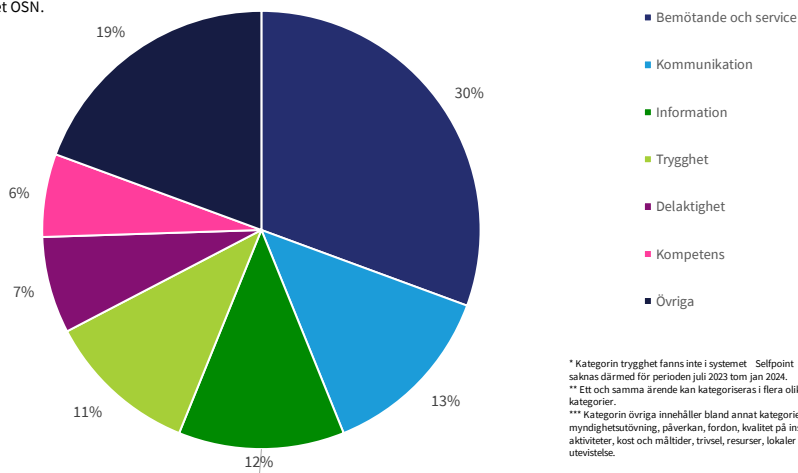
Totalt avvikelser 4715 inkl.
Förvaltningen valt att fokusera på följande kategorier:

- Fall, varav fall med skada 23%
- Läkemedel
- Vårdkedja/vård i samverkan
- Brist i omsorg
- Utebliven insats
- Bemötande
- Missförhållande/risk för missförhållande
- Övriga

Övriga: Främst fysiskt övergrepp då brukare blir utåtagerande mot andra brukare. I övrigt brist i tillsyn, försummelse, HSL - dokumentation, egenvård, smitta, brist i verksamheten

Synpunkter total egen regi, extern regi samt myndighet

Diagrammet visar den procentuella fördelningen av 327 registrerade synpunkter. Inkluderar egen regi, extern regi och myndighet OSN.



Resultat och analys av kvalitetsrapporteringen

- Kvalitetsrapporteringen visar att det finns ett systematiskt kvalitetsarbete inom nämndens verksamheter. Rapportering kan se olika ut beroende på hur rutiner för kvalitetsarbete och ledningssystem är utformat och anpassat till avtalskrav och styrande dokument aktuella för verksamheten.
- Antal avvikelser och synpunkter avgör inte om det är ett bra eller mindre bra kvalitetsarbete som sker i verksamheterna.
- Avvikelseernas fördelning skiljer inte mellan egen regi och extern regi. Utförarna pekar på förbättringsområden och har en gemensam bild av framgångsfaktorer.
- Särskilda framgångsfaktorer som lyfts är kommunikation och kompetens, introduktion teamsamverkan - tvärprofessionella team, förbättringsarbetet och lärandet av avvikelser och synpunkter

Nämnden kommer att genomföra en kvalitetsrapportering även för år 2025.

Fokusuppföljning

Nämnden har en handlingsplan för att förbättra livssituationen för personer med funktionsnedsättning i Uppsala kommun. Alla verksamheter inom omsorgsnämndens ansvarsområde ska vara brukarorienterade där brukarnas behov och intressen står i fokus för planering och utförande i verksamheterna. Relationer och sexualitet är för många en viktig del i upplevelsen av sin livskvalitet. Som en del av nämndens handlingsplan togs en vägledning fram år 2018 som både fungerar som informationsmaterial och en metod för personal och verksamhetschefer i LSS-verksamheter. Att skapa en öppen, tillåtande och fördomsfri atmosfär inom nämndens verksamheter är en viktig del för att främja goda relationer för personer med funktionsnedsättning. Nämndens verksamheter ska ha ett professionellt

förhållningssätt och bemötande för de enskilda och anhöriga kring sexualitetsfrågor och sexuell hälsa¹.

Generella kvalitetskrav för omsorgsnämndens verksamheter är att utgå från förhållningssätt som bland annat beaktar den enskildes fysiska, psykiska, sexuella och sociala hälsa. Utbildning och dialog i värdegrundsfrågor och etik ska säkerställas. All personal ska arbeta utifrån ett normkritiskt perspektiv. Verksamheten ska hålla sig uppdaterad och aktivt informera sig om var den enskilde kan få stöd och samtal kring sex, samlevnad, relationer och gränssättning.

Under hösten genomfördes en fokusuppföljning inom området goda relationer samt sex- och samlevnadsfrågor. Syftet med fokusuppföljningen var att genomlysna hur verksamheterna arbetar med sex- och samlevnadsfrågor samt hur stöd i relationer ges. 24 verksamheter inom omsorgsnämndens ansvarsområde följdes upp. Verksamheter som granskats bedrivs både i extern regi och i kommunens egen regi. Uppföljningarna berörde verksamheter inom både LSS och SoL. Uppföljningen genomfördes på plats i verksamheterna och enskilda intervjuer hölls med yrkeskategorier boendepersonal och verksamhetschef.

Intervjufrågorna har utformats med vägledningen Goda relationer som grund och i samverkan med Funktionsrätt.

Intervjuerna följde samma intervjuguide och berörde följande områden:

- Information till personal och brukare
- Förhållningssätt
- Tillgång till stöd för både brukare, boendeassistenter och verksamhetschefer
- Ofrivillig ensamhet
- Internet som social plattform

De 24 verksamheterna som följdes upp var följande:

- Bostad med särskild service enligt LSS för vuxna: 18 totalt, varav nio externa och nio egen regi
- Bostad med särskild service enligt SoL för vuxna: tre inom egen regi
- Träningsboende SoL för vuxna: tre inom egen regi

Resultatet av fokusuppföljningen i sin helhet kommer att presenteras på en övergripande nivå i en rapport under år 2025 (OSN-2024-00658).

Tillsynsrapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över all verksamhet som bedrivs enligt LSS samt för de verksamheter som det krävs tillstånd för enligt socialtjänstlagen. Tillsyn innebär en granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och föreskrifter.

Omsorgsnämnden ställer krav på externa leverantörer att de ska skicka information till nämnden om genomförd tillsyn. Detta kontrolleras även årligen genom att tillsynsinsatser begärs ut från IVO. Under 2024 har IVO genomfört en frekvenstillsyn på en verksamhet som nämnden har individavtal med. Verksamheten är en bostad med

¹ [Goda relationer en vägledning om sexualitet, känslor och bemötande för dig som arbetar i en LSS-verksamhet](#)

särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS. IVO uppmärksammade inga brister och ärendet avslutades.

Avtals- och uppdragsspecifik uppföljning

Avtals- och uppdragsspecifik uppföljning sker både på individ- och verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå sker avtals- och uppdragsuppföljning utifrån ett strategiskt urval samt vid händelser som föranleder en granskning. Metodval görs utifrån vilken typ av granskning som ska genomföras. Hänsyn tas till omsorgsnämndens bredd av verksamheter samt behov av djup och frekvens vid urval av verksamheter.

Uppföljningarna syftar till kontroll av att utförarna fortsatt uppfyller uppställda krav i uppdrag, avtal och förfrågningsunderlag. Uppföljningarna syftar även till att inhämta utförarnas synpunkter och förslag på förbättringsåtgärder till förvaltningen i övertagandeprocessen och samarbete. Synpunkterna tas sedan tillvara i förvaltningens interna förbättringsarbete.

I uppföljningsarbetet har både brister och framgångsfaktorer framkommit. Uppmärksammade brister har föranlett till att åtgärdsplaner begärts in. Exempel på framgångsfaktorer som utförare nämnt vid planerade avtals- och uppdragsspecifika uppföljningar har varit bland annat medarbetarnas kompetens, brukarfokus, teamsamverkan och brukarnas delaktighet.

Planerad avtals- och uppdragsspecifik uppföljning

De planerade avtals- och uppdragsspecifika uppföljningarna har genomförts med olika metoder. Planeringen har utgått från att varje avtal ska omfattas av uppföljning inom den aktuella avtalsperioden. Uppdragsspecifika uppföljningar har genomförts efter initiering från egen regi då de sett att det funnits ett lärande i detta. En enkätundersökning genomfördes via utskick till anhöriga som erhåller eller erhållit stöd från anhörigcentrums verksamhet.

Verksamheter som bedrivs enligt LSS

Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS

Inom verksamhetsområde bostad med särskild service för vuxna LSS har sex planerade uppföljningar genomförts under året, vilka är:

- Egen regi, Arkeologvägens gruppbofastad (OSN-2024-00188)
- Frösunda Omsorg AB, Lunda 2 gruppbofastad (OSN-2023-00484)
- Nytida AB, Domherrevägens gruppbofastad (OSN-2023-00525)
- Frösunda Omsorg AB, Gåvstavägens gruppbofastad (OSN-2023-00485)
- Attendo AB, Bältinge-Ekeby gruppbofastad (OSN-2023-00527)
- Egen regi, Stenhagsvägens gruppbofastad (OSN-2024-00752)

Samtliga uppföljningar genomfördes på plats i verksamheten. Inför uppföljningarna har en granskning baserad på begärda underlag genomförts, som tillsammans med platsbesöket ligger till grund för bedömning.

Respektive uppföljning har berört områden såsom verksamhet, ledning och organisation, bemanning, kompetens och kompetensutveckling, samverkan, genomförande av uppdrag, dokumentation, brukare och sysselsättning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, brand och säkerhet samt kris- och

katastroforganisation, hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. I de fall där avtalade mervärden finns har även dessa följts upp.

Vid uppföljning av *Arkeologvägen* konstaterades brister inom introduktion av ny medarbetare, anpassad kommunikation, aktiviteter, implementering av rutin för palliativ vård och rutin för att lämna synpunkter och klagomål. Brist inom samverkan mellan legitimerad personal och boendepersonal samt återkoppling kring hälso- och sjukvårdsavvikelser. Även brist inom område brand och säkerhet samt kris- och katastroforganisation. Vid uppföljningstillfället pågick utvecklingsarbete i verksamheten, vilket fick en skjuts framåt efter att brister inom olika områden identifierats.

Vid uppföljningen på *Lunda 2* framkom brist gällande återkoppling av hälso- och sjukvårdsavvikelser och systematiskt kvalitetsarbete från legitimerad personal till boendepersonal.

Vid uppföljning på *Domherrevägen* uppvisade verksamheten brist inom område säkerställande av utbildning i förflyttningsteknik samt användning av det kommungemensamma systemet Lifecare för avvikelsehantering och vårdbegäran.

Vid uppföljning av *Gåvstavägen* framkom brist inom område hälso- och sjukvård, rutin för delegering.

Uppföljningen av *Bälinge-Ekeby* visade på bristande kunskaper kring vad Lex Sarah är och rutinen för detta.

Krav på åtgärdsplaner har begärts in för samtliga brister som redovisats för verksamheterna ovan. Samtliga verksamheter har även inkommit med åtgärdsredovisningar som därefter godkänts.

Stenhagsvägen hade vid uppföljningstillfället infört ett nytt schema med utökad bemanning till följd av ökat stödbehov. Utökning av bemanning och personalomsättning har medfört att fler vikarier behövs i verksamheten, vilket påverkat kontinuitet och kvalitetsarbete. Vid uppföljningen konstaterades brister inom områden motivationsarbete, hälsofrämjande aktiviteter, brist i systematiskt kvalitetsarbete gällande HSL-avvikelser och utbildning i förflyttningsteknik. Palliativt ombud saknas bland omvårdnadspersonalen och kunskap kring Lex Sarah behöver stärkas. Uppföljningen är pågående och slutförs i början av år 2025.

Daglig verksamhet 9 § 10 LSS

Inom verksamhetsområde daglig verksamhet har sex planerade uppföljningar genomförts under året, vilka är:

- Conexi AB daglig verksamhet (OSN-2023-00766)
- Föreningen Fyrisgården daglig verksamhet (OSN-2024-00066)
- Misa AB daglig verksamhet (OSN-2024-00291)
- Humana LSS Sverige AB, Palmbladsgatan daglig verksamhet (OSN-2024-00309)
- Föreningen Hjälptillbehövande, Duvan daglig verksamhet (OSN-2023-00405)
- Imera AB daglig verksamhet (OSN-2024-00565)

Samtliga uppföljningar genomfördes på plats i verksamheten. Inför uppföljningarna har en granskning baserad på begärda underlag, kreditupplysning och en kontroll av tillstånd hos IVO genomförts. Områden som följdes upp var ledning, personal, kompetens, bemanning, samverkan, genomförande av uppdrag, dokumentation,

hälso- och sjukvård, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inflytande och delaktighet, brand och säkerhet, kris- och katastroforganisation.

Vid uppföljningen på *Conexi AB* konstaterades brister inom områden HBTQIA, sex- och samlevnadsfrågor och hälsofrämjande aktiviteter.

Vid uppföljningen på *Fyrisgården* konstaterades brister inom områden sex- och samlevnadsfrågor, meddelarskydd, synpunkter och klagomål och samtycke.

Vid uppföljningen på *Misa AB* konstaterades brist inom området goda relationer.

Vid uppföljningen på Humanas verksamhet *Palmladsgatan* har inga brister konstaterats i de områden som följts upp.

Uppföljningen på *Duvan daglig verksamhet* var en uppstartsuppföljning med anledning av att föreningen är en ny utförare inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet. Uppföljningen genomfördes på plats i verksamheten och berörde frågor kring hur uppstarten har gått, hur verksamheten fungerar idag, hur verksamheten arbetar med rutiner i kvalitetsledningssystemet samt plan framåt. Avtal och marknad bedömde att utföraren ska arbeta vidare med frågor inom områden personal och bemanning samt genomförande av uppdrag.

Vid uppföljningen på *Imera AB* konstaterades brister inom områden HBTQIA, goda relationer, kapacitetstak och brandklass verksamhetslokal.

Krav på åtgärdsplaner har begärts in för samtliga brister som redovisats för verksamheterna ovan. Samtliga verksamheter har inkommit med åtgärdsredovisningar som därefter godkänts.

Tremånadersuppföljning inom korttidstillsyn 9 § 7 LSS och korttidsvistelse 9 § 6 LSS

Den 1 januari 2024 började det nya ramavtalet för både korttidstillsyn och korttidsvistelse enligt 9 § 7 samt 9 § 6 LSS att gälla. Därav har fem planerade tremånadersuppföljningar genomförts, varav fyra inom insatsen korttidstillsyn och en inom insatsen korttidsvistelse.

- Kajan Friskola AB, korttidstillsyn (OSN-2024-00375)
- Föreningen Fyrisgården, korttidstillsyn (OSN-2024-00311)
- Ansgarskolorna AB, korttidstillsyn (OSN-2024-00310)
- Labanskolan Frisärskola Ab, korttidstillsyn (OSN-2024-00308)
- Labanskolan Frisärskola, korttidsvistelse korttidshem (OSN-2024-00307)

Uppföljningarna genomfördes på plats i verksamheterna. Syftet med uppföljningarna var att säkerställa att verksamheterna kommit i gång och arbetar utifrån det nya avtalets intentioner och krav. Bland annat diskuterades ny ersättningsmodell vid frånvaro, hälso- och sjukvårdsinsatser samt vikten av det hälsofrämjande arbetet. I dialog med leverantörerna diskuterades utmaningar och framgångsfaktorer.

Verksamheter som bedrivs enligt SoL

Särskilt boende (SÄBO) socialpsykiatri, 7 kap. 1 § 3 socialtjänstlagen SoL

Inom verksamhetsområde särskilt boende har en planerad uppföljning genomförts under året, vilken är:

- Egen regi, Lillsjögården avdelning säbo socialpsykiatri (OSN-2024-00616)

Uppföljningen vid *Lillsjögården* genomfördes på plats i verksamheten. Områden som följdes upp var verksamhet, ledning och organisation, värdegrund och värdighetsgarantier, personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling, samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation, hälso- och sjukvård, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, brand, säkerhet samt kris- och katastroforganisation.

Verksamheten är relativt ny, och startade upp i september 2023. Samtliga intervjupersoner beskriver att utvecklingsarbete pågår. Verksamheten uppvisade brister inom flera områden. Det saknas rutin för samverkan mellan verksamhetschef SoL och verksamhetschef HS. Det saknas kvalitetsråd. Endast hälften av den ordinarie arbetsgruppen är utbildade undersköterskor. Det saknas samverkanforum mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Palliativt ombud saknas i verksamheten och palliativa registret används ej i det systematiska kvalitetsarbetet. Registrering gällande senior alert saknas i verksamheten. Ingen dygnsfastemätning har utförts under året. Uppföljningen är pågående och åtgärdsredovisning för samtliga brister har begärts in.

Öppen förebyggande insats socialpsykiatri enligt SoL, med inriktning förberedelse till arbetsträning

Inom verksamhetsområde öppen förebyggande insats socialpsykiatri har två planerade uppföljningar genomförts under året, vilka är:

- Uppsala Stadsmission, Estetisk verksamhet (OSN-2021-00357)
- Egen regi, Anhörigcentrum (OSN-2024-00708)

Uppsala Stadsmissions estetiska verksamhet för unga med psykisk funktionsnedsättning har genomgått en avtalsuppföljning som baseras på intervjuer med ledning och personal samt dokumentation som statistik och brukarundersökningar. Verksamheten har uppnått framgångar som minskad social isolering och personlig utveckling hos deltagarna, där några gått vidare till folkhögskola. Samtidigt har utmaningar identifierats, såsom svårigheter att motivera deltagare till regelbundet deltagande. Ledningen har en tydlig struktur med kompetent personal, inklusive en psykiatrisjuksköterska och en konstpedagog. Verksamheten samarbetar med aktörer som socialtjänsten och sociala företag för att erbjuda ett helhetsinriktat stöd, samtidigt som hälsofrämjande insatser som promenader och samtal integreras för att stödja deltagarnas välmående. Sammanfattningsvis bedöms verksamheten inte ha brister kopplade till avtalet.

Anhörigcentrums uppdrag har följts upp 2024 genom inhämtande av den enskildes upplevelse av stöd, via enkätundersökning samt verksamhetens egenkontroll och statistik. Anhörigcentrums huvudsakliga uppdrag är att bedriva en stödjande och lotsande verksamhet för anhöriga oavsett ålder i Uppsala kommun, samt att vara ett kunskapscentrum för anhörigfrågor.

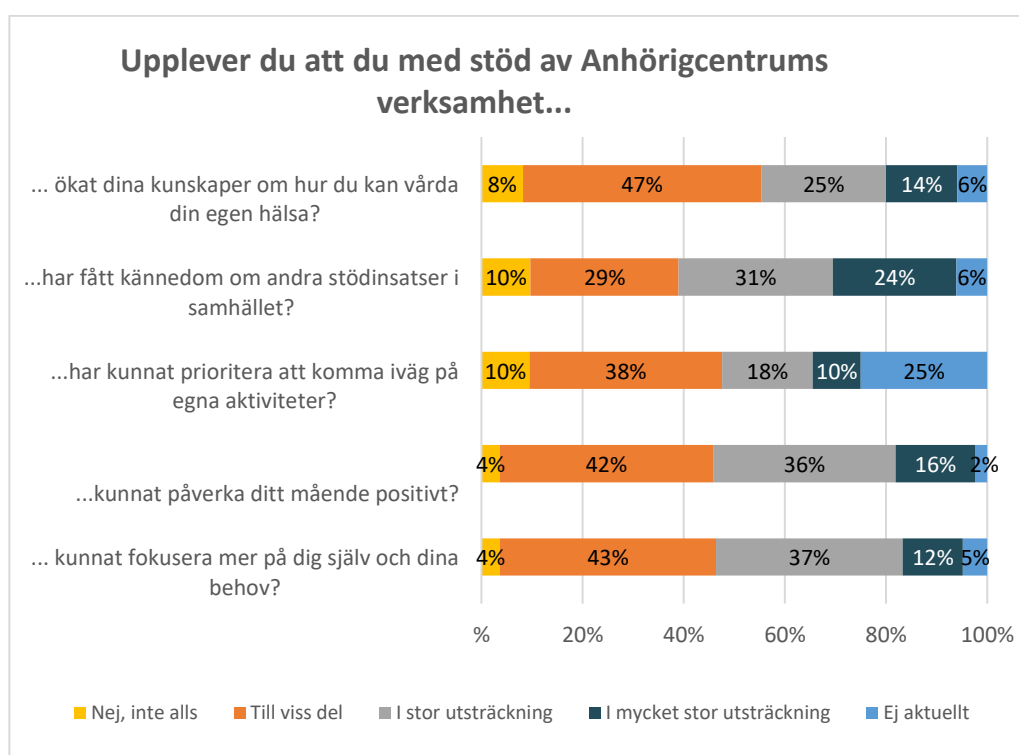
Anhörigcentrums olika stödformer riktas direkt eller indirekt till kommuninvånare, folkbokförda i Uppsala kommun, som befinner sig i en ansvarstagande och/eller omsorgsgivande situation. Allt stöd som utgår från anhörigcentrum är avgiftsfritt och bedrivs utan biståndsbeslut eller ordinationer från hälso- och sjukvården.

Vissa specificerade stödinsatser från Anhörigcentrum har avgränsningar; exempelvis egentidsstödet som är begränsat i antal timmar. I de fall den närstående har biståndsbedömd insats fasas stödet från Anhörigcentrum ut.

I uppföljningsenkäten fanns exempelvis en fråga om den enskilde upplever att hen med stöd av Anhörigcentrum kunnat påverka sin situation utifrån fem perspektiv, se bild 1. I samtliga perspektiv uppges en förändring i positiv riktning.

Resultatet visar att

- 86% av respondenterna säger att de har ökat sina kunskaper om hur de kan vårda sin egen hälsa.
- 84 % har fått kännedom om andra stödinsatser via Anhörigcentrum
- 66 % har kunnat prioritera att komma iväg på egna aktiviteter
- 94 % har kunnat påverka sitt mående positivt
- 92 % har kunnat fokusera mer på sig själv och sina behov.



Resultatet i denna uppföljning överensstämmer med intentioner och krav i uppdragsbeskrivning för Anhörigcentrums verksamhet. Inga brister konstaterades. Svaren står i relation till önskvärd effekt som är att de anhöriga ska få ett stöd som underlättar möjligheterna till att värna om sin egen hälsa samt bidra till att skapa en hållbar situation.

Att få information om diagnoser och situationer kopplat till diagnos framkommer i enkäten som ett önskemål samt att få stödet i tidigt skede och få behålla stödet även när biståndsbedömd insats beviljas för den närstående. Medicinsk information är ett ansvar som åligger hälso- och sjukvården och här finns utvecklingspotential gällande samverkan mellan Anhörigcentrum och Regionen. På strategisk nivå kan detta fortgå i länsnätverket för anhörigstöd. Vikten av att ha fokus på den anhöriges behov behöver dock kvarstå och väga tungt så att det inte sker en fokusförskjutning mot den närstående. Detta med anledning av att tillvaron oftast är präglad av den närståendes behov och de anhöriga inrättar sitt liv efter detta. Anhörigcentrums fokus är riktat mot den anhöriges välmående och hälsa så att de anhöriga ska få stöd i att återfinna eller

nyorientera sig kring egna behov i syfte att förebygga utmattning och främja egen hälsa. Detta fokus fortsätter att vara tyngdpunkten i uppdraget och verksamheten.

Uppföljningen ger en nulägesbild som är värdefull för verksamhetsutveckling. Resultatet redovisas i sin helhet uppföljningsrapport för Anhörigcentrum.

Händelsestyrd avtalsspecifik uppföljning

Händelsestyrd avtalsspecifik uppföljning genomförs med olika metoder. Dessa uppföljningar genomförs vid händelser som föranleder en granskning, till exempel när Avtal och marknad får en synpunkt gällande en verksamhet.

Verksamheter som bedrivs enligt LSS

Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS

Inom verksamhetsområde bostad med särskild service för vuxna LSS en händelsestyrd uppföljning genomförts under året, vilken är:

- Frösunda Omsorg AB, Grundstensvägens gruppbofastad (OSN-2024-00348)

Förfrågningsunderlag och avtal var grund för uppföljningen samt inkomna synpunkter från legitimerad personal. Inför avtalsuppföljningen begärdes material in från verksamheten och granskades.

Områden som följdes upp var verksamhet/ledning och organisation, bemanning, kompetens och kompetensutveckling, samverkan, genomförande av uppdrag, dokumentation, brukare och sysselsättning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, brand och säkerhet samt kris- och katastroforganisation, hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering samt avtalade mervärden.

Vid uppföljningen konstaterades brister inom områden: samverkan med legitimerad personal, verksamheten saknar palliativt ombud, ordinationer saknar signering i det kommungemensamma systemet Lifecare, utrymningsövning har inte genomförts årligen. Avdelning myndighet har uppmärksammat att dokumentation varit bristfällig vid tiden för granskningstillfället. Detta är något som även nytillträdd verksamhetschef noterat, och vid uppföljningstillfället pågick utbildning och förbättringsarbete kring dokumentation och avvikelshantering.

Åtgärdsredovisning för samtliga brister begärdes in och blev efter redovisningstillfället godkända.

Meddelande om allvarliga händelser under 2024

Allvarliga händelser som sker inom nämndens ansvarsområde ska skyndsamt rapporteras till nämnden. Under 2023 implementerades en ny rutin för att säkerställa en systematisk inrapportering från externa utförare. Avtal och marknad har sett en ökning i inrapporteringen av händelser enligt nya rutinen, dock finns fortfarande en förbättringspotential gällande en mer skyndsamt inrapportering.

Under året har det från utförare i extern regi vid totalt 13 tillfällen meddelats till förvaltningen att missförhållande eller risk för missförhållande inträffat som initierat utredningar enligt lex Sarah. Av dessa 13 utredningar har 10 rapporterats inom bostad med särskild service LSS, en inom daglig verksamhet samt två inom bostad med

särskild service SoL. Av dessa utredningar har ingen resulterat i lex Sarah-anmälan till IVO.

Inom egen regis verksamheter har totalt 118 utredningar med anledning av missförhållande eller risk för missförhållande genomförts. Av dessa utredningar resulterade 13 i lex Sarah-anmälningar till IVO. Två inom barnkorttids och tre inom gruppboestad LSS. Inom daglig verksamhet var motsvarande anmälningar tre, inom barnboende två, inom serviceboestad LSS en, inom korttids LSS en och inom SoL boende en.

I det systematiska kvalitetsarbetet är en välfungerande avvikelshantering och kunskap om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och lex Maria samt det faktiska utredningsarbetet grundläggande för att säkerställa en god och säker vård- och omsorg, samt trygghet för brukarna. Genom avvikelshantering kan verksamheten identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet för att säkerställa detta.

Det är svårt att få ut exakta uppgifter för att säkerställa en volymmässig jämförelse mellan privat och egen regi. Egen regi har dock ca 62% av brukarna inom sina verksamheter och extern regi resterande 38%. Antalet inrapporterade missförhållanden är fler inom egen regis verksamheter än inom den externa regin. Det är dels ett resultat av att det till antalet är fler brukare inom kommunens egen regi än den externa. Det kan även ha att göra med respektive verksamhets vana att rapportera avvikelser och missförhållanden.

Arbete mot felaktiga utbetalningar och välfärdsbrott

Förvaltningen har under året fortsatt arbeta med framtagande av nya arbetsätt och rutiner för att förhindra välfärdsbrott. I samverkan med upphandlingsmyndigheten har nya rutiner för kontroll inför kvalificering samt löpande kontroller av befintliga leverantörer införts. Granskning av utbetalningar har lett till att felaktiga ersättningar kunnat stoppas.

Personlig assistans 9§ 2 LSS

Som assistansberättigad väljer brukaren själv om hen vill ha kommunen som utförare, ett externt företag, brukarkooperativ eller om hen vill anställa sina assistenter själv. Det föreligger således ingen avtalsförbindelse mellan kommunen och externa leverantörer. För de som inte väljer kommunen som utförare skickas fakturor till förvaltningen för utbetalning av ersättning.

Arbetet med att förhindra felaktiga utbetalningar och att hitta nya metoder för granskning har fortgått under året. Granskningen av felaktiga utbetalningar inom assistansen har resulterat i att ersättning har stoppats om ca 1,2 miljoner kr och beslut om återbetalning har fattats om ca 5 miljoner kr.

Utöver ovannämnda så har förvaltningen haft ett särskilt fokus på att arbeta mot felaktigheter inom ersättning vid ordinarie assistents frånvaro. Det arbetet har resulterat i att felaktiga utbetalningar har stoppats om 333 085 kr.

Biståndshandläggarens arbete har resulterat i att flertalet beslut om personlig assistans har omprövats, främst med anledning av ett felaktigt utförande. Kostnadsbesparingen för dessa omprövningar motsvarar ersättning om ca 5 miljoner kr per helår.

Arbetet mot felaktiga utbetalningar samt mot välfärdsbrott har vidare lett till:

- 11 anmälningar till inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande tillståndshavares lämplighet att bedriva verksamhet med personlig assistans
- 16 polisanmälningar
- 16 underrättelser till Försäkringskassan
- 16 underrättelser till Skatteverket

Ledsagarservice 9 § 3 LSS och ledsagning SoL

Inom ledsagarservice har förvaltningen stoppat ersättningar om totalt 43 097 kr. Det har framför allt varit kopplat till att ledsagare arbetat på annan arbetsplats samtidigt som hen registrerat tid som ledsagare, eller att annan insats har utförts i brukarens hem när ledsagare har registrerat tid.

Daglig verksamhet 9 § 10 LSS

Inom daglig verksamhet har förvaltningen stoppat ersättningar om totalt 131 850 kr. Felen består oftast av att leverantörerna fakturerar för fel nivå, eller fakturerar heltid för brukare med beslut om deltid.

Korttidsvistelse 9 § 6 LSS och korttidstillsyn 9 § 7 LSS

Inom dessa insatser har förvaltningen stoppat felaktiga utbetalningar om 224 546 kr. Felaktigheterna har främst bestått i redovisning av fel nivåer och vistelsetider.

Analys

I de avtalsspecifika uppföljningar som genomförts ligger avtalet som grund. Områden som följts upp under året har därför varierat. Leverantörernas ledningssystem för kvalitet har varit i fokus vid flera av de planerade avtalsspecifika uppföljningarna. I de uppdragsspecifika uppföljningar som genomförts ligger insatsernas uppdragsbeskrivningar som grund.

Resultatet av uppföljningarna visar på att brister har förekommit hos utförare inom omsorgsnämndens ansvarsområde i Uppsala kommun. Samtliga verksamheter som uppvisat brister har upprättat en åtgärdsredovisning och genomfört insatser för att åtgärda dem. Samtliga verksamheter som har följts upp i sin helhet innan årsskiftet har fått godkända åtgärdsredovisningar. Identifierandet av brister har lett till kvalitetshöjande insatser i verksamheterna. Avtal och marknad kommer att fortsätta att följa rutiner och processer inom kvalitetsledningssystem under 2025.

Uppföljningarna har, inom både område LSS och SoL, påvisat att boendepersonalen kan tycka att det är svårt att balansera självbestämmande gentemot goda levnadsvanor. Uppföljningarna visar även att samverkan mellan legitimerad personal och boendepersonal behöver förbättras.

De fem av sex boenden inom LSS 9§9 som följts upp, där kommunen är vårdgivare, har det framkommit i flera intervjuer med yrkeskategorierna fysioterapeut och arbetsterapeut att yrkeskategoriernas bemanning inte är tillräcklig för att arbeta hälsofrämjande och långsiktigt. Båda yrkeskategorier lyfter att de skulle behöva finnas i verksamheterna oftare för att handleda omvårdnadspersonalen i det hälsofrämjande arbetet.

Arbetet mot välfärdsbrott har utvecklats under året och berört fler insatser inom nämndens ansvarsområde, såsom korttidstillsyn och korttidsvistelse för barn och unga enligt LSS. Under året har även utökade kontroller av både nya och befintliga leverantörer genomförts, bland annat genom att kontrollera personer i leverantörens ledning och styrelse.

Uppföljningsarbete är under ständig utveckling. Avtal och marknad har under året fortsatt arbeta med den uppföljningsstrategi som togs fram under år 2022 gällande planerade avtalsspecifika uppföljningar. Olika boendeformer för vuxna är fortsatt ett prioriterat område för uppföljning under år 2025. Detta då en stor andel ännu inte har följts upp. Analys av årets uppföljningar visar att samverkan mellan legitimerad personal och boendepersonal är ett område som behöver fokuseras på vid kommande uppföljningar.