

## **Verksamhetsuppföljningar 2020**

Förvaltningen har till uppdrag att genomföra uppföljningar av kvaliteten inom samtliga verksamheter som drivs i egen regi, privat regi eller på entreprenad inom Skarpnäcks stadsdelsområde. Verksamhetsuppföljningar genomförs inom verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

### **Syfte och uppföljningsmodell**

Verksamhetsuppföljning genomförs för att bedöma verksamheternas kvalitet samt deras följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivningar. För verksamheter inom äldreomsorg har förvaltningen använt sig av äldreförvaltningens modell för uppföljning, där en bedömning om sammantagen kvalitet görs och som belyser verksamhetens styrkor och svagheter utifrån olika underlag. För uppföljning av utförarverksamheter inom funktionsnedsättning har förvaltningens egen uppföljningsmodell, baserad på äldreförvaltningens modell, använts. Uppföljning av verksamheter inom socialpsykiatri har genomförts med stöd av socialförvaltningens uppföljningsmall.

### Verksamheter som följts upp under året

Verksamhet	Verksamhets- område	Organisation	Uppföljnings- modell	Max antal platser/kunder	Antal platser/kunder Skarpnäck
Enskededalens dagverksamhet	Äldreomsorg	Egen regi	Äldre-förvaltningen	35 kunder	26* kunder
Skarpnäcks kommunala hemtjänst	Äldreomsorg	Egen regi	Äldre-förvaltningen	-	315 kunder
Stiftelsen Oscars I:s minne hemtjänst	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	-	5 kunder
Skarpnäcks dagliga verksamhet	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	40 platser	32 platser
Statsrådsvägens gruppboende	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	5 platser	5 platser
Svartbäcksvägens gruppboende	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	5 platser	4 platser
Kalmgatans gruppboende	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	5 platser	5 platser
Fogdevägens gruppboende	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	6 platser	4 platser
Petrejusvägens gruppboende	Funktions-nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Egen modell	6 platser	6 platser
Anja och Dennis (avser ledsagning, avlösning)	Funktions-nedsättning	Privat regi	Social-förvaltningen	-	8* kunder
Skandic (avser ledsagning, avlösning)	Funktions-nedsättning	Privat regi	Social-förvaltningen	-	3* kunder
NaMi LSS (avser ledsagning, avlösning)	Funktions-nedsättning	Privat regi	Social-förvaltningen	-	4* kunder
NaMi boendestöd	Socialpsykiatri	Privat regi	Social-förvaltningen	-	23* kunder

\* antal platser som erhålls av kunder/brukare från Stockholms stad

## Verksamhetsuppföljningar äldreomsorg

### Bedömning av verksamhetens kvalitet

#### Enskededalens dagverksamhet

Typ av verksamhet: dagverksamhet

Regiform: kommunal

Inriktning: demens

Max antal platser: 35 gäster

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammanlagda kvalitet och följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag.

Uppföljningen belyser såväl verksamhetens styrkor som utvecklingsområden för att stödja verksamheten i utvecklingsarbetet.

#### Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs i avtal, lagar och föreskrifter, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg/bedriva en god och säker verksamhet.

Verksamheten övergick i kommunal regi i november 2019 efter att ha drivits av olika fristående aktörer sedan länge. Alla medarbetare valde att stanna kvar vid övergången, vilket har skapat kontinuitet för verksamheten och brukarna. En medarbetare har slutat sedan dess och en person som arbetat länge som vikarie i verksamheten har månadsanställts.

En styrka i verksamheten är att den är liten vilket möjliggör nära kontakt mellan personal och brukare. Genomförd kvalitetsobservation har visat att verksamheten har en engagerad, erfaren och ansvarsfull personal med ett gott bemötande. Det framhölls även att personalen har god kompetens av att möta personer med demenssjukdom, samt god kännedom om gästerna och kände till deras levnadshistoria.

#### Trygghet och säkerhet

Den nya ledningen har tagit fram ett fungerande kvalitetsledningssystem och genomför löpande egenkontroller och riskanalyser. Verksamhetsuppföljningen visar att medarbetarna är väl förtrogna med verksamhetens rutiner och att de har ett nära samarbete med, och stort förtroende för ledningen. När det gäller avvikelshanteringen pågår ett utvecklingsarbete, vilket beskrivs

närmare nedan. Verksamheten har väl fungerande rutiner och arbetssätt för kontaktmannaskap.

Den senaste brukarundersökningen, från våren 2020, visar att den sammanlagda nöjdheten är lägre än i staden som helhet, liksom brukarnas upplevelse av trygghet. De som besvarat undersökningen var dock mycket nöjda med personalens bemötande och uppger att de har förtroende för personalen. Undersökningen gjordes några månader efter att verksamheten bytt regi och under pandemin som har påverkat vissa gäster, genom att de har valt att pausa sina insatser.

I december 2019, strax efter övertagandet, genomförde äldreförvaltningen en kvalitetsobservation som bland annat visade att verksamheten hade en engagerad, erfaren och ansvarsfull personal med ett gott bemötande. Det framhölls även att personalen hade god kompetens av att möta personer med demenssjukdom, samt god kännedom om gästerna och kände till deras levnadshistoria. Likaså underströks det positiva i att medarbetarna har dagliga möten med informationsutbyte tillsammans med samordnare, vilket ger möjlighet till reflektion, samtal och diskussion. Att verksamheten är liten med få medarbetare som känner gästerna väl skapar en hög omsorgskontinuitet. Verksamheten har även en strukturerad arbetsmetod baserad på validation och reminiscens som beskrivs närmare nedan.

Egenkontroller som genomförts under perioden mars till augusti visar att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats från 68 procent till 95 procent.

### **Meningsfullhet och delaktighet**

Verksamheten är förhållandevis liten, vilket möjliggör nära kontakt mellan personal och brukare samt ökat fokus på samvaro i gemenskap med brukarna. Verksamheten bedrivs i välskötta lokaler med flera rum, vilket ger möjlighet till olika typer av aktiviteter. Verksamheten har en fin uteplats som används regelbundet och möjliggör utevistelse i trygg miljö.

Kvalitetsobservationen från december 2019 lyfte bland annat fram att personalen initierade meningsfulla samtal med gästerna och använde validation och reminiscens för att bekräfta och väcka minnen hos dem. Att maten lagas på plats gör att matdoft sprids och stimulerar aptiten. Det framhölls även att verksamheten erbjuder dagliga promenader och utevistelser samt individanpassade aktiviteter och smågrupper utifrån gästernas intressen. Den senaste

brukarundersökningen, från våren 2020, visar att de som svarat var mycket nöjda med personalens bemötande, liksom med maten, måltiderna och aktiviteterna på dagverksamheten. Däremot är det en något lägre andel som svarar att personalen lyssnar på deras önskemål, jämfört med staden som helhet.

Vid verksamhetsuppföljningen 2019, då besök gjordes i verksamheten, framkom att verksamheten har stort fokus på att anpassa aktiviteter utifrån de gäster som besöker verksamheten. I verksamheten finns särskild kompetens bland personalen gällande hantverk och kultur.

Alla gäster har genomförandeplan och de är kompletterade med individuella uppgifter om bemötande och förhållningssätt för att minska riskerna för beteendestörningar och psykiska symptom.

När det gäller verksamhetens värdegrundsarbete har ett utvecklingsarbete påbörjats, som kommer att fortsätta under nästa år.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Enheten rapporterar relativt få synpunkter och klagomål och avvikelser och har endast gjort en lex Sarah-rapport sedan övertagandet för ett år sedan. Enheten har påbörjat ett utvecklingsarbete inom området. Enheten behöver fortsätta arbeta med kompetensutveckling och utveckla arbetet med att analysera samband mellan synpunkter och klagomål, avvikelser och lex Sarah/lex Maria-rapportering, samt hur dessa kan bidra till det systematiska kvalitetsarbetet. Ett kvalitetsråd har införts för att stärka personalens medverkan i kvalitetsarbetet, vilket bör bidra positivt till utvecklingsarbetet.

Enheten har även påbörjat ett utvecklingsarbete kring verksamhetens värdegrund som kommer att fortsätta under nästa år.

Vid verksamhetsuppföljningen framkom även behov av att fortsätta utveckla kompetens för hälso- och sjukvård, basala hygienrutiner och avvikelser inom hälso- och sjukvård.

### **Uppföljningens genomförande**

Uppföljningen är gjord av medicinskt ansvarig sjuksköterska Camilla Bucht och verksamhetscontroller Susanna Nyttell på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning. Uppföljningen har inte kunnat genomföras på plats på verksamheten på grund av pandemin, utan

har bestått av ett möte med verksamhetens ledning i förvaltningens lokaler och ett skypemöte med medarbetare.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning, oktober/november 2020
- Brukarundersökning genomförd mars-maj 2020
- Kvalitetsobservation december 2019
- Verksamhetsuppföljning, juni 2019

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Skarpnäcks kommunala hemtjänst**

Verksamhetschef: Lena Hedin (tf)

Adress: Rusthållarvägen 6, Bagarmossen

Regiform: Kommunal

Antal kunder från Stockholm: 315 kunder med hemtjänstinsatser

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser såväl verksamhetens styrkor som utvecklingsområden, för att stödja verksamheten i utvecklingsarbetet.

Till grund för denna bedömning ligger förvaltningens verksamhetsbesök som genomfördes 201015. I bedömningen har resultat av följande underlag om verksamhetens kvalitet sammanvägts:

- kvalitetsuppföljning på individnivå (hädanefter kallat individuppföljning) för perioden 1 november 2019-30 oktober 2020
- brukarundersökning 2020
- kvalitetsobservation genomförd i september 2017

### **Sammanfattande bedömning**

Verksamheten bedöms till stor del ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker verksamhet. Utvecklingsområden finns dock och verksamheten har tagit fram en åtgärdsplan för att hantera dessa, vilket beskrivs närmare nedan.

Till verksamhetens styrkor hör att många medarbetare är erfarna och kunniga. De har god kännedom om enhetens rutiner. De uttrycker förtroende för den nuvarande ledningen och beskriver samarbetet inom enheten som gott och välfungerande. I brukarundersökning och kvalitetsuppföljning på individnivå uttrycker kunderna en hög nöjdhet, framför allt att de känner stort förtroende för personalen och upplever att de får ett gott bemötande. Verksamheten har sedan ett antal år haft mycket goda resultat i brukarundersökningen, många resultat har legat över stadens genomsnitt och i nivå med resultaten i riket.

### **Trygghet och säkerhet**

Resultaten i kvalitetsuppföljning på individnivå och brukarundersökningen som har genomförts under 2020 visar på att kunderna upplever av trygghet och säkerhet. En hög andel svarar att de har stort förtroende för personalen, att personalen kommer på avtalad tid och att de tycker att personalen utför sina arbetsuppgifter

bra. I individuppföljningen svarar 84 procent att de brukar få hjälp av ungefär samma personer och drygt 91 procent att det lätt att komma i kontakt med hemtjänsten. Båda dessa resultat är bättre än för staden som helhet. Nöjdheten är lägre när det gäller frågan om personalen brukar informera om tillfälliga förändringar.

Verksamheten har väl fungerande rutiner för introduktion av nyanställd personal och en tydlig och genomarbetad plan för kompetensutveckling. Det finns arbetssätt för ändamålsenlig informationsöverföring, och ett utvecklingsarbete pågår för att ytterligare förstärka detta. Arbetet med egenkontroll, riskanalys och avvikelshantering är under utveckling och ingår i enhetens åtgärdsplan.

Verksamheten har en väl fungerande arbetsledning genom ett närvarande ledarskap. Rutinerna för arbetsledning är tydliga och väl förankrade hos medarbetarna. Medarbetare bekräftar att det är tydligt för dem vem deras arbetsledare är under dagtid och jourtid, och att det är lätt komma i kontakt med arbetsledningen. Det finns arbetssätt för ändamålsenlig informationsöverföring, och ett utvecklingsarbete pågår för att ytterligare förstärka detta. Arbetet med kontaktmannaskap behöver utvecklas.

Enheten behöver även utveckla sitt arbete med att upprätta och följa upp genomförandeplaner, vilket gör att det i nuläget är svårt att bedöma det personcentrerade arbetssättet. Flera resultat i individuppföljningen och brukarundersökningen tyder dock på att medarbetarna har ett personcentrerat arbetssätt, och i kvalitetsobservationen konstateras det att omvårdnadsarbetet är personcentrerat. Eftersom enheten har låg personalomsättning arbetar många av de medarbetare som var anställda vid den tiden fortfarande inom verksamheten. Personalen har överlag lång erfarenhet och hög reell kompetens.

Personalkontinuitet är ett fortsatt fokusområde för verksamheten, som arbetar kontinuerligt med att effektivisera sin planering, ha flexibla arbetslag med fasta vikarier och arbeta med områdesindelning med fokus på optimerade turer. I nuläget når en av de två enheterna inom Skarpnäcks kommunala hemtjänst stadens mål för personalkontinuitet, medan den andra inte uppnår målet. Detta beror till viss del på geografiska svårigheter och kontinuiteten har även påverkats av coronapandemin. Som nämns ovan visar individuppföljningen att en hög andel svarar att det alltid eller oftast är samma personal som hjälper dem med beviljade insatser.



Under våren genomfördes egenkontroller av basala hygienrutiner, klädregler och korrekt användning av skyddsutrustning. Resultatet visade att följsamheten förbättrades från 74 procent till 92 procent under perioden mars till juli. Under våren genomförde även äldreförvaltningen en granskning av arbetskläder inklusive basal hygien, och Skarpnäcks hemtjänst egen regi fick godkänt utan anmärkning i granskningen.

### **Meningsfullhet och delaktighet**

Både individuppföljningen och brukarundersökningen visar på en hög grad av meningsfullhet och delaktighet i verksamheten. I båda undersökningarna är de svarande mycket nöjda med personalens bemötande och med sina möjligheter att påverka hur den beviljade hjälpen ska utföras. Individuppföljningen visar även att en stor andel av de som svarat anser att de får hjälp ungefär de tider du önskar och på överenskommet sätt. Samtidigt visar brukarundersökningen inte lika hög nöjdhet när det gäller att kunna påverka vid vilka tider man får hjälp. 91 procent av de som besvarat individuppföljningen anser att de får de insatser som är beviljade enligt biståndsbeslutet, vilket dock är något lägre än genomsnittet för staden.

Enheten har ett pågående arbete med att repetera enhetens värdegrundsarbete och implementera arbetssätt. Även kontaktmannaskap, arbete med genomförandeplan samt synpunkts- och klagomålshantering ingår i verksamhetens åtgärdsplan och kommer att utvecklas och stärkas under nästa år.

I kvalitetsobservationen beskrivs hur personalen planerar dagens arbetsuppgifter utifrån de äldres behov och önskemål, och gör de äldre delaktiga i omvårdnaden.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Verksamheten behöver framför allt utveckla sitt arbete med kontaktmannaskap, social dokumentation inklusive genomförandeplaner, egenkontroller och riskanalys. Det finns även ett antal rutiner som behöver utvecklas eller förtydligas.

Verksamheten har tagit fram en åtgärdsplan för att komma tillrätta med de brister som konstateras vid uppföljningen. Flertalet av åtgärderna ska genomföras senast till den 31 mars. Vissa rutiner och arbetssätt behöver dock utvecklas över längre tid och ska vara slutförda 2021-12-31. Detta gäller rutiner för samverkan externt och intern informationsöverföring, rutin för egenkontroll och utvecklingsarbete gällande egenkontroller, utbildningsinsatser i social dokumentation, och utveckling av kontaktmannaskapet.

**Uppföljningen är gjord av:**

Uppföljningen genomfördes 201015 av medicinskt ansvarig sjuksköterska Camilla Bucht och verksamhetscontroller Susanna Nytell på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning. Uppföljningen har genomförts genom möte med ledningen och samtal med medarbetare, på plats i verksamheten.

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Stiftelsen Oscar I:s minne**

Verksamhetschef: Barbara Szaro

Adress: Fogdevägen 21 128 41 Bagarmossen

Regiform: Fristående

Antal kunder från Stockholm: 5

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser såväl verksamhetens styrkor som utvecklingsområden för att stödja verksamheten i utvecklingsarbetet.

Till grund för denna bedömning ligger förvaltningens verksamhetsbesök som genomfördes 200212. Det finns inga andra underlag om verksamhetens kvalitet eftersom inga kvalitetsobservationer har genomförts i verksamheten och varken resultat av kvalitetsuppföljning på individnivå eller brukarundersökning kan redovisas på grund av för få kunder.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån den genomförda uppföljningen bedöms utföraren till stor del följa kraven i avtal, lagar och föreskrifter och därigenom ha de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet. Det finns dock vissa utvecklingsområden som beskrivs närmare nedan.

Stiftelsen Oscar I:s minne är ett privat boende för kvinnor. Hemmet är beläget i Bagarmossen i södra Stockholm och omges av en park. Det finns plats för 41 boende, som enligt stiftelsens stadgar ska vara ensamstående och över 50 år. De boende har varsin lägenhet och det finns också gemensamma lokaler. Måltider serveras i den gemensamma matsalen. För de boende som beviljas hemtjänstinsatser utförs de av serafimsystrar som bor på stiftelsen. I nuläget är det fem av de boende som har beviljade hemtjänstinsatser.

Verksamheten är liten och präglas av en mycket nära kontakt mellan medarbetare, chefer och omsorgstagare.

Verksamheten har ett fungerande ledningssystem, men vissa rutiner saknas eller behöver utvecklas vilket beskrivs närmare nedan.

### **Trygghet och säkerhet**

Det finns fungerande rutiner och arbetssätt för arbetsledning och informationsöverföring. Verksamheten har bara några få

medarbetare, och den person som ansvarar för den dagliga driften deltar själv i arbetet. Det är tydligt för medarbetarna vem deras arbetsledare är under dagtid och jourtid, och att det är lätt komma i kontakt med arbetsledningen. Det finns arbetssätt för ändamålsenlig informationsöverföring. Att verksamheten har så få kunder och så få anställda gör att omsorgskontinuiteten blir hög vilket skapar trygghet för kunderna.

Verksamheten har ett fungerande ledningssystem. Arbetet med riskanalyser behöver dock utvecklas och riskanalyser genomförs systematiskt och i enlighet med rutinen.

Äldreförvaltningen genomförde en granskning av arbetskläder inklusive basal hygien i verksamheten under våren 2020, med bedömningen godkänd.

### **Meningsfullhet och delaktighet**

Enligt utförarens egenkontroll har alla kunder genomförandeplaner och utföraren uppger att de används i det dagliga arbetet, som stöd för personcentrerade insatser.

Enligt verksamhetens värdegrund ska de boendes trivsel och trygghet genomsyra verksamheten, och deras rätt till självbestämmande och integritet ska respekteras.

De boende på stiftelsen har även möjlighet att påverka verksamheten, genom möten där verksamheten diskuteras. De boende har valda representanter som kan framföra de boendes synpunkter vid styrelsemöten.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Följande rutiner saknades vid uppföljningstillfället:

- Rutin om misstanke om brott mot den enskilde
- Rutin vid kännedom eller misstanke om att barn far illa saknas
- Rutin om att uppvisa registerutdrag vid arbete som innebär direkt och regelbunden kontakt med barn.

Rutinen om att uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck behöver utvecklas

Egenkontrollen av social dokumentation behöver förtydligas avseende:

- hur ofta löpande dokumentation görs

- om social dokumentation uppfyller ställda krav
- om genomförandeplanerna uppfyller ställda krav

Rutinen för riskanalys behöver utvecklas och riskanalyser genomförs systematiskt och i enlighet med rutinen. Riskanalyser behöver göras i större omfattning och med större djup för att säkra verksamhetens alla processer.

Bristerna ska vara åtgärdade senast till nästa uppföljningstillfälle.

**Uppföljningen är gjord av:**

Uppföljningen genomfördes 201015 av verksamhetscontroller Susanna Nyttell på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning. Uppföljningen har genomförts genom möte med ledningen och samtal med medarbetare, på plats i verksamheten.

## Verksamhetsuppföljning funktionsnedsättning

### Bedömning av verksamhetens kvalitet

#### Skarpnäcks dagliga verksamhet

Regiform: entreprenad

Insatsform: daglig verksamhet

Antal brukare i verksamheten: 32

Antal brukare från Stockholms stad: 32

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

#### Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till största del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Skarpnäcks dagliga verksamhet bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten har ett fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. I stadens brukarundersökning får verksamheten resultat som visar på hög grad av trivsel. Verksamhetens främsta styrka är delaktighet då brukarna i hög grad ges möjlighet att påverka verksamheten. Ett utvecklingsområde är att förbättra och systematisera den sociala dokumentationen.

#### Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbetet. Ledningssystemet innefattar löpande arbete med att systematiskt förbättra verksamheten genom att identifiera, följa upp och analysera avvikelser inom verksamheten. Egenkontroll utförs vanligtvis återkommande varje vår, men på grund av coronapandemin har egenkontroll inte genomförts vid tiden för verksamhetsuppföljning.

#### Social dokumentation och brukardelaktighet

Utifrån genomförd aktgranskning är bedömningen att verksamheten har visst behov av utveckling av den sociala dokumentationen. Den löpande dokumentationen är relevant och objektiv men inte tillräcklig. Verksamheten har efter verksamhetsuppföljningen redovisat åtgärdsplan för att förbättra den löpande dokumentationen.

Verksamheten genomför brukarråd en gång i veckan där tio brukare deltar. Deltagarna alternerar så att alla brukare som vill har möjlighet att delta. Varje brukare har även enskilda uppföljningstillfällen med sin stödperson för att kunna individanpassa schemat utifrån brukaren önskemål och behov.

### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten har låg personalomsättning med erfaren och kompetent personal, där 86 procent av ordinarie personal uppfyller kompetenskraven för verksamheten. Personalen fortbildas kontinuerligt med fokus utifrån bemötande och arbetssätt för att kunna tillgodose brukarnas behov. Verksamhetens stödpedagoger handleder personal kontinuerligt i arbetsmetoder och värderingsarbete sker återkommande på personalmöten.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Förbättra och vidareutveckla den sociala dokumentationen i enlighet med upprättad åtgärdsplan.
- Egenkontroll behöver utföras.

Verksamheten har redovisat inplanerat datum för egenkontroll till den 26 oktober 2020.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning september 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning september 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertialredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Statsrådsvägens gruppboende**

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppboende

Antal brukare i verksamheten: 5

Antal brukare från Stockholms stad: 5

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till viss del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Statsrådsvägens gruppboende har ett ledningssystem som ger förutsättningar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Verksamheten behöver däremot utveckla och systematisera sin avvikelshantering. I stadens brukarundersökning får verksamheten inget eget resultat på grund av att för få brukare har besvarat enkäten. Utvecklingsområden är att förbättra och systematisera den sociala dokumentationen samt höja kompetensen kring avvikelshantering samt lex Sarah.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbetet. Verksamheten behöver förbättra sitt systematiska arbete med att identifiera, följa upp och analysera avvikelser inom verksamheten. Vidare behöver personalens kompetens rörande avvikelshantering samt lex Sarah behöver förbättras. Egenkontroll utförs vanligtvis återkommande varje vår, men på grund av coronapandemin har egenkontroll inte genomförts vid tiden för verksamhetsuppföljning. Förvaltningen rekommenderar verksamheten extern handledning i syfte att stödja och utveckla medarbetarna inom yrkesområdet.

### **Social dokumentation och brukardelaktighet**

Utifrån genomförd aktgranskning är bedömningen att verksamheten har behov av utveckling av den sociala dokumentationen. Den löpande dokumentationen är relevant och objektiv men inte tillräcklig. Verksamheten har efter verksamhetsuppföljningen redovisat åtgärdsplan för att förbättra den löpande dokumentationen. Verksamheten har inte haft regelbundna brukarråd, verksamhetschef har redovisat en plan för att införa brukarråd en gång i kvartalet med start i december 2020. Varje brukare kommer även med start i december ha enskilda



uppföljningstillfällen med sin stödperson för att kunna individanpassa sitt schema utifrån egna önskemål och behov.

### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten har hög personalomsättning, majoriteten av personalen är anställda under år 2020. 83 procent av ordinarie personal uppfyller kompetenskraven för verksamheten. Det finns en tydlig kompetensutvecklingsplan för samtliga i personalen. Verksamhetens stödpedagog har i uppdrag att handleda personal kontinuerligt i arbetsmetoder.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Förbättra och vidareutveckla den sociala dokumentationen i enlighet med upprättad åtgärdsplan.
- Samtliga genomförandeplaner behöver revideras så de blir aktuella.
- Egenkontroll behöver utföras.
- Personalens kompetens kring avvikelser- och synpunkter och klagomålshantering behöver förbättras.
- Personalens kompetens om lex Sarah behöver förbättras.
- Personalens kompetens kring kost behöver förbättras.
- Samtlig personal ska genomgå utbildning i basala hygienrutiner samt livsmedelshygien.
- Samtlig personal ska genomgå hygienutbildning riktad mot covid-19 och smittspridning.
- Brandövning behöver genomföras.
- Brandsäkert skåp för förvaring av dokumentation ska införskaffas.

Verksamheten har redovisat att egenkontroll kommer ske senast den 30 november 2020. Brandövning är bokad till den 16 december 2020. Beställning av brandsäkert skåp har påbörjats.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning september och oktober 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning september och oktober 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertialredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Svarbäcksvägens gruppboende**

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppboende

Antal brukare i verksamheten: 4

Antal brukare från Stockholms stad: 4

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till största del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Svarbäcksvägens gruppboende bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten har ett fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Verksamheten har låg personalomsättning och en majoritet av de anställda har jobbat fyra år eller längre på boendet. Verksamheten fick mycket goda resultat i brukarundersökningen 2019. Ett utvecklingsområde är att förbättra och systematisera den sociala dokumentationen.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbetet. Ledningssystemet innefattar löpande arbete med att systematiskt förbättra verksamheten genom att identifiera, följa upp och analysera avvikelser inom verksamheten. Egenkontroll utförs varje vår, på grund av coronapandemin blev årets egenkontroll framskjuten till hösten 2020.

### **Social dokumentation och brukardelaktighet**

Verksamheten har ett visst behov av utveckling av den sociala dokumentationen. Den löpande dokumentationen är relevant och objektiv men inte tillräcklig. Verksamheten har efter verksamhetsuppföljningen redovisat åtgärdsplan för att förbättra den löpande dokumentationen samt höja personalens kompetens kring dokumentation. Verksamheten har inga brukarråd i dagsläget, endast två brukare har förmågan att delta i gruppmöten så samtliga brukare har istället individuella samtal varje vecka med utsedd stödperson för att säkerställa att brukarna får den hjälp de är i behov av på det sätt de önskar. Verksamheten fick mycket goda resultat i brukarundersökningen 2019.

### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten har låg personalomsättning med erfaren och kompetent personal, där 82 procent av ordinarie personal uppfyller kompetenskraven för verksamheten. Personalen fortbildas kontinuerligt, extern handledning är inbokad med fokus på bemötande och förhållningssätt gentemot brukarna. Förvaltningen rekommenderar att verksamheten startar upp sitt i dagsläget vilande värderingsarbete, för att ge personalen möjlighet att utveckla sitt professionella förhållningssätt och bemötande gentemot brukarna.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Förbättra och vidareutveckla den sociala dokumentationen i enlighet med upprättad åtgärdsplan.
- Samtliga ordinarie personal ska genomgå utbildning i livsmedelshygien samt kost.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning september och oktober 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning september och oktober 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertialredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Kalmgatans gruppboende**

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppboende

Antal brukare i verksamheten: 5

Antal brukare från Stockholms stad: 5

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till största del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Kalmgatans gruppboende har de resurser och förutsättningar som behövs för att bedriva en verksamhet av god kvalitet.

Verksamheten har ett fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. I stadens brukarundersökning får verksamheten inget eget resultat på grund av att för få brukare har besvarat enkäten.

Utvecklingsområden är att förbättra och systematisera den sociala dokumentationen samt höja kompetensen kring avvikelshantering och lex Sarah.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbetet. Verksamheten behöver utveckla sitt arbete med att identifiera, följa upp och analysera avvikelser inom verksamheten. Personalens kompetens om lex Sarah behöver förbättras.

Egenkontroll utförs varje vår, men på grund av coronapandemin har egenkontroll inte genomförts vid tiden för verksamhetsuppföljning.

### **Social dokumentation och brukardelaktighet**

Verksamheten har ett visst behov av utveckling av den sociala dokumentationen. Den löpande dokumentationen är relevant och objektiv men inte tillräcklig. Verksamheten har efter verksamhetsuppföljningen redovisat åtgärdsplan för att förbättra den löpande dokumentationen.

Verksamheten har inte haft regelbundna brukarråd eller dokumenterade individuella möten med brukarna. Efter verksamhetsuppföljningen har en plan för att införa brukarråd en gång i veckan med start i oktober 2020 redovisats för förvaltningen.

### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten har identifierat ett behov av att arbeta med lågaffektivt bemötande samt tydliggörande pedagogik. Personalen kommer erbjudas kompetensutveckling i form av utbildning samt extern handledning kopplat till bemötande. 88 procent av ordinarie personal uppnår kompetenskravet för att arbeta med målgruppen. Verksamheten använder flera olika hjälpmedel anpassade efter brukarnas individuella behov.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Förbättra och vidareutveckla den sociala dokumentationen i enlighet med upprättad åtgärdsplan.
- Förbättra arbetet med avvikelser- och synpunkter och klagomålshantering.
- Förbättra personalens kompetens om lex Sarah.
- Samtlig ordinarie personal behöver genomgå utbildning i hjärt- och lungräddning samt kost.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning oktober 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning oktober 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertiäredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Fogdevägens gruppboende**

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppboende

Antal brukare i verksamheten: 4

Antal brukare från Stockholms stad: 4

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till största del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Verksamheten har ett fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Utvecklingsområden är att förbättra den sociala dokumentationen, höja kompetensen kring kost, livsmedelshygien, covid-19 och smittspridning. Verksamheten har presenterat en åtgärd för att säkerställa att över 80 procent av personalen uppnår kompetenskravet på adekvat utbildning. Verksamheten använder sig av flera olika slags kognitiva hjälpmedel för att stödja brukarna i sina sociala förmågor.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbetet. Verksamhetschef har det senaste året lagt fokus på att förbättra avvikelshantering vilken resulterat i fler avvikelserapporteringar som sedan använts i verksamhetens förbättringsarbete. Attendos kvalitetsledning genomförde under november månad första egenkontrollen av verksamheten sedan uppstarten hösten 2019.

### **Social dokumentation och brukardelaktighet**

Verksamheten har ett visst behov av utveckling av den sociala dokumentationen. Den löpande dokumentationen är relevant och objektiv men inte tillräcklig. Verksamheten har redovisat åtgärdsplan för hur den sociala dokumentationen ska förbättras vilken innefattar bland annat kontinuerliga egenkontroller av dokumentationen. Verksamheten har endast haft två brukarråd under 2020, samtliga brukare har däremot haft individuella möten med personal varje vecka för att följa upp brukarens önskemål. Fogdevägens gruppboende planerar införa veckovisa brukarråd med start i december 2020.

### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten har under hösten 2020 påbörjat arbete med att implementera metoden ABB (analys och anpassat bemötande). Personalen kommer även utbildas om autism och hälsofrämjande arbetssätt. 78 procent av ordinarie personal uppnår i dagsläget kompetenskravet för att arbeta med målgruppen. Verksamheten har redovisat att en medarbetare utbildar sig till undersköterska, när utbildningen är slutförd kommer verksamheten nå förvaltningens utbildningskrav som är att minst 80 procent av personalen har adekvat utbildning. Utbildningen beräknas vara slutförd under år 2021. Verksamheten använder flera olika hjälpmedel anpassade efter brukarnas individuella behov, så som kommunikationskarta och valplattor.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Förbättra och vidareutveckla den sociala dokumentationen i enlighet med upprättad åtgärdsplan.
- Egenkontroll av lokaler och brandutrustning inom verksamheten samt brandövning behöver utföras.
- Samtlig ordinarie personal behöver genomgå utbildning i hjärt- och lungräddning, kost, livsmedelshygien samt hygienutbildning med inriktning covid-19 och smittspridning.
- Brukarråd ska införas med start i december 2020.
- Säkerställa att minst 80 procent av ordinarie personal uppnår kompetenskrav på adekvat utbildning under 2021.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning oktober och november 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning oktober och november 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertialredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Petrejusvägens gruppboende**

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppboende

Antal brukare i verksamheten: 6

Antal brukare från Stockholms stad: 6

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att utföraren till största del bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning, visst utvecklingsbehov finns. Verksamheten har ett fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Ett utvecklingsområde är att vidareutveckla arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah. Verksamheten uppnår i dagsläget inte kravet på att minst 80 procent av personalen ska ha adekvat utbildning för att arbeta med målgruppen. Åtgärdsplan för validering har presenterats för förvaltningen. Personalens kompetens kring kost samt covid-19 och smittspridning behöver höjas. Verksamheten arbetar med tydliggörande pedagogik och använder bildstöd, verksamheten är HBTQ-certifierad.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten bedöms ha ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbete. Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah rekommenderas då antalet inkomna händelser är relativt få. Attendos kvalitetsledning genomför egenkontroll av verksamheten en gång per år, vårens planerade kontroll har skjutits fram till november på grund av coronapandemin.

### **Social dokumentation och brukardelaktighet**

Verksamhetens sociala dokumentation bedöms vara relevant, objektiv och tillräcklig. Rutiner gällande journalföring och uppföljning av genomförandeplan är implementerade, brukarnas faktiska omständigheter och måluppfyllelse går att följa. Verksamheten har vanligtvis brukarråd en gång i veckan, under perioden mars-oktober 2020 har mötena ställts in på grund av pågående pandemi. Brukarnas delaktighet har säkerställts genom individuella möten varje vecka för att följa upp deras önskemål. Brukarråden planeras återupptas under november månad. Verksamheten fick goda resultat i brukarundersökningen 2019.



### **Bemötande, kompetens och arbetssätt**

Verksamheten uppfyller i dagsläget inte förvaltningens krav på att minst 80 procent av ordinarie personal har adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning. Verksamheten har redovisat en åtgärdsplan för validering av fyra medarbetares kompetens. Valideringsprocessen följs upp av verksamhetscontroller i maj 2021, verksamheten ska redovisa underlag gällande genomförd validering i juni. Verksamheten är HBTQ-certifierad och bedriver ett systematiskt arbete med normer kopplat till kön och sexualitet. Tydliggörande pedagogik med bildstöd används med brukarna.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

Här listas kort både brister, avvikelser och viktiga utvecklingsområden utifrån uppföljarens bedömning som utföraren behöver åtgärda.

- Vidareutveckla arbetet med synpunkter och klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Säkerställa att minst 80 procent av ordinarie personal uppnår kompetenskravet på adekvat utbildning under 2021.
- Redovisa genomförd validering av berörd personals kompetens till förvaltningen senast i juni 2021.
- Samtlig ordinarie personal behöver genomgå utbildning i hjärt- och lungräddning, kost samt hygienutbildning med inriktning covid-19 och smittspridning.
- Brukarråd ska införas i november 2020, i enlighet med verksamhetens egen planering.
- Brandövning behöver genomföras

Verksamheten har redovisat att egenkontroll har genomförts den 5 november 2020. Brandutbildning med efterföljande utrymningsövning är bokad till den 10 november 2020. Kurs i hjärt- och lungräddning är bokad till 24 februari 2021.

### **Uppföljningen är gjord av:**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning oktober och november 2020.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning oktober och november 2020
- Underlag från beställarenhet september 2020
- Brukarundersökning december 2019
- Tertiälredovisning 2 2020
- Kvalitetsberättelse och egenkontroller 2019
- Inkomna synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter

## **Verksamhetsuppföljning socialpsykiatri samt funktionsnedsättning avseende avlösning/ledsagning**

### **Bedömning av verksamheternas kvalitet**

**Sammanfattande bedömning:** Verksamhetsuppföljningar inom socialpsykiatri och verksamheter för personer med funktionsnedsättning har följts upp på uppdrag av socialförvaltningen enligt stadens mallar. För majoriteten av verksamheterna har uppföljningarna visat att verksamhet bedrivs enligt avtal. En verksamhet har efter uppföljning lämnats för vidare hantering inom socialförvaltningen då det framkommit oklarheter gällande lokal och dokumentation. Utvecklingsarbete bedrivs i olika omfattning i verksamheterna, men ett gemensamt förbättringsområde är systematisk hantering av synpunkter och klagomål, som ofta hanteras lösningsfokuserat och inte inkluderas i verksamhetens kvalitetsarbete. Uppföljningarna är gjorda av verksamhetscontroller Patricia Hamberg på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.