

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2026-01-07

Diarienummer:
OSN-2026-00003

Handläggare:
Carolina Williamsson

Årsrapport avtal- och uppdragsuppföljning 2025

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna årsrapporten om avtals- och uppdragsuppföljningar för år 2025 enligt ärendets bilaga och lägga den till handlingarna, samt
2. **att** överlämna rapporten till kommunstyrelsen.

Ärendet

Årsrapporten om avtals- och uppdragsuppföljningar för år 2025 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.

Beredning

Ärendet har beretts av vård- och omsorgsförvaltningen, enhet avtal och uppföljning.

Föredragning

Omsorgsnämnden har som huvudman rätt till insyn i hur utförare utför sitt av kommunen fastställda uppdrag. Vidare har allmänheten rätt till insyn i hur verksamheten utförs (Kommunallagen, 1991:900; Socialtjänstlagen, 2025:400). Avtals- och uppdrags-uppföljning är ett verktyg för vård- och omsorgsförvaltningen i Uppsala kommun att säkerställa att utförare utför sitt uppdrag i enlighet med de avtal som tecknats mellan privata utförare och kommunen och i enlighet med uppdrag som ges till den kommunala egenregin. Uppföljningarna är också ett arbetssätt för vård- och omsorgsförvaltningen att säkerställa en god kvalitet samt även en metod för att

kartlägga förbättrings- och utvecklingsområden. Således fungerar avtals- och uppdragsuppföljningar som verktyg för att kontrollera att utförarna följer avtal, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom vård och omsorg i Uppsala kommun.

Omsorgsnämnden har i slutet av 2025 avtal med 60 externa utförare som totalt omfattar 108 verksamheter. Inom egen regi finns 158 verksamheter, vilket inkluderar HUL och räknar hälso- och sjukvården som två separata verksamheter. Egen regi följer upp sina verksamheter genom egenkontroll i linjeorganisationen, avseende avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria.

Under 2025 har det genomförts totalt 20 uppföljningar inom såväl egen regi som extern regi; 13 avtals- och uppdragsspecifika uppföljningar samt fyra uppföljningar inom överenskommelsen mellan vård- och omsorgsförvaltningen och utbildningsförvaltningen att bedriva korttidstillsyn samt tre uppstartsuppföljningar

Uppföljningarna under året har visat att det fortsatt finns ett antal utvecklingsområden inom omsorgsnämndens verksamheter. Brister som under årets uppföljningar förekommit hos ett flertal verksamheter kommer att följas upp under det kommande året. Fokus i uppföljningsarbetet är att utgå från riskbedömning med brukarfokus.

En sammanställning av genomförda uppföljningar samt en analys av resultatet redovisas i bilaga 1 *Årsrapport avtal- och uppdragsuppföljningar 2025*.

Ekonomiska konsekvenser

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser för nämnden.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad den 7 januari 2026
- Bilaga, Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar 2025

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Omsorgsnämnden
Rapport

Datum:
2026-01-07

Diarienummer:
OSN-2026-00003

Handläggare:
Carolina Williamsson

Årsrapport avtal- och uppdragsuppföljning, 2025

Innehåll

Innehåll.....	2
1 Inledning	3
1.1 Särskilda händelser under året	3
1.1.1 Särskilt boende för äldre med psykisk funktionsnedsättning	3
1.1.2 Valfrihetssystem inom ledsagarservice/ledsagning avskaffas	4
1.1.3 Upphandling förnyad konkurrensutsättning LSS	4
1.1.4 Reviderat förfrågningsunderlag daglig verksamhet	4
2 Uppföljningsformer.....	4
2.1 Planerad avtals- och uppdragsspecifik uppföljning	5
2.2 Händelsestyrd avtals- och uppdragsspecifik uppföljning.....	5
2.3 Fokusuppföljning.....	6
2.4 Uppstartsuppföljning	6
3 Resultat.....	6
3.1 Planerad avtals- och uppdragsspecifik uppföljning	6
3.1.1 Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS.....	6
3.1.2 Daglig verksamhet 9 § 10 LSS	8
3.1.3 Uppföljning inom korttidstillsyn 9 § 7 LSS.....	9
3.2 Händelsestyrd avtalsspecifik uppföljning.....	9
3.2.1 Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS.....	10
3.3 Fokusuppföljning.....	10
3.3.1 Goda relationer.....	10
3.4 Uppstartsuppföljning	11
3.4.1 Särskilt boende (SÄBO) socialpsykiatri, 7 kap. 1 § 3 SoL	11
3.4.2 Bostad med särskild service enligt SoL, Hem för vård eller boende (HVB), Hem för viss annan heldygnsvård (HVA)	11
3.4.3 Daglig verksamhet enligt LSS	12
4 Rapportering av händelser under 2025	12
5 Tillsynsrapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	12
6 Arbete mot felaktiga utbetalningar och välfärdsbrott.....	13
6.1 Personlig assistans 9 § 2 LSS	13
6.2 Ledsagarservice 9 § 3 LSS och ledsagning SoL.....	14
6.3 Daglig verksamhet 9 § 10 LSS	14
6.4 Korttidsvistelse 9 § 6 LSS och korttidstillsyn 9 § 7 LSS	14
6.5 Särskilda boendeformer SOL och Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS ..	14
6.6 Hemtjänst	14
7 Analys.....	14
8 Fortsatt arbete	15

1 Inledning

Denna årsrapport är en sammanställning och analys av årets avtal- och uppdragsuppföljningar inom nämndens ansvarsområde. Avtals- och uppdragsuppföljning är ett verktyg för vård- och omsorgsförvaltningen i Uppsala kommun att säkerställa att utförare utför sitt uppdrag i enlighet med de avtal som tecknats mellan externa utförare och kommunen och i enlighet med uppdrag som ges till den kommunala egenregin.

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 även 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.

Uppföljningar är också ett arbetssätt för vård- och omsorgsförvaltningen att säkerställa en god kvalitet men också en metod för att kartlägga förbättrings- och utvecklingsområden. Således fungerar avtals- och uppdragsuppföljningar som verktyg för att kontrollera att utförarna följer avtal, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden.

Omsorgsnämnden har i slutet av 2025 avtal med 60 externa utförare som totalt omfattar 108 verksamheter. Inom egen regi finns 158 verksamheter, vilket inkluderar HUL och räknar hälso- och sjukvården som två separata verksamheter. Egen regi följer upp sina verksamheter genom egenkontroll i linjeorganisationen, avseende avvikelser, synpunkter, lex Sarah och lex Maria. Liknande krav på kvalitetsarbete ställs i avtal för externa utförare.

Arbetet med att förhindra välfärdsbrott och felaktiga utbetalningar samt att hitta nya metoder för granskning har fortgått inom omsorgsnämndens ansvarsområden.

Nämnden informeras om genomförda avtals- och uppdragsuppföljningar två gånger per år. I juni redovisas resultatet av de uppföljningar som hunnit genomföras. Redovisningen innehåller information om genomförda uppföljningar och avvikelser. I samband med årsbokslut redovisas en sammanställning samtliga genomförda avtals- och uppdragsuppföljningar. Händelsestyrd återrapportering av uppföljningsresultat hanteras i särskild ordning beroende på ärendets allvarlighetsgrad.

1.1 Särskilda händelser under året

1.1.1 Särskilt boende för äldre med psykisk funktionsnedsättning

Under 2025 utfördes en ramupphandling av särskilt boende för äldre med psykisk funktionsnedsättning enligt 7 kap 1 § 2 p socialtjänstlagen (2001:453). En utförare tilldelades och avtal tecknades med Förenade Care om verksamheten Liljeforstorg med avtalsstart den 16 september 2025. Verksamheten har 16 platser och upphandlas utan platsgaranti. Samma utförare hade avtal för den upphandlade insatsens föregående avtalsperiod.

1.1.2 Valfrihetssystem inom ledsagarservice/ledsagning avskaffas

I september tog nämnden beslut om att avskaffa valfrihetssystemet inom ledsagarservice/ledsagning. Avtalet med en extern utförare löper ut i mars 2026 och därefter utförs insatsen endast av egen regi.

1.1.3 Upphandling förnyad konkurrensutsättning LSS

Under våren 2026 genomfördes en upphandling för förnyad konkurrensutsättning (FKU) för bostad med särskild service 9 § 9 LSS. Syftet med upphandlingen var att möjliggöra att nämnden vid behov ska kunna genomföra placeringar utanför kommunen. Upphandlingen syftade även till att kunna genomföra enstaka placeringar som överstiger nämndens fasta ersättningsnivåer i det ordinarie ramavtalet för boende LSS. Nämnden tecknade avtal med 18 externa utförare.

Under året har två förfrågningar enligt FKU genomförts men det har inte tecknats något placeringsavtal. Vid den första FKU drog den externa utföraren som skulle tilldelas placeringsavtal tillbaka sitt anbud. Vid den andra FKU inkom det inte några anbud.

1.1.4 Reviderat förfrågningsunderlag daglig verksamhet

Under året har förvaltningen arbetat med att revidera förfrågningsunderlag för daglig verksamhet. Nämnden tog i november beslut om det reviderade förfrågningsunderlaget som börjar gälla från 1 januari 2026.

2 Uppföljningsformer

Nämnden har som huvudman rätt till insyn i hur utförare utför sitt, av kommunen, fastställda uppdrag. Vidare har även allmänheten rätt till insyn i hur verksamheten utförs (Kommunallagen, 1991:900; Socialtjänstlagen, 2001:453). Uppföljningen är även till för att säkerställa att offentligt finansierade verksamheter använder tilldelade medel på ett korrekt sätt.

Avtals- och uppdragsuppföljning sker både på individ- och verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå sker avtals- och uppdragsuppföljning utifrån ett strategiskt urval samt vid händelser som föranleder en granskning.

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.

Metodval för uppföljning 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. I stora drag faller förvaltningens uppföljning inom kategorierna fokusuppföljning, planerad uppföljning, händelsestyrd uppföljning och uppstartsuppföljning.

Oftast innefattar en uppföljning intervjuer med ledning och personal på plats i verksamheten, rundvandring och observationer samt analys och bearbetning av begärt material. Även enkätuppföljning är en metod som kan användas både som en

del av en annan uppföljningsmetod eller som en separat uppföljning. Syftet med enkätuppföljning är att inhämta information från ett större antal personer eller verksamheter på ett effektivt sätt. Metoden ger möjlighet att samla in erfarenheter, synpunkter och bedömningar från exempelvis brukare, närstående eller personal, vilket skapar ett brett underlag för analys.

Uppföljning sammanställs i en rapport där eventuella brister påtalas. Bristerna återkopplas med en åtgärdsredovisning med tidsplan av utföraren. Alla uppföljningar registreras och diarieförs. Metod som använts under 2025 beskrivs mer utförligt under varje rubrik.

2.1 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.

Avtalsuppföljning är ett verktyg för att säkerställa att externa utförare inom nämndens verksamhetsområde utför sitt uppdrag i enlighet med de avtal som tecknats mellan utföraren och kommunen.

Detaljerad planeringen av hur och hur ofta uppföljningar sker baseras på en bedömning av riskerna kopplade till avtalens värde och komplexitet. Den tar även hänsyn till synpunkter och avvikelser samt tidigare genomförda uppföljningar.

Uppföljningen sker löpande genom planerade uppföljningar. En planerad uppföljning kan utföras när utföraren har meddelats innan eller genom ett oanmält besök. Utöver de planerade uppföljningarna utförs också händelsestyrda uppföljningar, vilka initieras vid indikationer på eventuella brister och mer akuta missförhållanden. Uppföljningar sker även till följd av tidigare identifierade brister för att följa upp exempelvis krav på rättelse från en tidigare åtgärdsplan.

En föranmäld uppföljning innebär ofta ett heldagsbesök i berörd verksamhet med intervju av personal från de olika professionerna, intervju med ledning, en rundvandring i lokalerna och vid möjlighet samtal med den personal som vid tillfället arbetar och de brukare och eventuellt närstående som just då närvarar. Inför varje föranmäld uppföljning begärs skriftligt material in. Det kan exempelvis vara rutiner, utdrag ur kvalitetsregister, aktuella bemanningslistor/scheman. Material inför uppföljning hämtas även från verksamhetssystem såsom synpunktshanterings-systemet.

En oanmäld uppföljning sker på plats i verksamheten enligt av förvaltningen i förväg planerade avtals- eller uppdragsområden exempelvis kontroll av bemanning för dagen, aktiviteter för de boende, säkerhet och sekretess med mera.

2.2 Händelsestyrd avtals- och uppdragsspecifik uppföljning

Händelsestyrd avtalsspecifik uppföljning genomförs med olika metoder. Dessa uppföljningar genomförs vid händelser som föranleder en granskning, till exempel med anledning av en inkommen synpunkt gällande en verksamhet.

Under en händelsestyrd uppföljning fokuseras ofta uppföljningen på att granska specifika utvalda områden i verksamheten. Händelsestyrda uppföljningar är inte föranmälda utan är oftast relaterade till synpunkter från olika personer eller

information från exempelvis biståndshandläggare som indikerar att det kan finnas brister i verksamheten.

2.3 Fokusuppföljning

Fokusuppföljning är en metod som används när förvaltningen vill följa upp ett specifikt område inom nämndens verksamheter. Syftet är att få en samlad och övergripande bild av hur flera verksamheter arbetar med det aktuella området. Genom att koncentrera uppföljningen till ett tema kan förvaltningen identifiera styrkor, gemensamma arbetssätt och eventuella skillnader mellan verksamheterna. En fokusuppföljning kan vara verksamhetsövergripande inom flera olika insatser eller riktad på endast ett eller ett par områden.

Fokusuppföljningar bidrar också till att synliggöra förbättringsområden och skapa underlag för utvecklingsinsatser. Metoden används som ett komplement till ordinarie avtalsuppföljning och är ett verktyg för att säkerställa kvalitet, likvärdighet och att verksamheterna arbetar i linje med nämndens mål och riktlinjer.

2.4 Uppstartsuppföljning

När ett nytt avtal tecknas med en extern utförare genomförs en uppstartsuppföljning. Denna genomförs vanligen cirka tre till sex månader in i avtalstiden. Uppföljningen skapar utrymme för både förvaltningen och utföraren att lyfta fram identifierade utmaningar och framgångsfaktorer samt etablera en grund för fortsatt dialog under avtalstiden. Genom tidig dialog kan eventuella risker och behov av stöd identifieras, vilket minskar risken för kvalitetsbrister. Uppföljningen bidrar också till transparens och en gemensam förståelse av avtalet. Uppstartsuppföljning benämns ibland som uppstartsmöte eller tre månaders uppföljning.

3 Resultat

I uppföljningsarbetet under 2025 har både brister och framgångsfaktorer framkommit. Uppmärksammade brister har föranlett till att åtgärdsplaner begärts in. Nedan följer en sammanfattning av årets uppföljning inom respektive verksamhetsområde.

3.1 Planerad avtals- och uppdragsspecifik uppföljning

3.1.1 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:

- Humana, Carl von Linnés gruppbofastad (OSN-2025-00218)
- Frösunda Omsorg AB, Bordtennisvägens gruppbofastad (OSN-2025-00328)
- Nytida AB, Ärentunavägens gruppbofastad (OSN-2025-00651)
- Nytida AB, Hjortrongatans gruppbofastad (OSN-2025-00646)
- Nytida AB, Mariedalsgatans gruppbofastad (OSN-2025-00647)
- Nytida AB, Södra Tibblevägens gruppbofastad (OSN-2025-00650)

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 *Carl von Linné* framkom att verksamheten behöver säkerställa att rutin kring palliativ vård i livets slutskede implementeras i verksamheten.

Vid uppföljning av *Bordtennisvägen* konstaterades brister inom bemanning, avvikelshantering, säkerställande av brukares inflytande och delaktighet samt bristande rutiner för samverkan mellan verksamheten och legitimerad personal. Vidare uppvisade verksamheten brister inom att registrera hälso- och sjukvårdsavvikelser i avsett system. Verksamheten behöver säkerställa att rutin kring palliativ vård i livets slutskede implementeras i verksamheten. I verksamheten fanns behov av förflyttningsutbildning bland omvårdnadspersonalen. Verksamheten behövde även säkerställa alla medarbetares kunskap om Lex Sarah och Lex Maria samt rutinen för rapportering enligt dessa. Visselblåsarfunktion och meddelarfrihet var inte känd i hela personalgruppen. Verksamheten uppvisade brister inom område brand, säkerhet, kris- och katastroforganisation. Brandombud fanns, men årlig utrymningsövning hade inte genomförts. Verksamheten hade inte upprättat individanpassat brandskydd. Verksamheten saknade lokal kris- och kontinuitetsplan. Verksamhetschefen var vid uppföljningstillfället nytillträdd och inventeringsarbete samt förbättringsarbeten av olika slag fanns påbörjat, dock inte slutfört. Nytt schema med utökad bemanning kvällar och helger infördes omgående efter uppföljningstillfället. Förvaltningen kommer att genomföra en oanmäld uppföljning av redovisade åtgärder under vårterminen 2026.

Vid uppföljning av *Ärentunavägen* framkom att verksamheten saknar systematiskt kvalitetsarbete kring vård i livets slutskede och behöver säkerställa att rutin kring palliativ vård implementeras i verksamheten. Uppföljningen är pågående och förväntas bli klar i början av 2026.

Vid uppföljning av *Hjortrongatan* framkom brister inom område hälso- och sjukvård. Rehabpersonal behöver säkerställa att uteblivna signeringar av ordinationer utreds och återkopplas till omvårdnadspersonal. Verksamheten behöver säkerställa att rutinen för hälso- och sjukvårdsavvikelser är känd bland all omvårdnadspersonal. Verksamhetschef och legitimerade behöver tillsammans säkerställa rutin för samverkan, detta inkluderar införande av digital signering. Verksamheten behöver även säkerställa rutiner kring palliativ vård i livets slutskede. Uppföljningen är pågående och förväntas bli klar i början av 2026.

Vid uppföljning av *Mariedalsgatan* framkom att verksamheten inte haft någon brukare i behov av vård i livets slutskede och verksamheten har således inte upprättat något systematiskt kvalitetsarbete kring detta. Verksamheten behöver därför säkerställa att övergripande rutin för palliativ vård i livets slutskede implementeras i verksamheten. Uppföljningen är pågående och förväntas bli klar i början av 2026.

Vid uppföljning av *Södra Tibblevägen* framkom att verksamheten behöver säkerställa att anpassad kommunikation implementeras och används i verksamheten där behov

finns, samt säkerställa att övergripande rutin för palliativ vård i livets slutskede implementeras i verksamheten. Uppföljningen är pågående och förväntas bli klar i början av 2026.

Krav på åtgärdsplaner har begärts in för samtliga brister som redovisats för verksamheterna ovan. Samtliga verksamheter i de uppföljningar som ej är pågående har inkommit med åtgärdsredovisningar som därefter godkänts.

3.1.2 Daglig verksamhet 9 § 10 LSS

Inom verksamhetsområde daglig verksamhet har sex planerade uppföljningar genomförts under året, varav en oanmäld;

- Egen regi "Spiran daglig verksamhet" (OSN-2024-00786)
- Egen regi "Solen daglig verksamhet" (OSN-2025-00004)
- Labanskolan Frisärskola AB daglig verksamhet (OSN-2025-00005)
En planerad samt en oanmäld.
- Föreningen Hjälp till behövande "Duvan daglig verksamhet" (OSN-2025-00579)
- DeVebo Omsorg AB "Uppdraget daglig verksamhet" (OSN-2025-00745)

Samtliga uppföljningar genomfördes på plats i verksamheten. Inför uppföljningarna har en granskning genomförts utifrån begärda underlag, kreditupplysning och en kontroll av tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 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 samt kris- och kontinuitetshantering.

Vid uppföljningen på *Spiran daglig verksamhet (egen regi)* konstaterades brister inom områden våldsutsatthet och hedersrelaterat våld och förtryck, HBTQI, Goda relationer, sex- och samlevnadsfrågor, synpunkter och klagomål samt kris- och kontinuitetshantering.

Vid uppföljningen på *Solen daglig verksamhet (egen regi)* konstaterades brister inom områden våldsutsatthet och hedersrelaterat våld och förtryck, HBTQI, Goda relationer, sex- och samlevnadsfrågor samt kris- och kontinuitetshantering.

Vid uppföljningen på *Labanskolan daglig verksamhet AB* konstaterades brister inom områden meddelarskydd, synpunkter och klagomål, avvikelser, egenkontrollarbete, information om ändrade ägarförhållanden samt brandklass verksamhetslokal. Förvaltningen genomförde en oanmäld uppföljning på samma verksamhet en tid efter avtalsuppföljningen. Detta för att följa upp åtgärder som angivits i åtgärdsplanen inom områden meddelarskydd, synpunkter och klagomål samt avvikelser. Förvaltningen kunde, efter besök samt granskning av dokument, godkänna pågående åtgärder.

Vid uppföljningen på *Duvan daglig verksamhet (Föreningen Hjälp till behövande)* konstaterades brister inom områden IBIC, HBTQI, sex- och samlevnadsfrågor samt meddelarskydd.

Vid uppföljningen på *Uppdraget daglig verksamhet (DeVebo Omsorg AB)* konstaterades brister inom områden IBIC, HBTQI samt meddelarskydd.

Åtgärdsplan med tidsplan har begärts in för samtliga brister som redovisats för verksamheterna ovan. Samtliga verksamheter har inkommit med åtgärdsplaner som därefter godkänts.

3.1.3 Uppföljning inom korttidstillsyn 9 § 7 LSS

Fyra planerade uppföljningar har genomförts på plats inom utbildningsförvaltningens korttidstillsyn som bedrivs enligt överenskommelsen mellan vård- och omsorgsförvaltningen och utbildningsförvaltningen sedan 2022 (OSN-2021-00683). Syftet med uppföljningarna var att följa upp den överenskommelse som ingåtts mellan förvaltningarna. Verksamheterna som följts upp är en anpassad grundskola, två anpassade gymnasieskolor samt en resursenhet.

- Fyrisskolans korttidstillsyn (OSN-2025-00193)
- Jällaskolans korttidstillsyn (OSN-2025-00194)
- Videskolans korttidstillsyn (OSN-2025-00195)
- Årstaskolans korttidstillsyn (OSN-2025-00196)

De skolor som följts upp har goda förutsättningar att bedriva insatsen. Brukarna utgår från samma lokal som skolverksamheten, vilket möjliggör tid för längre aktiviteter på eftermiddagarna då transport till annan lokal inte behövs. Inom verksamheterna finns ett elevhälsoteam bestående av bland annat specialpedagog, logoped och psykolog tillgängliga som kan stödja både skolverksamhet och korttidstillsynsverksamhet.

Det som framkom som utmaningar inom uppföljningarna var att det var svårt att hålla dokumentationen levande och relevant. Gemensamt för alla svarande är att det finns önskemål om att utbildningsinsatser kring social dokumentation och LSS bör följas upp och hållas levande. Alla enheter har någon form av rutin för dokumentation och genomförandeplaner. Ofta är det samma personal som följer eleven genom skoldagen och korttidstillsynen, vilket förenklar sekretesshanteringen. Samarbetet med vård- och omsorgsförvaltningen har upplevts som bra men i begränsad omfattning.

I uppföljningarna finns förekommande brister inom flera områden som visar sig vara gemensamma för flera skolor.

- Social dokumentation och genomförandeplaner saknas eller används inte korrekt.
- Avvikelser dokumenteras inte systematiskt eller särskiljs inte från KIA-anmälningar som används inom skolverksamheten.
- Rutiner kring synpunkts- och klagomålshantering saknas eller är inte kända bland personal.
- Bristande information till vårdnadshavare/brukare om hur man lämnar klagomål.
- Personal saknar kännedom om skyldigheter att anmäla missförhållanden enligt Lex Sarah.
- Egenkontroll av dokumentation och genomförandeplaner saknas eller behöver förbättras.
- Bristande delaktighet för brukare i upprättande av genomförandeplaner.
- Avvikelser analyseras och återrapporteras inte systematiskt till all personal.

Samtliga verksamheter har inkommit med åtgärdsplaner för respektive uppvisad brist. Alla uppföljningar är nu godkända och avslutade.

3.2 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.

3.2.1 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 gruppbostad (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.

3.3 Fokusuppföljning

3.3.1 Goda relationer

År 2025 pågick arbetet med att bearbeta och rapportera insamlat material från den verksamhetsövergripande fokusuppföljning som utfördes under år 2024 där fokus var på goda relationer (OSN-2024-00658).

Fokusuppföljningens syfte var att undersöka om nämndens verksamheter har ett strukturerat arbetssätt kring frågor om sexualitet, samlevnad och relationer samt att identifiera förbättringsområden. Uppföljningen utgick från omsorgsnämndens vägledning *"Goda relationer – en vägledning om sexualitet, känslor och bemötande för dig som arbetar i en LSS-verksamhet"* som antogs 2018.

Totalt omfattades 24 verksamheter, varav 18 inom LSS och sex inom SoL, vilket motsvarar cirka 20 procent av nämndens boenden för vuxna personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen genomfördes på plats under 2024 och baserades på intervjuer med personal och verksamhetschefer.

Det insamlade materialet har analyserats och rapporterades under 2025 med slutsats och förslag på åtgärder.

Resultatet visar att de uppföljda verksamheterna i stort saknar ett strukturerat arbetssätt och forum för att hantera frågor kring sex och samlevnad. Den arbetsmetod som beskrivs i nämndens vägledning eller annat metodstöd används inte i praktiken.

Då fokusuppföljningen endast omfattade cirka 20 procent av nämndens boenden så kan man inte generalisera resultatet utanför de enheter som har följts upp.

Uppföljningen indikerar att det kan finnas fler verksamheter som inte följer nämndens vägledning eller andra metoder för att arbeta med frågor som gäller goda relationer. Förvaltningen bedömer att ytterligare insatser behöver göras för att säkerställa att nämndens intentioner med vägledningen får genomslag. Planerade åtgärder är:

- Övergripande introduktion av vägledningen och dess syfte erbjuds, riktad till områdeschefer och verksamhetschefer.
- Framtagande av rutiner kopplade till verksamheterna.
- Utarbetande av kontrollpunkter för egenkontroll och uppföljning av arbetssättet.

3.4 Uppstartsuppföljning

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

Inom verksamhetsområde särskilt boende för äldre med psykisk funktionsnedsättning har en uppstartsuppföljning genomförts i och med nytt ramavtal från och med 2025-09-16.

- Liljeforstorg SÄBO Socialpsykiatri, Förenade care (OSN-2025-00945)

Uppföljningen utfördes i form av ett uppstartsmöte för att informera om förändringar i det nya ramavtalet som gäller från 16 september 2025 samt lyfta utmaningar och framgångsfaktorer som verksamheten har identifierat. Avtalet omfattar skärpta krav på närvarande verksamhetschef, behovsanpassad bemanning. Nya avtalet innehåller även stärkta krav på socialpsykiatrikompetens samt kompetens för att hantera utmanande och utåtagerande beteenden. Fokus ligger även på hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt. Förvaltningen har även infört krav på bakgrundskontroller.

Verksamheten lyfter fram framgångar som stabil personalgrupp, speciellt för legitimerad personal, och god tillgänglighet kopplat till det centrala läget samt bussförbindelser, men ser utmaningar i kompetensförsörjning på undersköterskenivå, förändrad målgrupp där allt yngre personer har blivit placerade. Verksamheten har även identifierat behov av mer kris och kontinuitetsplanering. Förvaltningen bedömer att verksamheten har goda förutsättningar men att fortsatt kompetensutveckling är avgörande för kvaliteten.

3.4.2 Bostad med särskild service enligt SoL, Hem för vård eller boende (HVB), Hem för viss annan heldygnsvård (HVA)

- Enkätuppföljning vid avtalsstart BSS SoL, HVB och HVA (OSN-2025-00375)

En enkät har skickats ut till berörda verksamheter med syfte att följa upp avtalsstart och analysera orsakerna till det låga antalet inkomna anbud på nivå 3b. Denna nivå omfattar inriktning med bland annat hantering av utåtagerande beteende. Genom enkäten ville vi få en bättre förståelse för varför så få verksamheter valde att lämna anbud samt vilka faktorer som skulle kunna öka benägenheten att delta i framtida upphandlingar. Frågorna i enkäten fokuserade på framgångsfaktorer, upplevda hinder, kravställning, resursbehov och möjliga incitament. Resultatet av denna uppföljning var tänkt att användas som underlag för att justera kravspecifikationer, identifiera stödåtgärder och förbättra dialogen mellan beställare och utförare inför kommande upphandlingar. Den låga svarsfrekvensen medför dock att det inte är möjligt att dra några större slutsatser utifrån materialet.

3.4.3 Daglig verksamhet enligt LSS

- Frösunda Omsorg AB, Svista daglig verksamhet (OSN-2025-00158)

En uppstartsuppföljning på Svista daglig verksamhet genomfördes då Frösunda 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. Förvaltningen kommer att genomföra en avtalsuppföljning av verksamheten under år 2026.

4 Rapportering av händelser under 2025

Händelser som utreds och kan leda till en anmälan enligt lex Sarah/lex Maria ska skyndsamt rapporteras till nämnden. Under 2023 implementerades en ny rutin för att säkerställa en systematisk inrapportering från externa utförare. Avtal och uppföljning har under 2025 sett en minskning i inrapporteringen av händelser jämfört med 2024. Flera av de inrapporterade händelserna har inkommit sent till förvaltningen. Det finns således förbättringspotential gällande en mer skyndsamt inrapportering från externa utförare. Förvaltningen har även noterat att några verksamheter inte kände till rutinen för rapportering av händelse.

Under året har det från utförare i extern regi vid totalt sju tillfällen meddelats till förvaltningen att händelser inträffat. Av dessa sju utredningar har fem rapporterats inom bostad med särskild service LSS, en inom daglig verksamhet samt en inom ledsagarservice/ledsagning. Av dessa utredningar har två resulterat i lex Sarah anmälan till IVO.

Inom egen regis verksamheter har totalt 134 antal utredningar med anledning av händelser genomförts. Av dessa utredningar resulterade fem i lex Sarah anmälningar till IVO. Dessa är fördelade enligt följande: två inom bostad med särskild service LSS för vuxna, en inom bostad med särskild service LSS för barn, en inom bostad med särskild service SoL och en inom personlig assistans.

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.

5 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 att externa leverantörer ska skicka information till nämnden om genomförd tillsyn. Detta kontrolleras även årligen genom att

tillsynsinsatser begärs ut från IVO. Under 2025 har IVO inte genomfört frekvenstillsyn på någon verksamhet som nämnden har avtal med. Motsvarande rapportering för egen regi sker genom kvalitetsberättelsen.

6 Arbete mot felaktiga utbetalningar och välfärdsbrott

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

6.1 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 assistansanordnare. 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 likväl kontrollen av egna anordnare. Granskningen av felaktiga utbetalningar inom assistansen har resulterat i att ersättning har stoppats om cirka 1,3 miljoner kronor och beslut om återbetalning har fattats om cirka 300 000 kronor.

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 cirka 230 000 kronor.

Ett arbete på avdelning myndighet har resulterat i att flertalet beslut om personlig assistans har omprövats med anledning av uppdagade oegentligheter. Kostnadsbesparingen för de omprövningar inom personlig assistans som genomförts under året motsvarar ersättning om cirka 530 000 kronor samt för STASS och hemtjänst för cirka 2,2 miljoner kr per helår. Vidare har förvaltningen ökat proaktiviteten och fångat upp riskärenden, nya ansökningar där det funnits oegentligheter på andra områden, med särskilt stöd tidigt i handläggningen.

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

- 20 anmälningar till IVO gällande tillståndshavares lämplighet att bedriva verksamhet med personlig assistans
- Tre polisanmälningar
- 12 underrättelser till Försäkringskassan
- Åtta underrättelser till Skatteverket

Utöver ovan nämnda har förvaltningen även gjort underrättelser till andra aktörer så som arbetsförmedling, andra myndigheter inom Uppsala kommun och annan kommun.

6.2 Ledsagarservice 9 § 3 LSS och ledsagning SoL

Inom ledsagarservice och ledsagning har förvaltningen stoppat ersättningar om totalt 2 700 kronor. 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.

6.3 Daglig verksamhet 9 § 10 LSS

Inom daglig verksamhet har förvaltningen stoppat ersättningar om totalt cirka 600 000 kronor. Felen består oftast av att utföraren fakturerar för fel nivå, eller fakturerar heltid för brukare med närvaro motsvarande deltid.

6.4 Korttidsvistelse 9 § 6 LSS och korttidstillsyn 9 § 7 LSS

Inom dessa insatser har förvaltningen stoppat felaktiga utbetalningar om cirka 200 000 kronor. Felaktigheterna har främst bestått i redovisning av fel nivåer och vistelsetider.

6.5 Särskilda boendeformer SOL och Bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS

Inom boende granskar vi olika boendeformer bland annat särskilt boende SoL, bostad med särskild service, HVB med mera. De identifierade felaktigheterna har i huvudsak avsett fakturering på felaktiga nivåer, fel schablon och felaktigt antal närvarodygn. Inom boende har förvaltningen stoppat felaktiga utbetalningar om cirka 1,2 miljoner kronor.

6.6 Hemtjänst

Inom hemtjänst har vi genom granskning av källdata fått återbetalning på ersättning som betalats ut för överskridna beslut om ett belopp på cirka 100 000 kronor.

7 Diskussion och analys

Uppföljningsarbetet under 2025 har identifierat brister, framgångsfaktorer och utmaningar inom nämndens verksamheter.

Fokusuppföljningen om Goda relationer samt planerade uppföljningar inom daglig verksamhet visar ett problemområde där verksamheter saknar forum och rutiner för att hantera frågor kring sexualitet och relationer. Förvaltningen bedömer att insatser behövs för att säkerställa genomslag av nämndens vägledning.

År 2024 genomförde enheten för avtal och uppföljning en fokusuppföljning inom området palliativ vård. Uppföljningarna under 2025 inom bostad med särskild service för vuxna LSS har visat att brister förekommer inom det systematiska arbetet inom området palliativ vård.

Förvaltningen har uppmärksammat att det förekommer brister inom kris och kontinuitetshantering i flera verksamhetsområden. För att klara av utmaningar i kris krävs ett arbete för att förebygga krisens påverkan på det dagliga livet. Krisberedskap minskar sårbarhet och ökar förmågan att kunna hantera samhällsstörningar. Varje

verksamhet har ansvar för att arbeta kontinuerligt med krisberedskap för att upprätthålla verksamhetens förutsättningar att fortsätta fungera på en tolerabel nivå oavsett störning.

I övrigt har det förekommit brister kopplade till verksamheternas implementering av vissa rutiner inom kvalitetsledningssystem. Det har förekommit brister inom bland annat avvikelshantering, synpunkts- och klagomålshantering, meddelarskydd och egenkontrollarbete. Dessa brister uppmärksammades även under 2024 och förvaltningen noterar att brister kvarstår. Även de brister i dokumentation och samverkan med legitimerad personal som fanns under 2024 förekommer fortsatt under 2025. Rutiner ska vara väl kända i verksamheten för att de ska kunna följas och användas som stöd i kvalitetsarbetet. De verksamheter vars uppföljning är avslutad och där brister förekommit har lämnat in åtgärdsplaner som blivit godkända. Därmed har samtliga verksamheter vars uppföljning är färdigställd börjat arbeta med de brister som uppmärksammats.

Förvaltningen har uppmärksammat framgångsfaktorer inom utbildningsförvaltningens korttidstillsyn. De har goda förutsättningar att bedriva insatsen då de har tillgång till elevhälsoteam med specialpedagog, logoped och psykolog. Samt att verksamheten bedrivs i samma lokaler som skolverksamheten vilket ger sammanhållna aktiviteter och kontinuitet för den enskilde. Det finns behov av ett arbete kring implementering av dokumentation av insatsen, samt kompetenshöjande insatser kring avvikelshantering och kunskap om Lex Sarah.

Under uppföljningar har utförare själva lyft fram framgångsfaktorer. De har till exempel uppmärksammat att ett positivt samarbete inom personalgrupper främjar flexibla lösningar. Även brukarens utveckling och inflytande, god fysisk tillgänglighet samt stabil personalgrupp har lyfts upp som framgångsfaktorer.

8 Fortsatt arbete

Fortsatt arbete med uppföljningar ska utgå från riskanalyser och brukarfokus. Årets uppföljningar har visat att det fortsatt finns ett antal utvecklingsområden inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Brister som under årets uppföljningar förekommit hos ett flertal verksamheter kommer att särskilt följas upp inom ordinarie uppföljningsarbete. Dessa områden relaterar till goda relationer, palliativ vård, kris och kontinuitetshantering samt implementering av vissa rutiner inom kvalitetsledningsarbete.

Enheten avtal och uppföljning står inför ett utvecklingsarbete kring uppföljningsprocesser. Intentionen är att arbetet ska ha en ännu tydligare analytisk och lärande inriktning där uppföljningarna inte enbart identifierar brister, utan också systematiskt analyserar framgångsfaktorer och följer upp att vidtagna åtgärder ger önskad effekt. Underlaget för riskanalys kommer även inkludera egenregins fördjupade brukarundersökningar.

Som en del av det fortsatta utvecklingsarbetet ingår också fortsatt arbete med att aktivt motverka tystnadskultur och främja ett öppet och hållbart arbetsklimat.