

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2026-01-02

Diarienummer:
ALN-2025-00966

Handläggare:
Niklas Ericson Forslund

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar 2025

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna årsrapporten om avtals- och uppdragsuppföljningar för år 2025 enligt ärendets bilaga, 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. Under 2025 genomfördes uppföljningar av ett urval av verksamheter där brister identifierats och åtgärdats, vilket bidragit till kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen. En samlad redovisning och analys finns i årsrapporten i bilaga 1.

Beredning

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

Föredragning

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, 2025:400). Avtals- och uppdragsuppföljning är ett verktyg för vård- och omsorgsförvaltningen 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 den kommunala egenregin. Uppföljningarna är också ett arbetssätt för vård- och omsorgsförvaltningen 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, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Vid slutet av 2025 hade Uppsala kommun 92 verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde. Detta inom fem verksamhetsområden; vård- och omsorgsboende, hemtjänst och hemsjukvård, öppna förebyggande, dagverksamheter samt korttidsvård/växelvård.

Antal verksamheter där uppföljningen avslutats under året är 13 varav sju inom hemtjänst och kommunal primärvård och sex inom vård- och omsorgsboende, hela träffpunktsverksamheten för 65 år och äldre samt Anhörigcentrums verksamhet för anhängstöd. Utöver dessa har fyra verksamheter följts upp genom fokusuppföljningar på uppdrag från nämnden.

Resultatet av uppföljningarna visar på att brister har förekommit hos utförare av äldreomsorg i Uppsala kommun. Samtliga verksamheter som uppvisat brister har dock upprättat en åtgärdsredovisning och genomfört insatser för att åtgärda dem. Samtliga verksamheter som har följts upp i sin helhet innan årsskiftet har fått godkända åtgärdsredovisningar. Trots att uppföljningarna har visat på brister så bidrar identifierandet av dem till kvalitetshöjande insatser i verksamheterna.

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 2 januari 2026
- Bilaga, Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljningar 2025

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Äldrenämnden

Rapport

Datum:

2026-01-19

Diarienummer:

ALN-2025-00966

Handläggare:

Niklas Ericson Forslund

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljning - 2025

Innehåll

1 Inledning	3
1.1 Särskilda händelser under året	4
1.1.1 Vård- och omsorgsboende	4
1.1.2 Hemtjänst och kommunal primärvård	4
2 Metod och genomförande	5
2.1 Uppföljning vård och omsorgsboende	5
2.2 Uppföljning hemtjänst och kommunal primärvård	6
2.4 Uppföljning öppna och tidiga insatser	6
3 Resultat	7
3.1 Resultat vård- och omsorgsboende	7
3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation	7
3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier	8
3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling	8
3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation	8
3.1.5 Hälso- och sjukvård	9
3.1.6 Ledningssystem samt systematiskt kvalitetsarbete	9
3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap	10
3.1.8 Lokaler, sekretess och boendes miljö	10
3.2 Resultat hemtjänst och kommunal primärvård	11
3.2.1 Verksamhet, ledning och organisation	11
3.2.2 Värdegrund och värdighetsgarantier	11
3.2.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling	11
3.2.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation	12
3.2.5 Hälso- och sjukvård	12
3.2.6 Ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete	13
3.2.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap	13
3.3 Resultat öppna och tidiga insatser	13
3.4 Rapportering av allvarliga händelser under 2025	14
4 Diskussion och analys	16
5 Fortsatt arbete	18

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, 2025:400). Avtals- och uppdragsuppföljning är ett verktyg för vård- och omsorgsförvaltningen 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 den kommunala egenregin. Uppföljningarna är också ett arbetssätt för vård- och omsorgsförvaltningen 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, säkerställa kvaliteten i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Vid slutet av 2025 hade Uppsala kommun 92 verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde. Detta inom fem verksamhetsområden; vård- och omsorgsboende, hemtjänst och hemsjukvård, öppna förebyggande, dagverksamheter samt korttidsvård/växelvård. De är fördelade på:

- 38 verksamheter inom vård- och omsorgsboende varav 24 i egenregi,
- 1 verksamhet som bedriver hemtjänst i tjänsteområde 1,
- 26 verksamheter som bedriver hemtjänst och kommunal primärvård, varav 18 i egen regi,
- 22 verksamheter inom öppna förebyggande insatser,
- 8 verksamheter som bedriver dagverksamhet, samtliga i egenregi,
- 2 verksamheter för korttidsvård inklusive växelvård med sammanlagt 98 platser. Vid inledningen av året bedrevs ytterligare 21 insprängda korttidsplatser, inklusive 4 direktplatser, som var fördelade på totalt 8 vård- och omsorgsboenden varav samtliga är inom kommunens egenregi.

Inom hemtjänst och hemsjukvårdsområdet bedrivs ca 65% av den kommunala egenregin och ca 35% är fördelat mellan tre utförare.

Inom området vård- och omsorgsboende bedrivs ca 52,5% av tillgängliga platser av den kommunala egenregin och de övriga 47,5% är fördelat mellan sju utförare.

Korttidsplatser utanför de två huvudenheterna har under året börjat omvandlas till särskilt boende-platser. Vidare har förvaltningen tidigare beviljat temporära korttidsplatser inom vård- och omsorgsboende. Dessa platser har under året avvecklats och nya beslut fattas ej.

Antal verksamheter där uppföljningen avslutats under året är 13 varav sju inom hemtjänst och kommunal primärvård och sex inom vård- och omsorgsboende samt träffpunktsverksamheten för 65 år och äldre. Utöver dessa har fyra verksamheter följts upp genom fokusuppföljningar på uppdrag från nämnden.

1.1 Särskilda händelser under året

1.1.1 Vård- och omsorgsboende

Inom vård- och omsorgsboende har det inte skett några större förändringar under året avseende tillkommande platser eller förändringar av utförare.

Upphandlingen av driften av Ferlin som genomfördes under föregående år överprövades av 4 utförare som invände mot kommunens beslut att reservera upphandlingen för den idéburna sektorn. Detta ledde till att nämndens egen regi tog över driften av verksamheten den 8 januari då avtalet med den tidigare utföraren Forenade Care löpte ut. Kommunen fick rätt i förvaltningsrätten och kammarrätten beslutade att ej ta upp målet för prövning. Detta beslut överklagades av de fyra privata aktörerna till Högsta förvaltningsdomstolen. Kommunen fick den 18 december 2025 besked om att Högsta förvaltningsdomstolen ej tog upp målet för prövning utan att kammarrättens dom står fast. Avtal är vid årets utgång tecknat och Ersta Diakoni övertar drift av verksamheten 1 september 2026.

Förvaltningen har under året avslutat den upphandling av ramavtal som genomfördes för att ersätta de avtal som tidigare funnits inom LOV (lag om valfrihetssystem) för vård- och omsorgsboende. Upphandlingen avslutades under våren och samtliga verksamheter som haft avtal inom LOV tilldelades nya avtal. Detta innebär att ingen förändring av utförare i samband med att avtalen upphandlade enligt LOV upphör den 1 januari 2026.

Under året uppmärksammade MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) signaler om missförhållanden på Nora korttidsvård och boendet Linné i Sävja vilket ledde till en lex Maria anmälan till IVO (inspektionen för vård och omsorg). Detta ledde till att förvaltningen inledde en granskning av verksamheten där flertalet brister uppdagades. Avtal och uppföljning gjorde efter detta ett verksamhetsbesök på Nora 2 vilket bekräftade avvikelser samt även noterade problematik inom lagområde SoL (Socialtjänstlagen). Äldrenämnden beslutade i augusti att ytterligare fyra fokusuppföljningar av andra av verksamheter skulle genomföras, för att säkerställa att de brister som uppdagats på Nora 2 inte fanns på flera av nämndens egna boenden. De verksamheter som följdes upp i fokusuppföljningen var Stenhagen, Dalbyhemmet, Bernadotte samt Myrbergsgårdens vård- och omsorgsboende. Dessa uppföljningar har presenterats till nämnden i särskild ordning. Avtal och uppföljning kunde i dessa uppföljningar konstatera att inga av de allvarliga brister som uppdagats på Nora 2 kunde ses i dessa verksamheter. Som en följd av de brister som uppdagades vid Nora 2 lade Avtal och uppföljning i slutet av året ytterligare fokus på frågor rörande avvikelshantering, synpunkthantering samt medarbetarnas kunskaper om meddelarfrihet och kommunens visselblåsarfunktion i de uppföljningar som utfördes under hösten. Ett fokusområde som Avtal och uppföljning fortsätter med under 2026.

1.1.2 Hemtjänst och kommunal primärvård

Under året har kommunfullmäktige och äldrenämnden beslutat att valfrihetssystemet för hemtjänst och därigenom upphandling utifrån LOV (lag om valfrihetssystem) ska avslutas inom kommunen. Detta innebär att inga fler upphandlingar kommer att ske utifrån LOV och att samtliga nuvarande avtal har sagts upp från och med 1 september 2026. Under 2025 har förvaltningen genomfört en ny upphandling för att ersätta de nuvarande avtalen med ramavtal upphandlade enligt LOU (lagen om offentlig

upphandling). Nämnden fattade beslut om att tjänsteområde 1 (service) inte ska finnas kvar efter avskaffandet av LOV varvid en mindre utförare som idag är aktiv i kommunen kan försvinna. Intentionen med den nya upphandlingen är att den enskilde fortsatt kommer att erbjudas en valfrihet då den enskildes val fortsatt kommer att vara avgörande för vilken utförare som utför den enskildes hemtjänst och kommunala primärvård.

Under året har endast en ny ansökan enligt LOV behandlats, från den befintliga utföraren Faham utbildning och service som idag bedriver hemtjänst inom tjänsteområde 1. Företaget ansökte om att även utföra omvårdnad och kommunal primärvård (hemtjänstområde 2), men ansökan godkändes inte. Detta medför att utföraren inte fortsatt kan bedriva verksamhet inom den kommande upphandlingen av hemtjänst och kommunal primärvård enligt LOU.

I egen regis verksamheter har en chefsförtätning genomförts vilket medfört att flera verksamheter delats upp i två enheter för att nå målet att varje chef ska ha ansvar för ungefär 30 medarbetare. De verksamheter som delats i två enheter är Luthagen, Nyby, Gottsunda, Eriksberg. Vaksala Södra och Fålhagen.¹

Under hösten genomfördes en händelsestyrd uppföljning av en av Forenade Cares enhet efter att ett flertal synpunkter på verksamhetens tillgänglighet inkommit. Fokus var då att följa upp bemanningen på administration samt samverkan med biståndsmyndighet.

2 Metod och genomförande

Det skiljer sig något i hur förvaltningen genomför uppföljningar inom respektive verksamhetsområde. I stora drag innefattar uppföljningarna intervjuer med ledning och personal i verksamheten, analys och bearbetning av inhämtat material, sammanställning av rapport samt åtgärdsredovisning i det fall utföraren uppvisat brister. Åtgärdsuppföljning enligt tidsplan i åtgärdsredovisningen planeras i för att säkerställa att uppmärksammasad brist har hanterats enligt åtagande. 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 kan ske oanmält eller vara föranmälda uppföljningar.

En föranmäld uppföljning innebär ett heldags-besök 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 samt, om möjligt, brukare och eventuella närstående som just då närvarar. Inför varje föranmäld uppföljning begärs skriftligt material in. Detta genom en standardiserad enkät samt exempelvis rutiner, utdrag ur nationella kvalitetsregister och aktuella

¹ Luthagen Fyris och Luthagen Stabby, Gottsunda och Sunnersta, Fålhagen och Innerstaden, Eriksberg och Norby, Vaksala Södra 1 och Vaksala Södra 2, Nyby/Gränby och Gamla Uppsala/Löten.

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.

En händelsestyrd uppföljning sker då förvaltningen vill granska vissa utvalda områden utifrån signaler som kommit till förvaltningen. 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 verksamheten. En händelsestyrd uppföljning kan även ligga 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. En händelsestyrd uppföljning kan ske såväl föranmäld som oanmäld.

Varje uppföljning renderar i en rapport samt vid identifierade brister även krav på rättelse genom en åtgärdsredovisning. Åtgärdsredovisningar som inte godkänns kan skickas åter för förtydligande. Om åtgärder i åtgärdsredovisningen inte godkänns har förvaltningen rätt att lägga till egna åtgärder. I undantagsfall kan, beroende på frågeställning, en oanmäld uppföljning och/eller fokusuppföljning dokumenteras genom en tjänsteskrivelse där resultatet av uppföljningen redovisas.

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

2.2 Uppföljning hemtjänst och kommunal primärvård

Avtal- och uppdragsuppföljning av hemtjänst och kommunal primärvård följer samma metodik som de inom vård- och omsorgsboende med undantaget att förvaltningen under uppföljningarna inte gör observationer ute i verksamheterna. Arbetet inom hemtjänst och kommunal primärvård är främst förlagd hemma hos brukarna vilket begränsar möjligheterna till observation då det kräver samtycke från brukaren. Detta kräver att informationsinhämtning sker i samverkan med biståndshandläggarna eftersom det är de som genomför individuppföljningar i brukarnas hem. Materialet för uppföljningen består dels av information från biståndshandläggarna och från kommunens verksamhetssystem, exempelvis synpunktshanteringssystemet.

Vid uppföljning av verksamheter som har delats i två enheter följs båda enheterna upp vid samma uppföljningstillfälle med respektive verksamhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

2.4 Uppföljning öppna och tidiga insatser

En fokusuppföljning av träffpunktsverksamheten för 65 år och äldre har genomförts under hösten. Uppföljningen fokuserade på att säkerställa verksamhetens tillgänglighet enligt uppdragsbeskrivningen samt ge underlag för framtida behovsanalyser, strategisk planering och utveckling av träffpunkter. Olika perspektiv på tillgänglighet inkluderades.

Uppföljningen har genomförts via besök på plats i verksamheten. Val av perspektiv och fokus för observation och dialog kring tillgänglighet har baserats på ställda förväntningar i uppdragsbeskrivning, generella råd vid utformning av lokaler för äldre och/eller vid funktionsnedsättning enligt boverket och myndigheten för delaktighet.

Uppföljningsperioden för besök vid de tio stationära träffpunkterna har varit mellan den 4 november och den 9 december. Vid varje besök har minst en medarbetare medverkat vid rundvandring i lokalerna och besvarat frågor kopplade till tillgänglighet.

3 Resultat

Nedan presenteras resultatet från vård- och omsorgsboende och hemtjänst och kommunal primärvård.

Resultatet av 2025 års uppföljningar kommer att presenteras i enlighet med de områden som följs upp under uppföljningarna. Inom varje område presenteras resultatet av uppföljningarna samt avslutas med en kommentar över resultatet.

3.1 Resultat vård- och omsorgsboende

Vid uppföljningarna följs sju områden som är gemensamma för vård- och omsorgsboende och hemtjänst och kommunal primärvård och utifrån upphandlingsdokument och uppdragsbeskrivning. Nedan beskrivs resultatet av uppföljningarna.

Inom vård- och omsorgsboende genomfördes sex uppföljningar varav tre inom egenregion och tre i privat regi². En av dessa verksamheter, Dalbyhemmet, uppvisade inte några brister.

3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation

Området verksamhet, ledning och organisation handlar om att ha kunskap och kompetens kring uppdraget som utförare av vård- och omsorgsboende. Under årets uppföljningar har en brist identifierats inom området vid en verksamhet i privat regi. I detta fall avseende att chef med ansvar för den dagliga driften ej uppfyllde ställda krav på utbildning.

3.1.1.1 Kommentarer till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan konstatera att de uppföljda verksamheterna inom vård- och omsorgsboende generellt uppfyller kraven på området. Det förekommer att verksamheter anställer personal i ledande ställning som ej på förhand godkänts av förvaltningen, uppfyller ställda krav eller att arbetsledande uppgifter samt personalansvar åläggs anställda utan formell chefsbefattning eller kompetens i strid med kraven i förfrågningsunderlaget.

² Råbyvägen (ALN-2025-00137), Gutasund (ALN-2025-00503), Orgelgatan (ALN-2025-00733), Stenhagen (ALN-2025-00442), Dalbyhemmet (OSN-2023-00841, uppföljning genomförd gemensamt med OSN då enheten även inkluderar socialpsykiatri), Årstagården (ALN-2025-00131)

3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier

Området värdegrund och värdighetsgarantier handlar om hur verksamheterna arbetar enligt äldre nämndens värdegrund TITORB³ och värdighetsgarantier. Efter nämndens beslut att avskaffa TITORB har fokus lagts på att följa upp hur verksamheterna löpande arbetar med ett värdegrundsarbete som överensstämmer med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen.

Under årets uppföljningar har två brister identifierats inom området vid två verksamheter. En i den egna regionen och en i privat regi. I dessa fall avseende att verksamheten ej hade något aktivt värdegrundsarbete samt brister i bemötande hos personalen.

3.1.2.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom vård- och omsorgsboende noteras att det i de flesta fall pågår ett aktivt värdegrundsarbete i verksamheterna även om det kan variera hur aktivt och implementerat arbetet är. Vid avskaffandet av TITORB och nämndens lokala värdighetsgarantier har uppföljningen behövt skifta fokus från att följa upp nämndens specifika värdegrund till att se och bedöma hur verksamhetens arbete överensstämmer med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Avtal och uppföljning kan konstatera att det i stort finns ett pågående och aktivt arbete med värdegrundsfrågor samt att ämnet diskuteras löpande inom majoriteten av verksamheterna.

3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling

Under årets uppföljningar har fem brister identifierats inom området vid tre verksamheter. En i den egna regionen och två i privat regi. Bristerna avsåg för låg bemanning dagtid, brister i tillsättning av vak, ej tillräcklig tillgång till arbetsterapeut samt bristfällig bemanning nattetid för att kunna uppmärksamma brukares behov utan dröjsmål samt brister i personalens språkkompetens.

3.1.3.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende noteras att majoriteten av de uppföljda verksamheterna följer ställda krav gällande personal, bemanning, kompetens eller kompetensutveckling.

Det noteras en viss förbättring mot föregående år i uppfyllande av kravet på att 80% av den tillsvidareanställda personalen ska vara utbildade undersköterskor på vård- och omsorgsboende vid de uppföljda verksamheterna.

En brist som återkommer årligen är bemanning nattetid. När det gäller uppfyllande av krav att uppmärksamma brukares behov utan dröjsmål (Socialtjänstförordningen) när en avdelning måste lämnas tom nattetid på grund av dubbelbemanning. Även brister i språkkunskapen hos omvårdnadspersonal återkommer löpande under åren.

3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende konstateras att tre av de uppföljda verksamheterna hade en eller flera brister inom området samverkan, genomförande av

³ Trygghet, Integritet, Tillgänglighet, Oberoende, Respekt, Bemötande.

uppdrag samt dokumentation. Totalt 11 brister på området noterades vid två verksamheter i egen regi och en verksamhet i privat regi. Ett antal brister återkommer inom både privat och egen regi. Bristerna avsåg utebliven egentid eller bristande kontroll av utförandet, bristande nattfastemätning, avsaknad av brukarråd, bristande erbjudande av aktiviteter, brister i informationsöverföring, bristande möjlighet till utevistelser, bristande delaktighet från brukare i framtagande av genomförandeplaner samt bristande kunskap om riktlinjer för mat måltider och nutrition.

3.1.4.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Jämfört med tidigare års uppföljningar kan viss förbättring ses när det gäller informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Det finns fortsatt förbättringspotential men att det då i huvudsak berör enskilda medarbetares kunskap i exempelvis användande av journalsystemet.

Det noteras även detta år att verksamheterna inte på ett överskådligt sätt kan säkerställa att erbjudande och genomförande av brukarens egentid tillsammans med kontaktman har skett. Detsamma gäller erbjudande om och genomförande av de vardagsnära aktiviteterna.

Även detta år förekommer brister i ej genomförda dygnsfastemätningar hos uppföljda verksamheter inom vård- och omsorgsboende.

3.1.5 Hälso- och sjukvård

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende konstateras att fyra av de uppföljda verksamheterna hade en eller flera brister inom området hälso- och sjukvård. Totalt fem brister på området noterades vid två verksamheter i egen regi och två verksamheter i privat regi. Ett antal brister återkommer inom både privat och egen regi. Bristerna avsåg bristande följsamhet av hygienrutiner och observationsmätningar av dessa, brister i munvård och kunskap om munhälsa, brister i kompetens hos omvårdnadspersonal avseende utförandet av ordinerad hälso- och sjukvård samt brister i användandet av kvalitetsregister.

3.1.5.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan konstatera att det finns återkommande brister inom hälso- och sjukvårdsområdet hos ett par verksamheter som är återkommande från tidigare år. Till exempel följsamhet av rutiner för och mätningar av följsamhet av basala hygien- och klädrutiner. Inom vård- och omsorgsboende kan det ses en generell förbättring gällande aktivt arbete med kvalitetsregister. En notering under året är att det fortsatt behövs en ökad kunskap om munvård och munhälsa inom verksamhetsområdet.

3.1.6 Ledningssystem samt systematiskt kvalitetsarbete

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende konstateras att 4 fyra av de uppföljda verksamheterna hade en eller flera brister inom området ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. Totalt fyra brister på området noterades vid två verksamheter i egen regi och två verksamheter i privat regi. Ett antal brister återkommer inom både privat och egen regi. Bristerna avsåg bristande kunskaper om kommunens visselblåsarfunktion, brister i kompetens gällande avvikelser, samt brister i kompetens gällande nämndens rutin för rapportering av allvarliga händelser.

3.1.6.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Brister avseende återkoppling och analys av synpunkter, klagomål och avvikelser har sedan tidigare varit återkommande brister vid Avtal och uppföljnings uppföljningar. Under året konstateras dessa brister endast hos en av de uppföljda verksamheterna. Men då antalet uppföljningar under året är få kan inte Avtal och uppföljning se att en generell förbättring skett.

Noterbart är att tre av sex uppföljda verksamheter påvisar brister gällande kunskap om personalens meddelarfrihet eller kommunens visselblåsarfunktion.

3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende konstateras att en av de uppföljda verksamheterna hade en brist inom området brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap. Totalt två brister på området noterades vid en verksamhet i egen regi. Dessa brister avsåg att brandskyddsronder ej utförts enligt rutin samt avsaknad av känt brandombud.

3.1.7.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom vård- och omsorgsboende konstateras att beredskapen generellt har ökat och att inga brister kunde påvisas inom området hos de uppföljda verksamheterna. Vid uppföljningarna noteras att verksamheterna hade en dokumenterad och implementerad plan och rutin(er) för hur brand samt andra kriser ska hanteras. En verksamhet brister i det löpande systematiska brandskyddsarbetet.

3.1.8 Lokaler, sekretess och boendes miljö

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

Vid uppföljningar inom vård- och omsorgsboende konstateras att fyra av de uppföljda verksamheterna hade en eller flera brister inom området lokaler, sekretess och boendet miljö. Totalt åtta brister på området noterades vid två verksamheter i egen regi och tre verksamheter i privat regi. Ett antal brister återkommer inom både privat och egen regi. Bristerna avsåg tillgång till eller synliga sekretessuppgifter, olåsta dörrar in till förvaring av hälsovådligt materiell samt inlåsning genom att dörrar i verksamheten är låsta utan synlig kod för utpassering.

3.1.8.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Återkommande brist vid rundvandringar i verksamheterna är åtkomsten till hälsovådliga kemikalier då dörrar står öppna eller är olåsta till förråd och tvättstuga. Återkommande är även att personuppgifter i form av namn och personnummer på exempelvis pärmar förvaras synligt utifrån korridorer eller liknande så att obehöriga kan ta del av uppgifterna. Även inlåsning i form av att dörrar in och ut från enheter är låsta med kodlås utan att en synlig kod finns i anslutning till kodlåset. Avtal och

uppföljning konstaterar att detta är brister som återkommer löpande på en stor del av verksamheterna inom området.

Förvaltningen kan konstatera att i majoriteten av verksamheterna i både egen regi och privat regi är miljön trivsam och välordnad.

3.2 Resultat hemtjänst och kommunal primärvård

Vid uppföljningarna följs sju områden som är gemensamma för vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård och utifrån upphandlingsdokument och uppdragsbeskrivning. Nedan beskrivs resultatet av uppföljningarna.

Uppföljningar genomfördes på sju av egenregis verksamheter inom hemtjänst och kommunal primärvård⁴. Av de uppföljda verksamheterna under året är samtliga aktiva inom tjänsteområde 2 (hemtjänst och kommunal primärvård). Detta innebär att endast verksamheter inom den egna regin följts upp under året.

3.2.1 Verksamhet, ledning och organisation

Området verksamhet, ledning och organisation handlar om att ha kunskap och kompetens kring uppdraget som utförare av hemtjänst och/eller kommunal primärvård. Inom detta område konstaterades inga brister.

3.2.1.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan konstatera att de uppföljda verksamheterna inom hemtjänst och kommunal primärvård i övrigt uppfyller kraven på området.

3.2.2 Värdegrund och värdighetsgarantier

Området värdegrund och värdighetsgarantier handlar om hur verksamheterna arbetar enligt dessa. Efter nämndens beslut att avskaffa TITORB har fokus lagts på att följa upp hur verksamheterna löpande arbetar med ett värdegrundsarbete som överensstämmer med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Totalt 3 brister konstaterades på området vid tre verksamheter. Bristerna avsåg bristande kunskaper om nämndens värdighetsgarantier.

3.2.2.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom hemtjänst och kommunal primärvård arbetar majoriteten av de uppföljda verksamheterna med värdegrund och värdighetsgarantierna.

3.2.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och kommunal primärvård konstaterades det att tre av de uppföljda verksamheterna uppvisade brister. Totalt 4 brister identifierade vid tre verksamheter. De identifierade bristerna avsåg bristande följsamhet och kännedom om verksamheternas rutiner för introduktion av omvårdnadspersonal,

⁴ Vaksala Norra (ALN-2025-00048), Gottsunda/Sunnersta (två enheter) (ALN-20225-00030), Luthagen (ALN-2025-00047), Sävja (ALN-2025-00158), Östra landsbygden (ALN-2025-00157), Storvreta (ALN-2025-00578)

fysioterapeut och arbetsterapeut. En annan brist avsåg översyn av bemanningen av fysioterapeut och arbetsterapeut.

Inom detta område kontrollerar också förvaltningen om kravet på 60% utbildade undersköterskor i verksamheten är uppfyllt. Under årets uppföljningar har brist avseende kravet på utbildade undersköterskor i verksamheten identifierats i tre verksamheter.

3.2.3.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen ser att introduktion av omvårdnadspersonal och legitimerad personal är ett område som behöver fortsätta utvecklas. Antalet tillsvidareanställd legitimerad personal har ökat markant vilket medför att enheterna har högre kontinuitet av legitimerad personal knuten till sig. Avtal och uppföljning kan även konstatera att ett stort antal verksamheter inte når upp till nämndens krav på att 60% av den omvårdnadsnära personalen ska vara utbildade undersköterskor.

3.2.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och kommunal primärvård konstaterades det att 1 av de uppföljda verksamheterna uppvisade brister inom området samverkan, genomförande av uppdraget samt dokumentation. Totalt 2 brister identifierades. Bristerna avsåg brister i rutinen för upprättande av genomförandeplaner och den fasta omsorgskontaktens roll i det arbetet samt brister kopplat till möjligheten för medarbetare att ta del av minnesanteckningar från arbetsplatsträffar för de medarbetare som inte kunnat närvara på träffarna.

3.2.4.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Jämfört med tidigare års uppföljningar kan viss förbättring ses när det gäller informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal. En positiv utveckling kan ses när det gäller teamsamverkan mellan professionerna då brister relaterat till detta minskat jämfört med föregående år.

3.2.5 Hälso- och sjukvård

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och kommunal primärvård konstaterades det att tre av de uppföljda verksamheterna uppvisade brister inom området hälso- och sjukvård. Totalt 4 brister identifierades. Bristerna avsåg avsaknad av registrering i kvalitetsregistren Svenska Palliativa registret, Senior alert och BPSD-registret, bristande kännedom om utsedd ansvarig person för medicinsktekniska produkter samt att rutin för palliativ vård inte var känd hos omvårdnadspersonalen.

3.2.5.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom hemtjänst och kommunal primärvård återkommer brist från tidigare år hos tre verksamheter gällande aktivt arbete med kvalitetsregister.

Återkommande inom hemtjänst och kommunal primärvård är brister i det systematiska kvalitetsarbetet med resultatet från registreringar i kvalitetsregister. Kvalitetsarbetet sker sällan i samverkan mellan alla yrkeskategorier.

3.2.6 Ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och kommunal primärvård konstaterades det att sju av de uppföljda verksamheterna uppvisade brister inom området ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. Totalt 16 brister identifierades. Bristerna avsåg brister i kunskap om lex Sarah hos både omvårdnadspersonal och legitimerad personal, att det systematiskt kvalitetsarbete avseende SoL- och HS-avvikelser brister, brister kopplade till rutin och dokumentation av synpunkter och klagomål samt kännedom om vilka sätt som finns för brukare och anhöriga att lämna synpunkter.

3.2.6.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom området ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete noterades att kvalitetsledningssystem fanns men av de sju uppföljda verksamheterna brister samtliga på området.

Brister avseende återkoppling och analys av synpunkter, klagomål och avvikelser återkommer även under årets uppföljningar. En verksamhet visar på ett flertal brister på detta område och sticker ut i förhållande till övriga uppföljda verksamheter.

Det systematiska kvalitetsarbetet syftar dels till att lyfta upp enstaka problem till hela personalgruppen, vilket är särskilt viktigt inom hemtjänst och kommunal primärvård där personalen arbetar längre ifrån varandra, för att förebygga att sådant sker igen. Vidare syftar systematiskt arbete till att sammanställa brister för att se mönster och därigenom påbörja ett arbete för att exempelvis minimera risken att det återupprepas.

3.2.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och kommunal primärvård konstaterades det att sju av de uppföljda verksamheterna uppvisade brister inom området brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap. Totalt 15 brister identifierades. Bristerna avsåg brister hos personalen avseende kännedom om kommunens riktlinje för brandförebyggande åtgärder i hemtjänsten, brister gällande hantering av brandchecklista i verksamheterna, att omvårdnadspersonal inte gått brandutbildning gällande brandskydd i eget boende (checklista), brister i kännedom om rutiner för kris och katastrofplan samt saknade kännedom om kommunens visselblåsarfunktion.

3.2.7.1 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom hemtjänst- och kommunal primärvård var riktlinjen brandförebyggande åtgärder i eget boende inte känd hos majoriteten av de uppföljda verksamheterna. Här ser Avtal och uppföljning att ett fortsatt arbete krävs för att samtlig personal ska känna till rutinen samt att ett strukturerat arbete med frågan ska kunna komma på plats.

3.3 Resultat öppna och tidiga insatser

En fokusuppföljning av träffpunktsverksamheten för 65 år och äldre har genomförts under hösten⁵. Uppföljningen fokuserade på verksamhetens krav på tillgänglighet utifrån uppdragsbeskrivning. För att säkerställa att verksamheten utvecklar sin

⁵ Träffpunktsverksamhet 65 år och äldre (ALN-2025-00754)

verksamhet i att fortsatt vara tillgänglig för alla, även för personer med till exempel syn- eller hörselnedsättningar, med lättare minnesproblematik eller perceptuella svårigheter.

Ett annat syfte med uppföljningen var även att skapa underlag för kommande behovsanalyser och strategisk planering för framtida behov, samutnyttjande av lokaler och utveckling av träffpunktverksamheten. Genom att inkludera tillgänglighetsperspektiv kopplade till lokaler får medarbetare, chefer och strateger ett verktyg för att enkelt hitta lämpliga lokaler för specifika aktiviteter; exempelvis rum med hörslinga, fysisk tillgänglighet utan nivåskillnader och med god framkomlighet i lokalerna, eller lugna miljöer som främjar fokus på aktivitet och social samvaro.

Dessa tillgänglighetsperspektiv följdes vid varje träffpunktsverksamhet:

- Fysisk
- Syn
- Hörsel
- Kognitiv
- Allergener
- Digital

I huvudsak är det god tillgänglighet inom området fysisk tillgänglighet. Det finns en variation mellan olika enheter och ibland även inom enheters olika rum. Utifrån det totala resultatet urskiljer sig ett antal tillgänglighetsperspektiv där Avtal och uppföljning lämnar rekommendationer och/eller särskilda kommentarer.

Hörselteknik, belysning, kognitiv tillgänglighet och informationsstruktur är återkommande förbättringsområden vid de nu aktuella uppföljningstillfällena, men över tid kan andra perspektiv vara mer aktuella. En rekommendation generellt är att införa rutiner för regelbunden kontroll av tillgänglighetsanpassningar.

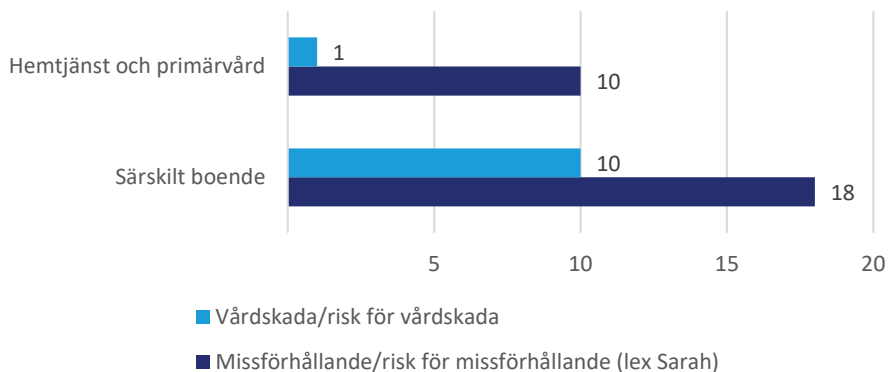
3.4 Rapportering av allvarliga händelser under 2025

Allvarliga händelser som sker inom nämndens ansvarsområde ska skyndsamt rapporteras till nämnden. Privata utförare inom äldreomsorgen rapporterar händelser till vård- och omsorgsförvaltningen enligt en fastställd rutin. Allvarliga händelser som rapporterats inom den egna regin redovisas i verksamhetens kvalitetsberättelse.

Lex Sarah är ett samlingsnamn för bestämmelser om skyldigheten för personal i socialtjänsten att rapportera, utreda och åtgärda missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten. Bestämmelserna om lex Sarah finns i socialtjänstlag (2025:400, kap 27) och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lex Maria innebär att vårdgivare inom hälso- och sjukvården är skyldiga att rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Bestämmelserna finns i patientsäkerhetslagen (PSL) och syftar till att öka patientsäkerheten genom att identifiera och förebygga risker i vården.

Rapporterade händelser från privat regi



Under året har det från utförare i privat regi vid totalt 28 tillfällen meddelats till förvaltningen att missförhållande eller risk för missförhållande inträffat som initierat utredningar enligt lex Sarah.

Händelser som rapporteras in där vårdskada eller risk för vårdskada uppmärksammas och en utredning startats i verksamheterna var under 2025 11 stycken. Utredningarna syftar till att fastställa om en händelse har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, vilket vårdgivaren ska anmäla till IVO enligt lex Maria.

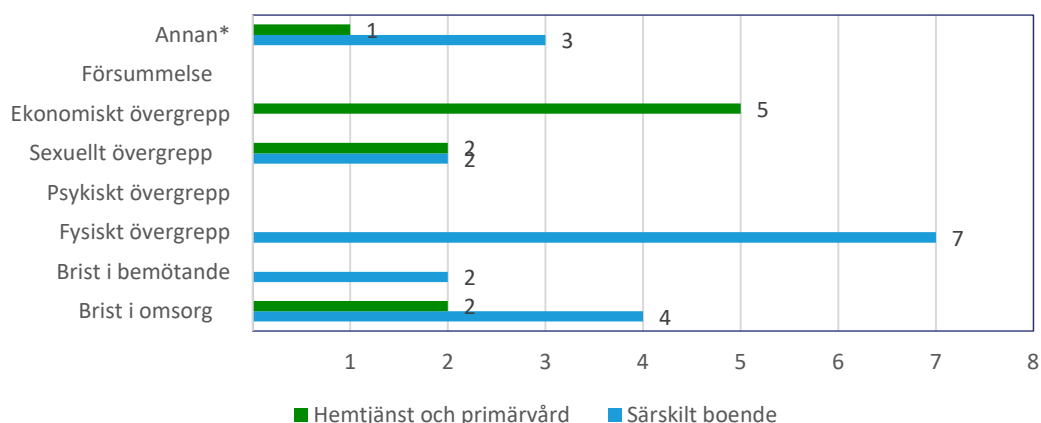
Tre av dessa utredningar, vilka slutförts under 2025, resulterade i anmälan till IVO. Två enligt lex Sarah och en enligt lex Maria. Anmälningarna gällde suicidförsök, enligt lex Maria, och fall i samband med förflyttning samt fysiskt övergrepp mellan brukare, - båda enligt lex Sarah. Dessa tre händelser rör alla vård- och omsorgsboende. I samtliga fall har IVO avslutat ärendet utan åtgärd, i ett fall först efter begäran av komplettering.

Resultatet av utredningarna och erfarenheterna ska användas i kvalitetsarbetet i verksamheten oavsett om en anmälan till IVO sker eller ej.

Det har även detta år skett en ökning i inrapporteringen av händelser enligt gällande rutin. Anledningen till detta bedöms vara en ökad kunskap om rutinerna för inrapportering. Sen inrapportering sker trots detta i förekommande fall, men i begränsad omfattning.

I diagrammet nedan visas vilka klassificeringar av händelser som ligger till grund för utredningarna enligt lex Sarah.

Klassificeringar av händelser inom privat regi (lex Sarah)



*Annan = brukare avvikit från verksamheten, brister i dokumentation, stöld.

Händelser vilka rapporterats som utredningar rörande risk för vårdskada eller vårdskada har berört brister i läkemedelshantering (3), brist i vårdkedjan (1), trycksår (1) och annan (4) inom särskilt boende. Under klassificeringen annan har brist till följsamhet till rutin och fördröjd vård uppgetts. Inom kommunal primärvård i privat regi har en händelse avseende brist i följsamhet till läkemedelsrutin utretts.

Utredningar och anmälningar enligt lex Sarah samt utredningar av vårdskada eller risk för vårdskada och anmälningar enligt lex Maria avseende den kommunala egenregin redovisas i kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse enligt kommunala egenregins rutiner.

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 samt trygghet för brukarna. Genom avvikelshantering kan verksamheten identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet för att säkerställa att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden. Vilket innebär att området även fortsättningsvis kommer att följas upp i uppdrags- och avtalsuppföljningar under 2026 för att säkerställa att utförare följer lagstiftning och fastställda rutiner om rapportering till förvaltningen.

4 Diskussion och analys

I detta avsnitt sammanfattas och analyseras resultatet av de 13 uppföljningar som genomförts under 2025. Resultatet av uppföljningarna visar på att brister har förekommit hos 12 av de 13 verksamheter av äldreomsorg i Uppsala kommun som följts upp under 2025. Samtliga verksamheter som uppvisat brister har emellertid även upprättat åtgärdsredovisning och genomfört insatser för att åtgärda påtalade brister. Samtliga verksamheter som har följts upp i sin helhet innan årsskiftet har fått godkända åtgärdsredovisningar. Trots att uppföljningarna har visat på brister bidrar identifierandet av dem till kvalitetshöjande insatser i verksamheterna. Även om det är svårt att generalisera eller dra några stora slutsatser över helheten utifrån årets uppföljningar finns vissa gemensamma punkter som är återkommande.

Under 2025 har digital signering införts inom verksamheter med egen regi. Vid uppföljningar har vissa utmaningar i implementeringen identifierats. Arbetet med att

fullt ut implementera digital signering samt att stärka egenkontrollen vid utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser lyfts av verksamheterna som ett fortsatt prioriterat område under 2026. Avtal och uppföljning kommer även under 2026 att följa upp följsamhet till ordination samt rutiner för signering vid kommande uppföljningar. Detta då det fortsatt finns brister rörande egenkontroll genom signering och följsamhet av ordinationer från legitimerad personal, främst inom rehabiliteringsområdet.

Flera av de verksamheter som följts upp under året framhåller att samarbetet inom teamet kring den enskilde fungerar väl. Detta gäller både inom vård- och omsorgsboenden samt inom hemtjänst och kommunal primärvård i hemmet. Detta kan ses som en positiv utveckling då det under tidigare år framkommit problem relaterade till samordning mellan olika aktörer, såsom omsorgsnämndens hälso- och sjukvårdsverksamhet och hemtjänstutförarna.

Inom vård- och omsorgsboende noteras flera brister i framför allt åtkomst till hälsovådligt material och synliga personuppgifter inom flera verksamheter, ofta på grund av olåsta dörrar. Vidare ser förvaltningen fortfarande brister i egenkontroll gällande brukares egentid vilket leder till att verksamhetschef ofta inte kan svara på om egentiden utförts eller inte. Detsamma gäller egenkontroll av erbjudande och/eller deltagande i aktiviteter. Avtal och uppföljning har under längre tid, vilket också framgår av tidigare årsrapporter, sett att egenkontroll sker på olika sätt och i olika hög grad inom flera av främst egenregins verksamheter. Avtal och uppföljning rekommenderar därför särskilt den egna regin att arbeta för att säkerställa följsamhet till uppdraget och att verksamheterna följer anvisade rutiner för egenkontroll.

Återkommande brist inom hemtjänst och kommunal primärvård samt vård- och omsorgsboende under årets uppföljningar är brister gällande kunskap om personalens meddelarfrihet eller kommunens visselblåsarfunktion vilket är en viktig del i kvalitetsarbetet genom att anställda kan uppmärksamma och meddela eventuella brister i verksamheterna samt motverka en tystnadskultur och främja transparens och insyn i kommunens samtliga verksamheter. Visselblåsarfunktionen är även en viktig del i förvaltningens arbete med att motverka välfärdsbrottslighet då tips och information från anställda är en viktig del för att uppmärksamma felaktigheter. Avtal och uppföljning bedömer att det under 2026 kvarstår ett behov av att vid varje uppföljning systematiskt säkerställa personalens kunskap om meddelarfrihet samt kännedom om visselblåsarfunktionen.

Återkommande brister som funnits under längre tid, och som framgår av tidigare årsrapporter, är bristande kunskap om och registreringen av avvikelser enligt SoL. Detta märks bland annat genom att avvikelser som registreras enligt SoL är betydligt färre än antalet som registreras enligt HSL. Detta framkommer även under intervjuerna vid uppföljningar då omvårdnadspersonal ofta har goda kunskaper om vad som är en avvikelse inom hälso- och sjukvården men inte har samma kunskaper om vad som utgör avvikelser inom SoL. Detta kan till viss del förklaras av att omvårdnadspersonalen hanterar eller åtgärdar dessa brister direkt utan att det registreras. Något som i förlängningen kan förhindra ett systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete.

En positiv utveckling som har setts under året är att användandet och registrerande i Senior Alert då de uppföljda verksamheterna uppvisat registrering i större omfattning och uppföljning av åtgärder är bättre än tidigare år. Även en positiv utveckling har setts gällande registreringar i Palliativa registret.

5 Fortsatt arbete

Uppföljningarna under året har visat att det fortsatt finns ett antal utvecklingsområden inom äldreomsorgen. Brister som under årets uppföljningar förekommit hos ett flertal verksamheter kommer utgöra fokusområden det kommande året för att säkerställa en positiv utveckling.

Under årets uppföljningar ser förvaltningen återkommande brister som setts vid tidigare års uppföljningar. Utifrån detta kommer det vid kommande uppföljningar riktas särskilt fokus på dessa områden för att bidra till att eventuella brister åtgärdas och att de återkommande bristerna kan förebyggas på fler och fler enheter.

Under 2026 kommer därför ett antal fokusområden väljas ut för särskild granskning vid uppföljningar. Fokusfrågor kommer utformas utifrån avtal och uppdrag samt det sammanställda resultatet från årets uppföljningar. Bland annat kommer ett fortsatt fokus på brandförebyggande arbete inom hemtjänsten samt kunskaper om meddelarfrihet och kommunens visselblåsarfunktion bland personalen finnas vid de kommande uppföljningarna under 2026. Detta då det är två områden som direkt kan påverka kvaliteten i omsorgen samt tryggheten för kommunens brukare. Avtal och uppföljning kommer även under 2026 lägga fokus på att följa upp följsamhet till ordination samt rutiner för signering vid kommande uppföljningar. Detta då det under längre tid uppmärksammats brister i följsamhet av ordinationer från främst rehabiliteringspersonal vilket riskerar att påverka den enskildes hälso- och sjukvård om ordinerade insatser inte utförs. Signering av utförda insatser är även ett av de viktigaste egenkontrollsmomenten inom hälso- och sjukvården vilket gör det till en central del för att säkerställa en god och säker vård för den enskilde brukaren.