

Äldrenämnden  
**Tjänsteskrivelse till äldrenämnden**

Datum:  
2020-02-26

Diarienummer:  
ALN-2020-00109

Handläggare:  
Jesper Kyrk

## Årsrapport 2019 avtals- och uppdragsuppföljning

### Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår äldrenämnden besluta

**att** godkänna upprättad rapport avseende genomförda avtals – och uppdragsuppföljningar under 2019,

**att** ge förvaltningen i uppdrag att utforma åtgärder, som motsvarar sanktioner som kan vidtas gentemot externa utförare, för att säkerställa följsamhet gentemot uppdrag av egenregins verksamheter.

### Sammanfattning

Årsrapport 2019 för avtals- och uppdragsuppföljning är en sammanställning av 2019 års uppföljningar på förvaltningen. Under 2019 har äldreförvaltningen genomfört uppföljningar på 41 av förvaltningens 96 enheter, tolv enheter inom vård- och omsorgsboende, 14 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård och 15 inom träffpunktsverksamheten.

Huvudsyftet med avtals – och uppdragsuppföljningar är att kontrollera att utförarna följer de avtal eller uppdrag som ligger till grund för den äldreomsorg som ska utföras. De flesta enheter som har följts upp under 2019 har överlag en godkänd kvalitet och har efter åtgärdsredovisning blivit godkända. Ett avtal med en privat utförare inom hemtjänst har dock hävts.

## Ärendet

Ärendet innefattar avdelningen för Avtal och marknads årsrapportering av 2019 års genomförda uppföljningar. I rapportarbetet sammanställs årets genomförda uppföljningar för att kunna identifiera mönster som är gemensamma för flera enheter och verksamhetsområden eller skiljer sig åt mellan enheter. Årsrapporten ger en samlad bild av utförandet av äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Under 2019 har äldreförvaltningen genomfört uppföljningar på 41 av förvaltningens 96 enheter, tolv enheter inom vård- och omsorgsboende, 14 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård och 15 inom träffpunktsverksamheten. Rapport för träffpunkter presenteras i aprilnämnden.

De flesta enheter som har följts upp under 2019 har överlag en godkänd kvalitet och har efter åtgärdsredovisning blivit godkända. Ett avtal med en privat utförare inom hemtjänst har blivit hävt på grund av bristande följsamhet till avtal och förvaltningen har valt att inte förlänga ett avtal med en annan utförare inom hemtjänst på grund av återkommande brister.

Brister som identifierats under 2019 års uppföljningar innefattar bland annat områden som kräver systematik, exempelvis ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt egenkontroll inom hälso- och sjukvård. Även inom områden så som samverkan och värdegrund har flera verksamheter uppvisat brister.

Huvudsyftet med avtals – och uppdragsuppföljningar är att kontrollera att utförarna följer de avtal – och eller uppdrag som ligger till grund för den äldreomsorg som ska utföras. Brister som påvisas vid en uppföljning ska åtgärdas av utföraren. Om så inte sker kan ekonomiska sanktioner vidtas och som en sista sanktion kan avtal med en privat utförare hävas. För att säkerställa följsamhet gentemot uppdrag av egenregins verksamheter bör åtgärder utformas som motsvarar de sanktioner som kan vidtas gentemot externa utförare.

En uppföljningsprocess pågår till dess förvaltningen bedömer att brister åtgärdats vilket har gjorts i de flesta av våra uppföljningar genom en åtgärdsredovisning som följts upp på plats i verksamheten och därefter bedöms godkända eller inte. Äldreförvaltningen ser också att de avtals- och uppdragsuppföljningar som genomförs har en förebyggande och lärande effekt där Attendo är ett exempel då samtliga enheter börjar arbeta med en brist när en av enheterna har fått krav på åtgärdsredovisning. Förenade Care har under 2019 års uppföljningar inte uppvisat några brister.

## Beredning

Ärendet har beretts på avdelningen för avtal och marknad.

## Ekonomiska konsekvenser

Inga ekonomiska konsekvenser av förslag till beslut nummer ett.

Vad gäller förslag till beslut två finns inga ekonomiska konsekvenser i nuläget då det endast är utredningsuppdrag. Ekonomiska konsekvenser går att beräkna först när eventuella beslut om förändring tas.

**Konsekvenser för jämställdhet**

Inte aktuellt med föreliggande förslag till beslut.

**Konsekvenser för tillgänglighet**

Inte aktuellt med föreliggande förslag till beslut.

**Beslutsunderlag**

Årsrapport 2019 avtals- och uppdragsuppföljning

Äldreförvaltningen

Carina Juhlin  
Direktör



Äldrenämnden  
**Rapport**

Datum:  
2020-02-27

Diarienummer:  
ALN-2020-00109

Handläggare:  
Jesper Kyrk

# Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar - 2019

## Sammanfattning

Äldrenämnden har som huvudman rätt till insyn i hur utförare utför sitt av kommunen fastställda uppdrag. Detta sker bland annat genom avtals- och uppdragsuppföljningar som genomförs av äldreförvaltningens avdelning avtal och marknad. Uppföljningarna sker på plats i verksamheterna för att kontrollera att utförarna följer avtal och uppdrag, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Uppsala kommun. En uppföljning förklaras som avslutad när eventuella brister enligt förvaltningens bedömning, åtgärdats.

Under 2019 genomfördes avtals- och uppdragsuppföljningar på 12 vård- och omsorgsboenden vara hälften drivs av externa utförare. Inom hemtjänst och hemsjukvård genomfördes uppföljningar på 14 enheter, merparten i extern drift. Av 12 genomförda uppföljningar på vård- och omsorgsboenden framkom avvikelser gentemot avtal eller uppdrag, det vill säga brister, i 10 av dessa. Av de 14 genomförda uppföljningar inom hemtjänst och hemsjukvården framkom brister i 9 verksamheter. Uppföljning har också genomförts av egenregins två korttidsboenden och träffpunktsverksamheter.

När bister uppdragas hos en utförare kräver förvaltningen att denna brist åtgärdas inom en viss tidsram. I det fall bristen fortfarande bedöms kvarstå kan externa utförare enligt avtal åläggas en ekonomisk sanktion eller om bristen är allvarlig eller återkommande få avtalet hävt. Förvaltningen har under 2019 inte ålagt någon utförare en ekonomisk sanktion men däremot har ett avtal hävts med en extern utförare inom hemtjänst service. Förvaltningen anser att en ordning för att säkerställa följsamhet gentemot uppdrag av egenregins verksamheter, som motsvarar sanktioner som kan vidtas gentemot externa utförare, bör utformas.

## Innehåll

Sammanfattning.....	2
1 Inledning.....	4
1.1 Särskilda händelser under året.....	4
1.1.1 Vård och omsorgsboende.....	4
1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård.....	5
1.1.3 Öppna förebyggande insatser.....	6
2 Uppföljningsmetod.....	6
2.1 Uppföljning vård och omsorgsboende.....	7
2.2 Uppföljning hemtjänst och hemsjukvård.....	7
2.3 Uppföljning träffpunkter.....	7
3 Resultat.....	8
3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation.....	8
3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier.....	8
3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling.....	10
3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation.....	11
3.1.5 Hälsa- och sjukvård och rehabilitering.....	13
3.1.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	14
3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap.....	15
3.1.8 Lokaler och miljö.....	16
3.2 Träffpunkter.....	17
3.2.1 Lokaler.....	17
3.2.2 Besökare och aktiviteter.....	17
3.2.3 Samverkan.....	18
3.3 Korttidsboende.....	18
3.4 Vård- och omsorgsboende, övertagandeuppföljningar.....	19
3.5 Övriga iakttagelser.....	20
3.5.1 Uppdelningen av tjänsteområden inom hemtjänst och hemsjukvård.....	20
3.5.2 Sanktionsmöjligheterna av egen regi.....	20
4 Diskussion.....	20
5 Förslag på åtgärder.....	21

## 1 Inledning

Äldrenämnden 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, 2001:453). Avtals- och uppdragsuppföljning är ett verktyg för äldreförvaltningen i Uppsala kommun att säkerställa att utförare inom äldreomsorgen utför sitt uppdrag i enlighet med de avtal som tecknats mellan privata utförare och kommunen och i enlighet med uppdrag som ges till kommunens egen regi. Uppföljningarna är också ett arbetssätt för äldreförvaltningen att säkerställa en god kvalitet i äldreomsorgen men också en metod för att kartlägga äldreomsorgens förbättrings- och utvecklingsområden. Således fungerar avtals- och uppdragsuppföljningar som verktyg för att kontrollera att utförarna följer avtal och uppdrag, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Uppsala kommun har inom äldrenämndens ansvarsområde i nuläget 96 verksamheter inom fyra verksamhetsområden, vård- och omsorgsboende, hemtjänst och hemsjukvård, öppna förebyggande, dagverksamheter samt korttidsvård/växelvård. De är fördelade på:

- 36 enheter inom vård- och omsorgsboende varav 20 i egen regi,
- 2 enheter som bedriver hemtjänst i tjänsteområde 1,
- 24 enheter som bedriver hemtjänst och hemsjukvård i tjänsteområde 2, varav tolv i egen regi,
- 23 verksamheter inom öppna förebyggande insatser,
- 9 enheter som bedriver dagverksamhet, alla i egen regi,
- 2 enheter samt insprängda platser på vård- och omsorgsboenden inom korttidsvård och växelvård.

### 1.1 Särskilda händelser under året

#### 1.1.1 Vård och omsorgsboende

Ett antal större händelser har inträffat under 2019. Förenade Care AB vann den upphandling gällande Ferlins Vård- och omsorgsboende som genomfördes efter det att avtalet med Vardaga AB löpt ut. Överlämnandet av verksamheten skedde 2019-01-08 och förvaltningen upplevde överlämnandet som välfungerande och välorganiserat.

Efter beslut av nämnden i december 2018 (ALN 2018-0662) har vård- och omsorgsboendet Tavastehus avvecklats och överlämnats till omsorgsnämnden. Avvecklingsprocessen var även den välfungerande efter gott samarbete med Ansvar & Omsorg, som drev verksamheten. Avtalet kunde avslutas 2019-05-31 efter det att de 15 boende successivt hade flyttats ut från Tavastehus under början av året.

Under försommaren togs verksamheterna vid Balder och Höganäs akut över av nämndens egen regi då Polstjärnan AB som hade drivit verksamheterna, från 2018-10-



05 respektive 2018-10-06, försattes i konkurs 2019-06-31. Företagets försämrade ekonomiska förutsättningar upptäcktes då företaget, via brev, kontaktade förvaltningen och bad om kortare faktureringsstider. Det visade sig att Polstjärnan hade gjort stora underskott i sina andra verksamhetsgrenar vilket lett till en försämrad ekonomi. Innan åtgärder hann ske fick förvaltningen besked om att företaget var begärt i konkurs. Efter diskussion med företagets konkursförvaltare bestämdes att nämndens egen regi skulle ta över verksamheten från och med 2019-07-01. Efter en tidspressad och intensiv process kunde verksamheten, utan större problem, överlämnas 2019-07-01 kl. 10:00. Både verksamhetschef och personal erbjöds ny anställning i kommunen vilket bidrog till en lyckad övergång och bibehållen personalkontinuitet i verksamheterna.

Under våren köpte Ambea upp Aleris Omsorg AB. I Uppsala har det märkts genom att Vardaga AB nu, inom nämndens valfrihetssystem, driver Salabacke Plaza istället för Aleris Omsorg AB. Uppköpet innebar inga förändringar i avtalsrelationen mellan nämnden och verksamheten då avtalet, utan ny ansökan, kunde överlåtas till Vardaga AB. Verksamheten heter numera Villa Salabacke.

I oktober 2019 tog även nämndens egen regi över driften av verksamheten vid Glimmervägens vård- och omsorgsboende. Detta efter att avtalet med den tidigare utföraren Ansvar & Omsorg löpt ut. Övertagandet skedde efter en övertagandeprocess som startat under våren och med bibehållen personalstyrka skedde övergången in i nämndens egen regi utan några problem.

Under 2019 har det gjorts revideringar av gällande förfrågningsunderlag för vård – och omsorgsboende. Förändringarna innefattar bland annat förändringar i kompetenskrav och förändringar gällande nämndens sanktionsmöjligheter i det fall en utförare inte lever upp till ingångna avtal.

### **1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård**

Under 2019 har inga ansökningar inom valfrihetssystemet i Uppsala kommun inkommit.

Äldrenämnden har under 2019 beslutat att häva avtalet med en av våra utförare, HR Hemtjänst AB, bland annat för att de använt sig av otillåten anhänganställning, underlaget för hävningen finns i ärende ALN 2019-0532. Nämnden har valt att inte förlänga avtalet med utförare inom tjänsteområde 1, A.R Real vård & omsorg AB och Kungsängsliljans hemvård & Assistans AB, på grund av att de vid upprepade tillfällen inte levt upp till kraven i förfrågningsunderlaget. En utförare inom tjänsteområde 1, Liberta Care har valt att säga upp sitt avtal med Uppsala kommun. Vidare har under året Uppland Nursing Resurs, som varit utförare i tjänsteområde 2, blivit uppköpta av Attendo Sverige och utgör idag en av Attendos enheter, Attendo språk och kultur.

Förenade Cares alla enheter följdes upp under 2019 och ingen av dem uppvisade några brister.

Under 2019 har det gjorts revideringar av förfrågningsunderlaget för hemtjänst och hemsjukvård. Förändringarna innefattar bland annat förändringar i ersättningsmodell, förändringar i kompetenskrav och förändringar i ansökningsprocessen.

### 1.1.3 Öppna förebyggande insatser

#### 1.1.3.1 Anhörigstöd

Under våren 2019 påbörjades ett arbete med en ny uppdragsbeskrivning för Anhörigcentrum. Intervjuer har ägt rum med personal och ledning för Anhörigcentrum under maj och juni 2019. Ett nytt uppdrag kan presenteras under första kvartalet 2020.

#### 1.1.3.2 Seniorrestauranger

Under året har det inträffat några särskilda händelser. Vid slutet av februari har restaurang Porfyren i Eriksberg behövt stänga under en period då köket var fuktskadat och har sedan dess fungerat som ett mottagningskök, dvs att maten tillagas i annat kök och levereras till Porfyren. Vidare har försäljningen av subventionerade luncher på Fyrishov avslutats i början på 2019. För att komplettera för det bortfallet har restaurang Senioren på Kungsängsgatan, sedan februari 2019, utökats med cirka 50 sittplatser. Under hösten 2019 har det påbörjats ett arbete för ett pilotprojekt med seniorluncher i skolan. Tre skolor har valts ut för projektet, Nannaskolan, Almunge skola och Gåvsta skola. Pilotprojektet kommer att genomföras mellan 3 februari till 3 april 2020.

#### 1.1.3.3 Träffpunkter

Efter sommaren 2019 kontaktades äldreförvaltningen av stadsbyggnadsförvaltningen (SBF) och kulturförvaltningen (KTF) med en förfrågan om att samutnyttja träffpunktens (Orstenen) och seniorrestaurangens (Porfyren) lokaler i Eriksberg genom att inrätta en fritidsklubb i dem. Under hösten 2019 har förslag arbetats fram för hur samutnyttjandet av lokalerna ska se ut och i slutet av året beslutades att en fritidsklubb ska inrättas i äldreförvaltningens lokaler i Eriksberg. En översyn av lokalerna har genomförts tillsammans med SBF för att se var fritidsklubben kan husera. Översynen landade i att den nuvarande matsalen kommer att byggas om och bli fritidsklubbens egna hemvist. Vidare kommer det nuvarande köket byggas om till matsal och ett mottagningskök kommer att inrättas i anslutning till det. Matsalen kommer att samutnyttjas mellan fritidsklubben och träffpunkten och dela upp tiderna sinsemellan, träffpunkten har tillgång till matsalen före lunchservering och fritidsklubben har den efter lunchen. Träffpunkten kommer till en början att ha kvar sina lokaler som de är i nuläget men med tanken att flera lokaler än matsalen kan samutnyttjas i framtiden. Det finns förhoppningar om att det ska skapas möten mellan generationer och även att vissa aktiviteter kan genomföras tillsammans med barn, unga och äldre. I dagsläget är planen att fritidsklubben flyttar in på heltid till terminsstart hösten 2020.

Vidare kan nämnas att antalet träffpunkter som bedrivs i egen regi har utökats från 15 till 16 då kommunen tagit över driften av Storgatan 11 från Uppsala pensionärsföreningars samarbetsråd (UPS) från och med 1 januari 2020. Den finska träffpunkten som bedrevs av UPS bedrivs även den numera i kommunens egen regi.

## 2 Uppföljningsmetod

Det skiljer sig något åt i hur förvaltningen genomför uppföljningar inom respektive verksamhetsområde. I stora drag innefattar uppföljningarna intervjuer med ledning och personal ute i verksamheten, analys och bearbetning av material, sammanställning av rapport och åtgärdsredovisning, där utföraren uppvisat brister,

samt uppföljning av åtgärder beskrivna i åtgärdsredovisningen. Alla uppföljningar registreras och diarieförs. Metod för uppföljning beskrivs mer utförligt under varje verksamhetsområde.

## 2.1 Uppföljning vård och omsorgsboende

De uppföljningar som är planerade enligt förvaltningens årsplanering kallas föranmälda uppföljningar. En föranmäld uppföljning innebär ett heldagsbesök på berörd enhet 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.

En händelsestyrd uppföljning sker under ett antal timmar då förvaltningen specifikt granskar vissa utvalda områden. Händelsestyrda uppföljningar är inte föranmälda utan är oftast relaterade till ett flertal synpunkter från olika personer eller information från exempelvis biståndshandläggare som indikerar att det kan finnas brister i verksamhetens. En händelsestyrd uppföljning ligger ofta till grund för en kommande planerad heldagsuppföljning där utföraren kan visa att identifierade brister har blivit åtgärdade. Händelsestyrd uppföljning kan även ske för kontroll av att tidigare brister faktiskt har åtgärdats enligt åtgärdsredovisning.

Varje uppföljning renderar en rapport samt vid identifierade brister även krav på rättelse genom en åtgärdsredovisning. Som en del av den nya uppföljningsprocessen som Avtal och Marknad arbetar utifrån sedan 2019, görs bedömningar av åtgärderna som utförarna beskriver i åtgärdsredovisning på plats, genom en ny uppföljning. Uppföljning av åtgärderna på plats har säkerställt implementeringen av de redovisande åtgärderna och även lett till ökad närvaro av strategierna i verksamheterna.

Samma metod används vid uppföljning av boenden upphandlade enligt LOV och LOU som för kommunal egenregi.

## 2.2 Uppföljning hemtjänst och hemsjukvård

Metod för avtals- och uppdragsuppföljning av hemtjänst och hemsjukvård liknar den inom vård- och omsorgsboende med undantaget att förvaltningen under uppföljningarna inte gör observationer ute i verksamheterna. Arbetet inom hemtjänst och hemsjukvård är främst förlagd ute hos brukarna vilket begränsar möjligheterna för uppdragstrategerna för observation då det kräver samtycke från brukaren. Detta kräver en större samverkan med biståndshandläggarna som genomför individuppföljningar i brukarnas hem. Materialet för uppföljningen består således även av information från biståndshandläggarna.

## 2.3 Uppföljning träffpunkter

Uppföljningen av träffpunkter har genomförts genom intervjuer med personal ute på träffpunktsverksamheterna. Samtliga träffpunkter har besökts under året. Under besöket har förutom intervju med personal och gjorts en rundvandring och genomgång av lokalerna och där det har pågått aktiviteter även observation av dem.

## 3 Resultat

Resultatet av 2019 års uppföljningar kommer att presenteras i enlighet med de områden som följs upp under våra uppföljningar och som utförarna arbetar utefter. Resultatet för vård och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård kommer att presenteras under samma rubrik för att tydligare kunna se likheter och skillnader dem emellan. Varje område avslutas med en kommentar från förvaltningen där resultatet av uppföljningarna diskuteras.

I nedanstående stycke presenteras resultatet från vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård, därefter följer ett stycke där resultatet av uppföljningarna av träffpunkterna, övertagandeuppföljningar och uppföljningarna av korttidsboenden presenteras. 3.1 Resultat vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård

Vid uppföljningarna följer förvaltningen upp sju områden som är gemensamma för vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård och som beskriver vad förvaltningen kräver av kommunens utförare. Vård- och omsorgsboende har även ett åttonde område som innefattar krav på lokaler. Nedan beskrivs resultatet av våra uppföljningar utefter de åtta områdena.

### 3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation

#### 3.1.1.1 Vård- och omsorgsboende

Under årets uppföljningar har förvaltningen inte identifierat några brister inom området för verksamhet, ledning och personal.

#### 3.1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Området verksamhet, ledning och organisation handlar om att ha kunskap och kompetens kring uppdraget som utförare av hemtjänst och/eller hemsjukvård. Förvaltningen kan konstatera att inom hemtjänst och hemsjukvård uppfylls detta i de flesta fall och förvaltningen ser positivt på utförarnas arbete att implementera organisationen i alla led.

Av de 14 planerade uppföljningar som gjorts under året, noterar förvaltningen att det är fyra verksamheter som uppvisat en brist i området, två av dessa har idag inget avtal med kommunen och de andra två verksamheterna rättade till bristen kort efter vår uppföljning.

#### 3.1.1.3 Förvaltningens kommentar

Inom området kan vi se att de flesta av våra utförare håller sig till kraven i förfrågningsunderlag och uppdragsbeskrivningar. Det verkar som att det finns en tydlighet och struktur för hur organisationen ser ut hos våra utförare, både i egen regi och hos de privata.

### 3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier

#### 3.1.2.1 Vård- och omsorgsboende

Under året har det vid uppföljningar hos flera av utförarna visat sig att det finns en värdegrund som är väl förankrad i verksamheten och dess personal arbetar utifrån den

på ett strukturerat sätt. Flera utförare är även väl medvetna och informerade om de värdighetsgarantier som äldrenämnden utfäst för sina brukare.

Dock saknas det hos en del av verksamheterna kunskap om, och ett systematiskt arbete med, värdegrundsfrågor och de av nämnden utfästa värdighetsgarantierna. Personalen arbetar med trygghet, delaktighet, brukarens oberoende men de är inte medvetna om att det är ett värdegrundsarbete. Vid ett flertal uppföljningar har detta resulterat i att utförare ålagts att påbörja eller intensifiera sitt arbete med värdegrundsfrågor och nämndens värdighetsgarantier.

Antal verksamheter med anmärkning inom området värdegrund och värdighetsgarantier, sex av 12.

### *3.1.2.2 Hemtjänst och hemsjukvård*

Precis som inom vård- och omsorgsboende saknar ett flertal verksamheter inom hemtjänst och hemvård ett aktivt värdegrundsarbete samt kunskaper om nämndens värdighetsgarantier.

Även inom hemtjänsten och hemsjukvården är det vid uppföljningstillfället inte alltid lätt att se huruvida nämndens värdighetsgarantier uppfylls då de inte är kända och kan formuleras av personalen i verksamheten. Personalen beskriver ofta att de arbetar utifrån ett sätt som ligger i linje med värdighetsgarantierna utan att de känner till att det just är Uppsala kommuns värdighetsgarantier de arbetar efter. Emellertid uppfylls värdighetsgarantierna även om personalen inte kan säga att det är just värdighetsgarantierna de jobbar efter.

Antal verksamheter med anmärkning inom området värdegrund och värdighetsgarantier, sex av 14.

### *3.1.2.3 Förvaltningens kommentar*

Avdelningen kan utifrån årets uppföljningar konstatera att det finns stora skillnader mellan kommunens olika verksamheter avseende hur de arbetar utifrån, och med, en väl implementerad värdegrund och nämndens värdighetsgarantier. Utifrån uppföljningarna kan det konstateras att vissa utförare har ett systematiskt värdegrundsarbete medan andra nästintill saknar ett systematiskt arbete med värdegrundsfrågor eller en väl formulerad och implementerad värdegrund i sin verksamhet. Nämnas bör dock att det vid uppföljningstillfällena kan vara väldigt svårt att vid intervjusituationen avgöra hur verksamhetens personal arbetar i mötet med brukaren och hur detta samspelar med den nationella värdegrunden för äldreomsorg, utförarens egen formulerade värdegrund eller den av nämnden fastställda värdegrunden, TITORB. Det kan dock konstateras att det i flertalet verksamheter saknas en väl formulerad, känd eller implementerad värdegrund som överensstämmer med nämndens värdegrund.

Precis som avsaknaden av arbete med en implementerad värdegrund uppvisar ett flertal verksamheter brist på kunskap om nämndens värdighetsgarantier. Orsaken till detta är svår att fastställa men en ökad implementering av värdighetsgarantierna måste ske i verksamheten för att de ska få ett ökat genomslag. Det är dock svårt utifrån avdelningens uppföljningar att se i vilken utsträckning garantierna uppfylls av de olika verksamheterna. Det är än mer problematiskt inom hemtjänst och hemsjukvård där observationer av de utförda insatserna inta kan göras, där måste strategierna förlita sig på information från biståndshandläggarna.

Bristen på en väl förankrad och implementerad värdegrund i verksamheterna riskerar att ge upphov till andra brister avseende den vård och omvårdnad samt bemötande som brukaren ska ges. Även brukarens egna inflytande och medbestämmande riskerar att hamna i skymundan om ett aktivt värdegrundsarbete saknas i verksamheten. Det samma gäller nämndens värdighetsgarantier som ska vara kända och uppfyllas för att brukaren ska erhålla det stöd som nämnden utlovar brukaren. Det kan nämnas att det kan vara svårt för vissa verksamheter att implementera värdegrund och värdighetsgarantier hos en personalstyrka som i vissa fall präglas av förändringar i bemanningen och förhållandevis stor andel vikarier. Denna problematik försvåras ytterligare i hemtjänsten och hemsjukvården där personalen arbetar ute på fältet och således inte har lika mycket samvaro och samverkan med sina kollegor.

### **3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling**

#### *3.1.3.1 Vård- och omsorgsboende*

Bemanningen på de verksamheter som följts upp under året bedöms i stort uppfylla de krav som nämnden ställer på verksamheterna. Det har under året uppmärksammats brister avseende bemanning i tre fall. I de fallen har det rört sig om en verksamhet som systematiskt undvikit att sätta in vikarier vid frånvaro samt en verksamhet som vid vakanta tjänster inte ersatt vakansen till fullo. Vid en uppföljning under året visade det sig även att en verksamhet saknade rutiner för hur bemanning och uppsyn skulle säkerställas på verksamhetens demensavdelningar nattetid.

Vid två verksamheter har det vid uppföljningarna visat sig finnas brist på utbildade undersköterskor. Vid en av verksamheterna understiger andelen undersköterskor det krav som nämnden ställt på 80% och vid den andra verksamheten har brist på undersköterskor lett till att delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inte kunnat ske i den utsträckning som verksamheten har haft behov av.

Fyra uppföljningar har visat att det vid verksamheterna har saknats kompetensutvecklingsplaner för verksamhetens medarbetare vilket lett till krav på åtgärd från förvaltningen.

Vid två verksamheter har det visat sig finnas brister i eller rutiner kring introduktion av ny vårdpersonal.

Antal verksamheter med brister inom Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling, sju av 12.

#### *3.1.3.2 Hemtjänst och hemsjukvård*

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och hemsjukvården kan det konstateras att det hos hälften av verksamheterna inte uppdagats några större brister gällande personal, bemanning, kompetens eller kompetensutveckling. Det har vid fyra av uppföljningarna påpekats brister gällande rutiner för introduktion av personal vilket har resulterat att förvaltningen ställt krav på åtgärder från utförarna.

Hos en utförare har det under året visat sig att kompetensen brustit i utförarens ledning gällande kunskaper om hur uppdraget ska utföras utifrån nämndens krav. Detta ledde vid uppföljningen till krav på åtgärder från förvaltningens sida, företaget valde dock att under slutet av året avsluta sitt uppdrag för nämnden.

Vid uppföljningen av en verksamhet visade det sig att antalet undersköterskor understeg den andel som nämnden ställts krav på. Förvaltningen ålade i samband med uppföljningen verksamheten att åtgärda bristen.

Antal verksamheter med anmärkning inom Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling, sju av 14.

### 3.1.3.3 Förvaltningens kommentar

Avsaknaden av strukturerade och dokumenterade vårdtyngdsmätningar i verksamheter inom vård- och omsorgsboende försvårar förvaltningens uppföljning när det gäller kontroll av bemanning i verksamheten och huruvida denna ska bedömas som tillräcklig.

Vissa verksamheter har även uttryckt att schemaläggningen av bemanning på vård och omsorgsboenden har försvårats i och med införande av heltid som norm i den egna regins verksamheter. Det försvårar även förvaltningens uppföljning då det vid avsaknaden av vårdtyngdsmätningar i samband med heltid som norm kan finnas oklarheter i om det ska kunna anses vara en brist då temporär frånvaro eller vakanta tjänster inte till fullo täcks upp av vikarier.

Många verksamheter beskriver att det är svårt att anställa undersköterskor beroende på att det är brist på den professionen. Det här är en problematik som mest troligt kommer att förvärras framöver. Nämnden och förvaltningen bör ha bevakning på utveckling av personalkompetens och agera därefter, antingen genom att anpassa kraven i uppdrag och förfrågningsunderlag eller genom att genomföra utbildnings- och arbetsmarknadssatsningar för att säkerställa behovet av exempelvis undersköterskor.

## 3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

### 3.1.4.1 Vård- och omsorgsboende

Under årets uppföljningar har äldreförvaltningen sett att flertalet verksamheter har regelbundna mötesformer för extern och intern samverkan. En form av extern samverkan är anhörigträffar som ska hållas två gånger per år. Två av verksamheterna har inte genomfört någon anhörigträff under 2019. Även brukarråd ska hållas två gånger per år. Fyra verksamheter har uppgett att de genomfört ett eller inget brukarråd under 2019.

Vad gäller intern samverkan mellan de olika yrkesprofessionerna har de flesta verksamheterna dagliga möten i form av kortare rapporter där legitimerad personal, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal deltar. Många verksamheter använder även arbetsplatsträffar och teammöten för att skapa intern samverkan. I en verksamhet uppgavs dock att arbetsterapeut och fysioterapeut inte deltog i de interna samverkansmötena om det inte var påkallat av en specifik situation. I två verksamheter saknades lokal rutin för intern samverkan som reglerar hur den ska ske, vilka mötesformer som ska finnas, hur respektive möte ska genomföras samt vilka som ska delta på respektive möte.

Äldreförvaltningen konstaterar att de flesta verksamheterna har väl fungerande rutiner och arbetssätt för social dokumentation i enlighet med socialtjänstlagen. Endast en verksamhet saknar rutin och arbetssätt för att säkerställa informationsöverföring mellan personal i Siebel.

Varje enskild boende ska ha en genomförandeplan som ska vara upprättad och inskickad till biståndshandläggare inom fjorton dagar efter inflytt. Genomförandeplanen ska utformas med den enskildes delaktighet och inflytande. Flera verksamheter har rutiner för att skapa och hålla genomförandeplanerna aktuella och kända. En verksamhet uppgav dock att de inte uppfyller detta krav. Äldreförvaltningen har också uppmärksammat att genomförandeplanerna inte alltid används som ett verktyg för att möta den enskildes behov och önskemål i det dagliga arbetet.

En verksamhet uppgav att boendes rätt till egen tid med sin kontaktman minst en timme per vecka inte genomförs på grund av tidsbrist.

Antal verksamheter med brister inom området samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation är sex av 12.

#### *3.1.4.2 Hemtjänst och hemsjukvård*

Av de 14 verksamheter som förvaltningen följt upp under året, bedriver fyra stycken hemtjänst i form av service (tjänsteområde 1) och 10 stycken både hemtjänst och hemsjukvård (tjänsteområde 2). Förvaltningens uppföljningar ser således olika ut för tjänsteområde 1 och 2, då tjänsteområde 2 innefattar legitimerad personal som arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor.

Förvaltningen har främst konstaterat brister hos verksamheter som bedriver hemtjänst i tjänsteområde 1 gällande kunskaper och förståelse av uppdraget, dokumentation och informationsöverföring, intern samverkan samt kontaktmannaskap.

I tjänsteområde 2 handlar bristerna mer om den interna samverkan mellan den legitimerade personalen och omvårdnadspersonalen, samt dokumentation där förvaltningen sett att den saknas på vissa enheter. De två stora utförarna som förvaltningen följt upp under året har valt att organisera sig på två olika sätt. En har en platt organisation där både hemtjänst och hemsjukvård sitter tillsammans, medan den andra har valt att centralisera sin hälso- och sjukvårdspersonal. Utifrån utförarnas resultat vid uppföljningarna kan förvaltningen konstatera att på enheter där det finns en stark teamsamverkan med legitimerad personal som inte är centraliserad utan finns ute på enheterna har haft bättre resultat under året.

Antal verksamheter med anmärkning Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation, sju av 14

#### *3.1.4.3 Förvaltningens kommentar*

Förvaltningen har noterat att teamsamverkan mellan olika professioner är central för att bedriva en god vård och omsorg. Inom både vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård kan vi se att de enheter som inte har en fungerande teamsamverkan fungerar sämre och uppvisar brister även på andra områden.

Vidare kan vi se att vissa av de verktyg som ska användas för att kunna genomföra en god vård- och omsorg inte används på det sätt som är avsett. Genomförandeplaner ska utformas dels för att säkerställa den enskildes önska om hur den vill ha sin vård och omsorg genomförd och dels för att kontinuerligt göra den enskilde delaktig i den vård och omsorg som ges. En del av verksamheter utformar genomförandeplanen mest för



att den ska göras men inte för att sedan använda sig av den i arbete med den enskilde. Det gäller främst enheter inom vård- och omsorgsboende.

### **3.1.5 Hälsa- och sjukvård och rehabilitering**

#### *3.1.5.1 Vård- och omsorgsboende*

Inom området Hälsa- och sjukvård och rehabilitering noteras överlag god följsamhet till författningar och styrdokument. Uppföljningarna har visat brister inom palliativ vård där en tredjedel av de uppföljda enheterna fyra av 12) har uppvisat brister i och med att rutin saknas eller är okänd för personalen samt att palliativt ombud saknas eller att dennes roll ej är känd av övrig personal.

Vidare noteras att följsamhet till ordination av sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut brister hos omvårdnadspersonalen där de ibland inte utför det som ordinerats. Egenkontrollen via signeringslistor fungerar sällan tillfredsställande vilket innebär att verksamheterna inte alltid kan svara på hur stor denna brist de facto är. Beträffande nutrition har det identifierats brister inom ramen för kontroll av dygnsfasta. Slutligen noterades även brist i att inte ha någon planerad och kontinuerlig kontakt med MAS samt att ett strukturerat arbetssätt rörande medicintekniska produkter (MTP) saknas.

Det har även noterats att enheterna inte har egenkontrollprogram i sådan utsträckning att verksamhetschef eller annan ansvarig kan visa på huruvida en uppgift är utförd eller inte. I flera fall där ett system för egenkontroll faktiskt upparbetats brister det då istället i följsamheten till det. Detta är dock inte specifikt för området Hälsa- och sjukvård utan kan skönjas i fler av de uppföljda områdena.

Antal verksamheter med brister inom området Hälsa- och sjukvård och rehabilitering var sex av tolv.

#### *3.1.5.2 Hemtjänst och hemsjukvård*

Då verksamheterna har olika uppdrag beroende på om de tillhör tjänsteområde 1 eller 2 är de organiserade olika gällande sjukvårdspersonal där de enheter som finns inom tjänsteområde 1 inte har krav på legitimerad personal då de inte bedriver sjukvård. I tjänsteområde 1 är fokus på att medarbetarna har kunskap om och att det finns ett tydligt implementerat rutin gällande hälsofrämjandearbetssätt

Förvaltningen har främst konstaterat brister hos verksamheter som bedriver hemtjänst gällande kunskaper i hälsofrämjande arbetssätt, ett arbetssätt som ska genomsyra alla verksamheter oavsett tjänsteområde, som syftar till att bibehålla den enskildes egna förmågor så länge det går genom att den är delaktig och själv utför delar av sin vård- och omsorg med personalens översyn. I tjänsteområde 2 handlar bristerna om den interna samverkan mellan den legitimerade personalen och omvårdnadspersonalen, samt avsaknaden av handledning från legitimerad personal till omvårdnadspersonal.

Verksamheter som bedriver både hemtjänst och hemsjukvård (tjänsteområde 2) har två av 10 brister inom området hälsa-och sjukvård. Verksamheter som bedriver enbart hemtjänst i form av service (tjänsteområde 1) har hälften, två av 4 brister.

### 3.1.5.3 Förvaltningens kommentar

I likhet med avdelningens kommentar ovan kan det identifieras vinster med legitimerad personals närvaro i det dagliga arbetet vilket kan förloras när legitimerad personal centraliseras. Även om de olika professionerna träffas genom möten så minskar den informella vägledningen, den som sker i korridoren, från legitimerad personal.

Vidare kan nämnas att ett hälsofrämjande arbetssätt åsidosätts när personalen är tidspressad. Att arbeta med "händerna på ryggen" och exempelvis låta de enskilde knäppa knapparna i sin egen skjorta tar längre tid än om personalen skulle göra det, en tid som personalen uppger att de inte har.

## 3.1.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### 3.1.6.1 Vård- och omsorgsboende

Bristande systematik vad gäller kvalitetsarbete är återkommande på flera enheter. Kvalitetsledningssystem finns, men rutiner för systematisk analys och återkoppling saknas. Användning av verksamhetens aggregerade resultat i kvalitetsregister<sup>1</sup> samt sammanställningar av avvikelser, synpunkter och klagomål saknas ofta. Vidare används resultaten sparsamt som underlag för förbättrings- och utvecklingsarbeten.

Flera verksamheter uppvisar brister i följsamhet till dokumenterade rutiner.

Antal verksamheter med brister inom området ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är nio av 12.

### 3.1.6.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Brister som har identifierats i några av verksamheterna är avsaknaden av systematiskt arbete med synpunkter och klagomål samt avvikelser.

I fyra verksamheter saknas arbete med en samlad analys av synpunkter, klagomål och avvikelser på aggregerad nivå, där mönster och trender som inte framkommer i enskilda utredningar av synpunkter, klagomål och avvikelser kan synliggöras.

Vidare identifierade förvaltningen att samma fyra verksamheter inte har kunskap om deras skyldighet att anmäla enligt Lex Sarah/Lex Maria, vilket förvaltningen ser som en allvarlig brist och samtliga verksamheter har begärts inkomma med en åtgärdsredovisning hur de tänkt åtgärda bristen.

Antal verksamheter med anmärkning inom Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, fyra av 14.

### 3.1.6.3 Förvaltningens kommentar

Förvaltningen kan konstatera att verksamheterna har implementerade rutiner för individuell återkoppling av synpunkter, klagomål och avvikelser. Dock saknas ofta en sammanställning och analys av synpunkter, klagomål och avvikelser till hela arbetsgruppen, vilket gör att det inte sker något lärande på enhets- eller utförarnivå. Det systematiska kvalitetsarbetet syftar dels till att lyfta upp enstaka problem till hela

---

<sup>1</sup> Senior alert, Svenska Palliativa registret och BPSD.

personalgruppen, vilket kanske är särskilt viktigt inom hemtjänst och hemsjukvården där personalen arbetar längre ifrån varandra, för att förebygga att sådant sker igen. Vidare syftar systematiskt arbete att sammanställa brister för att se mönster och därigenom påbörja ett arbete för att exempelvis minimera risken att det återupprepas. Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete är en grund för att förebygga återkommande brister men också ett verktyg för utvecklingsarbete vilket förvaltningen bedömer som bristande i många av de verksamheter som arbetar med äldreomsorg.

Vidare kan vi se en skillnad mellan dokumenterade rutiner och deras överföring till arbetet. Flera rutiner finns dokumenterade men personalen har ibland inte kännedom om dem. Frågan är då om de rutinerna kan anses vara implementerade i verksamheten?

### **3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap**

#### *3.1.7.1 Vård- och omsorgsboende*

Ett område som följs upp vid samtliga verksamheter är om verksamheten har en dokumenterad och implementerad plan och rutin för hur brand samt andra kriser ska hanteras i verksamheten. Rutinen ska beskriva hur situationer ska avhjälpas och vilka som ska kontaktas vid akuta ärenden för att minimera risken för skada och för att avhjälpa en akut situation. Utöver rutiner för brand innebär det att det ska finnas implementerade rutiner för hur personalen ska agera vid exempelvis avbrott i el-, värme- eller vattensystem. Under året har det visat sig att en majoritet av de uppföljda boendena har haft en sådan rutin. Det har dock vid ett fåtal verksamheter uppmärksammats att det funnits brister i planen avseende de lokala rutinerna för den specifika verksamheten. Det har bland annat rört sig om att kontaktuppgifter har saknats för de funktioner som den specifika enheten ska vända sig till i händelse av exempelvis el- eller vattenavbrott.

Även det systematiska brandskyddsarbetet följs till viss del upp av förvaltningen vid uppföljningsbesöken. Bland annat kontrolleras det om det finns ett namngivet och känt brandombud i verksamheten samt att personalen känner till de rutiner som finns för händelse av brand. Vid årets uppföljningar har två verksamheter uppvisat brister gällande det systematiska brandskyddet som lett till åtgärdskrav från förvaltningen.

Antal verksamheter med brister inom området Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap är tre av 12.

#### *3.1.7.2 Hemtjänst och hemsjukvård*

Området Brand och säkerhet samt kris – och katastrofberedskap började först följas upp vid halvårsskiftet så totalt har tio av 14 verksamheter följts upp i området. Hälften har uppvisat brister och har fått återkomma med en åtgärdsredovisning, främst vad gäller framtagandet av en lokal rutin för extraordinära händelser som saknades hos alla fem.

Resultatet visar vidare att samma fem verksamheter inte heller är bekant med brandchecklistan som ska erbjudas alla brukare i Uppsala kommun. Även här har verksamheterna fått återkomma med en åtgärdsredovisning hur de ska komma till rätta med bristen.

### 3.1.7.3 Förvaltningens kommentar

I likhet med området ovan kan vi se en skillnad mellan rutiner på olika nivåer. Även om det finns en övergripande rutin för utföraren så krävs det lokala rutiner och även att personalen känner till dem för att de ska kunna användas. Även om verksamheterna är lika varandra på en övergripande nivå kan det finnas lokala skillnader, exempelvis lokalutformning, som kräver att rutinerna förs ned till lokal verksamhetsnivå för att kunna användas.

Vi kan också se att inom hemtjänst och hemsjukvård behövs en tydligare kommunikation mellan utförare. Inom hemtjänst och hemsjukvård kan den enskilde ha två utförare som utför olika insatser. Här krävs det en tydligare ansvarsfördelning om vem av de utförarna som ska ansvara för exempelvis riskbedömningar gällande brand.

## 3.1.8 Lokaler och miljö

### 3.1.8.1 Vård- och omsorgsboende

Vid varje uppföljning inom vård- och omsorgsboende genomförs en rundvandring i verksamheten där en genomgång av lokalerna utifrån en checklista genomförs. Vid denna genomgång iakttas inte bara lokalerna och miljön i verksamheten utan denna rundvandring ger även förvaltningen en viss insyn i hur arbetet fortlöper i verksamheten och vilken atmosfär som råder på boendet samt i interagerandet mellan de boende och personalen i verksamheten. Av denna anledning försöker förvaltningen förlägga denna rundvandring i samband med måltidssituationen för att kunna observera och för att få en möjlighet att samtala med de boende i verksamheten.

Utöver den allmänna miljön och atmosfären kontrolleras ett antal andra punkter vid rundvandringen. Bland annat anslag och information till de boende om exempelvis aktiviteter och måltider, information till anhöriga, lokalernas utformning och anpassning till verksamheten samt om den egenkontroll som ska ske av exempelvis städning och temperaturkontroller på mat genomförs och dokumenteras.

Under året har det vid dessa rundvandringar konstaterats att flera verksamheter har brister avseende lokalerna och användningen av dem. Exempelvis har det vid sex av uppföljningarna visats att kemikalier förvarats på ett otillbörligt sätt då de förvarats lättåtkomligt eller i olåsta utrymmen där det kan komma åt av de boende. Otillbörlig förvaring av kemikalier kan utgöra en fara och särskilt på avdelningar där personer med demenssjukdom bor kan detta utgöra en fara då kemikalier exempelvis kan konsumeras och skada de boende.

Sex verksamheter har även under året fått anmärkning gällande att sekretessuppgifter förvarats på otillbörligt sätt i exempelvis olåsta utrymmen eller funnits på anslagstavlor på expeditioner där insyn funnits från utsidan genom exempelvis glasrutor. Detta kan leda till att såväl andra boende, anhöriga eller andra personer som vistas i lokalerna kan få insyn i information som är att betrakta som sekretessuppgifter.

Tre verksamheter har under året fått krav på rättelse när det gäller genomförandet och dokumentationen av egenkontroll i verksamheten. Detta har handlat om bland annat bristande dokumentation eller genomförande av temperaturkontroller på livsmedel eller kyl/frysutrymmen.

### 3.1.8.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Området ingår inte i uppföljningen av hemtjänst och hemsjukvård då verksamheten utförs ute hos brukarna i deras egna hem.

### 3.1.8.3 Förvaltningens kommentar

Då kemikalier förvaras på otillbörlig plats utgör de en fara för de boende. Även att sekretessuppgifter förvaras där obehöriga kan komma åt dem kan utgöra en risk för de boende. De boendes hälsa och rätt till privatliv är av högsta prioritet inom äldreomsorgen och det här är ett viktigt förbättringsområde inom vård- och omsorgsboende.

## 3.2 Träffpunkter

I följande stycke beskrivs tre teman som framkommit under uppföljningen av träffpunkterna. Fullständig rapport för uppföljningen av träffpunkterna kommer att presenteras vid senare tillfälle.

### 3.2.1 Lokaler

Det har inte hänt särskilt mycket beträffande lokaler sedan kartläggningen av öppna förebyggande som genomfördes 2018 och som presenterades 2019 (ALN-2019-0159). De träffpunkter som Uppsala kommun bedriver var under 2019 15 till antalet och inga förändringar av lokalerna har genomförts.

Upplevelsen från personalen var också densamma som i kartläggningen. Vissa träffpunktslokaler svarade väl upp mot behovet och det gick att genomföra den blandning av aktiviteter som träffpunkterna ska bedriva, exempelvis dans, gymnastik, yoga, social samvaro. Andra lokaler, främst på landsbygden, ansåg personalen inte var anpassade för träffpunkternas verksamhet. De är i regel små utan större utrymmen vilket gör att aktiviteterna begränsas av lokalen. På de träffpunkterna förekommer främst social samvaro, exempelvis fika och bingospel och lättare fysisk aktivitet så som sittgympa.

Personalen beskriver att lokalerna är för trånga på grund av ett högt tryck av besökare, det gäller alla träffpunkter oavsett om de är stora eller små. Det är bra att våra träffpunkter är välbesökta men det innebär också ett problem med att lyckas inkludera alla. Det har påbörjats ett arbete med att se över hur vi bättre kan planera våra aktiviteter för att kunna få in fler besökare i den befintliga verksamheten. Ett arbete har även påbörjats för att se hur vi kan utveckla verksamheten och tänka nytt kring exempelvis öppettider och utomhusaktiviteter.

Det nämndes också av personalen, främst på de träffpunkter som ligger geografiskt nära varandra, att de gärna skulle vilja se sammanslagningar av närliggande träffpunkter. Enligt personalen skulle det säkerställa att till exempel personalen kan avlasta varandra på ett enklare sätt och att de blir mindre sårbara när det finns fler personal på samma plats, bland annat genom att de inte skulle behöva vikarier, att behöva stänga träffpunkten eller ställa in aktiviteter vid sjukfrånvaro.

### 3.2.2 Besökare och aktiviteter

Personalen beskriver, i likhet med kartläggningen 2018 (ALN-2019-0159), att besökarna främst består av kvinnor. I kartläggningen var svarsfrekvensen 78 procent kvinnor och

det stämmer överens med personalens beskrivningar under uppföljningen där de uppskattar det som att det ungefär 20-25 procent av besökarna är män. Det som främst lockar män är gymmen och till viss del datorkurser medan kvinnor deltar i de flesta aktiviteterna. Vidare uppger personalen att det främst är inrikes födda besökare och att besökare som är utrikesfödda endast är några enstaka på varje träffpunkt med undantag av Bozorgan och Café Mona i Gottsunda som har specifika inriktningar.

Ett fortsatt arbete för att nå fler män och utrikesfödda personer måste således fortgå.

Besökarna beskrivs också som att de är väldigt olika i förhållande till fysisk status, ålder och socioekonomi. Besökarna är med andra ord olika och unika.

Vidare uppger personalen på en del träffpunkter att besökarna idag är mer krävande än förr. De har högre krav på lokaler, aktiviteter, geografiskt läge och på personalen. Förr var de mer tacksamma men nu kräver de en viss standard på aktiviteter, personal och lokaler.

Personalen beskriver också att besökarna tenderar att delta i fysiska aktiviteter i större utsträckning än förr men också att fysisk aktivitet utförs främst av de besökare som är under 80 år även om det finns undantag.

Personalen uppger också att det är svårare idag gentemot tidigare att få långvariga volontärer. De beskriver att dagens pensionärer är mer aktiva och att de inte vill binda upp sig över en längre tid då de har andra aktiviteter planerade, exempelvis en resa.

### 3.2.3 Samverkan

Precis som i kartläggningen så beskriver personalen att det inte pågår samverkan i någon större utsträckning. Det finns samverkan både internt mellan olika verksamheter i Uppsala kommuns regi men de är främst lokala och personbundna. De pågår inte mycket samverkan mellan träffpunkter bland annat beroende på att de ligger på olika platser geografiskt men det är inte mycket samverkan mellan de träffpunkter som ligger nära varandra heller.

Vidare finns det även samverkan mellan träffpunktsverksamheterna och externa organisationer, exempelvis vuxenskolan och röda korset eller med lokala föreningar. Samarbetena ser lite olika ut beroende på vilken organisation är, en del är mer långvariga och pågår kontinuerligt medan andra är punktinsatser.

Här krävs det en tydligare styrning och insatser för samverkan. Det bör ställas högre krav på våra egna verksamheter, så som hemtjänst, att börja samverka mer med träffpunkterna, exempelvis genom att lotsa dem dit. De har påbörjats insatser för att samutnyttja lokaler med andra förvaltningar och aktörer vilket kan bidra till mer samverkan, åtminstone med de aktörer som befinner sig i samma lokaler.

## 3.3 Korttidsboende

Inom Uppsala kommun finns två enheter som enbart bedriver korttidsvård. En korttidsplats definieras i Socialstyrelsens termbank som *bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt*. De enheterna har således ett annat uppdrag jämfört med vård- och omsorgsboenden och flera delar som kan tyckas vara självklara inom en boendeform är inom korttidsvården inte tillämpliga. Av den anledningen skrev avdelningen fram ett nytt uppdrag specifikt för de två enheterna som bedriver korttidsvård och som att gälla från och med år 2019. Under december månad följdes enheterna upp utifrån ovan nämnda uppdrag.

Uppföljningarna visar att det finns utmaningar inom korttidsvården, dels inom enheterna men till stor del även gällande informationsutbyte med andra vårdgivare såväl inom kommunala verksamheter som med regionens primär- och akutvård samt handläggare inom myndigheten. Båda enheterna upplever även problem med att brukare och dess anhöriga ibland anländer till verksamheten med förväntningar om en vårdnivå som vida överstiger uppdraget. Det kan exempelvis gälla förväntningar om intensiv rehabilitering och träning. Vidare upplever personalen på enheterna att brukare/patienter har behov av vård som ligger utanför enhetens kompetens. Exempelvis brukare/patient med allvarliga psykiatriska symptom.

På enheterna noterades en väl utvecklad personalpolitik med kompetensutveckling i fokus.

Båda enheterna har erhållit krav på rättelse vad gällande användningen av Svenskt Palliativt register.

Vidare kräver förvaltningen in en åtgärdsredovisning gällande avsaknaden av en lokal krisplan vid extraordinära händelser som saknades vid båda enheterna.

Under 2020 kommer en uppföljning av åtgärdsredovisningarna som enheterna lämnat in till förvaltningen att följas upp.

### **3.4 Vård- och omsorgsboende, övertagandeuppföljningar**

2019 har äldreförvaltningen utöver ovan nämnda uppföljningar även följt upp de enheter inom särskilt boende som under året bytt utförare. Uppföljningarna har utförts fyra till sex månader efter övertagandet och koncentrerats på hur själva övertagandeprocessen gått samt huruvida den nya utföraren har börjat leverera enligt avtal/uppdragsbeskrivning.

Totalt har fyra enheter följts upp varav tre har bytt utförare i och med att verksamheten har upphandlats. En av enheterna har dock följts upp två gånger då dels en uppföljning efter upphandling utfördes i början av året och samma enhet följdes sedan åter upp i slutet av året då den vinnande anbudsgivaren/utföraren begärdes i konkurs och driften övertogs av kommunal egenregi.

Övertagandeuppföljningarna visar att det tar tid för utförarna att kunna leverera en verksamhet utifrån kraven i avtalen/uppdragsbeskrivning. Samtliga uppföljda enheter visar på att det finns kvarstående förbättringsområden vid tiden för uppföljningen såtillvida att man inte levererar enligt avtal/uppdragsbeskrivning. Inom de tre enheter som upphandlats inom "bäst kvalitet till fast pris"-förfarande är det tydligt att det krävs stora insatser från utföraren för att leverera kvalitet enligt sitt eget anbud. Noterbart är dock att även inom den enhet som efter en vunnen kvalitetsupphandling och sedermera konkurs övertagits till kommunal egenregi och således ej längre har samma höga kvalitetsutfästelser, så ses kvarstående förbättringsområden i leverans enligt uppdrag drygt fem månader efter övertagandet. Förvaltningen har utifrån ovan beslutat att en uppföljning av själva övertagandet ska göras *inom en månad* från övertagandet. Därefter ska den första fullskaliga uppföljningen utföras efter 6 månader och eventuella framkomna brister ska då sanktioneras.

### 3.5 Övriga iakttagelser

Nedan följer iakttagelser som inte följer direkt från avdelningens uppföljningsrapporter men som har beröring till uppföljningar och kring den verksamhet som utförs inom ramen för äldreomsorgen i Uppsala kommun.

#### 3.5.1 Uppdelningen av tjänsteområden inom hemtjänst och hemsjukvård

Under uppföljningarna har de utförare som utför insatser inom tjänsteområde 1 uppgett att det är svårt att bedriva verksamhet inom sitt verksamhetsområde. Då utförare inom tjänsteområde 1 endast bedriver hemtjänst så har de svårt att locka brukare med omsorg och sjukvårdsinsatser vilket gör det svårt för dem att skapa ett tillräckligt kundunderlag. Då en utförare inte kan ansöka om tjänsteområde 2 förrän efter två år så måste de leverera tjänster endast inom tjänsteområde 1 under de två första åren. Det förhindrar, enligt utförarna, att växa i starten då de konkurrerar med de utförare som i enlighet med tjänsteområde 2 kan erbjuda service, omsorg och sjukvård, vilket även en utförares utträde ur valfrihetssystemet vittnar om. När en utförare inte kan växa så är det även svårt att leva upp till delar av förfrågningsunderlaget. Det är också svårare för de brukare som har beslut om både service och omsorgsinsatser då de måste vara medvetna om vilka utförare som ger insatser enligt tjänsteområde 1 och de som gör det enligt tjänsteområde 2.

#### 3.5.2 Sanktionsmöjligheterna av egen regi

Avdelningen har under åren uppmärksammat svårigheter med att sanktionera kommunens egenregis verksamheter vid uppföljningarna. Avdelningen utför uppföljningar av egen regi och privata utförare på samma sätt och de verksamheter som har brister får krav på åtgärdsredovisning som sedan följs upp. Dock uppstår problem om den egna regin ej åtgärdat de brister de ålagts att åtgärda. I det skedet finns inga ytterligare sanktioner att vidta mot den egna regin såsom återkrav, ersättningsreducering, varning eller som sista alternativ, hävning om brister kvarstår.

Nämnden och förvaltningen bör diskutera hur en sanktionering av egen regi kan genomföras så att uppföljningarna och åtgärderna av dem blir likvärdiga för både egenregi och de privata utförarna.

## 4 Diskussion

Samanställning och analys av genomförda uppföljningar är ett underlag i äldrenämndens styrning av den äldreomsorg som levereras av utförarna. Som nämnts tidigare åtgärdas merparten av de brister som framkommer vid avtals- och uppdragsuppföljningar. Enligt genomförda uppföljningar kan förvaltningen konstatera att det i år, precis som tidigare år, är skillnad mellan utförare och deras leverans av äldreomsorg. I de flesta uppföljningar som genomförts har det förekommit brister i ett eller flera områden. Det ska emellertid nämnas att olika utförare jobbar på olika sätt både med att försöka säkerställa en kvalitet i äldreomsorgen men också hur de arbetar då de exempelvis fått en åtgärdsredovisning.

Inom vård- och omsorgsboende har uppföljningar under 2019 skett både hos privata utförare och inom egenregin vilket gör det enklare att göra en jämförelse. Inom vård- och omsorgsboende kan förvaltningen se att Attendos boenden uppvisar färre brister än exempelvis Vardaga och kommunens egen regi, där egen regi uppvisar flest brister



per enhet. Inom hemtjänst och hemsjukvård där Attendo har flera verksamheter kunde vi se att åtgärder av bristerna som framkommit vid en första uppföljning hos Attendo hade spridits vidare till andra enheter och vid uppföljningar av dem så hade de redan påbörjat arbetet med att åtgärda brister. Då det inom hemtjänst och hemsjukvård inte har genomförts några uppföljningar av kommunens egen regi under 2019 kan vi inte för året göra några jämförelser mellan privata utförare och egen regi. Dock har vi inte sett samma följsamhet till uppföljningarna som Attendo visat upp under året då vi tidigare år har gjort uppföljningar i egen regi. Det ska också nämnas att utföraren Förenade Care inte har uppvisat några brister vid årets uppföljningar. Egenregin bör i större utsträckning använda uppdragsuppföljningarna som stöd i det systematiska förbättringsarbetet.

## **5 Förslag på åtgärder**

Förvaltningen anser att en ordning för att säkerställa följsamhet gentemot uppdrag av egenregins verksamheter, som motsvarar sanktioner som kan vidtas gentemot externa utförare, bör utformas.

