

Verksamhetsuppföljningar 2021

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. Uppföljning av utförarverksamheter inom funktionsnedsättning samt 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	Antal platser Sthlms stad*
Hemmet för gamla, demens	Äldreomsorg	Egen regi	Äldre-förvaltningen	31 platser	31
Hemmet för gamla, somatik	Äldreomsorg	Egen regi	Äldre-förvaltningen	32	32
Flygarhöjden	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	27	25
Ersta Mariahemmet	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	83	74
Judiska hemmet	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	76	46
Sarahemmet	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	54	11
Båthöjden Plaza	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	56	0
Sarvträsk	Äldreomsorg	Privat regi	Äldre-förvaltningen	36	2
Nathorstvägens gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5
Byälsvvägens servicebo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	7	7
Pilvingegatans gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5
Rusthållarvägens gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5
Skarabäckens gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5
Skarpnäcks allés gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5
Kalmgatans gruppbo- stadsbostad	Funktions- nedsättning	Entreprenad/ Attendo LSS	Socialförvaltningen/ Egen modell	5	5

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

Verksamhetsuppföljningar äldreomsorg

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Hemmet för gamla demens

Regiform: kommunal regi

Inriktning: demens

Antal lägenheter: 31

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 verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god och säker vård och omsorg.

Hemmet för gamla demens ligger i ett lugnt villaområde omgiven av naturtomt. Lokalerna är ljusa och välskötta med stora gemensamhetsutrymmen. Till verksamhetens styrkor hör bland annat personalens kompetens om demenssjukdomar, ett gott bemötande och ett strukturerat ledningssystem som säkerställer systematiskt kvalitetsarbete.

Resultat i brukarundersökningar och kvalitetsuppföljning på individnivå visar överlag på en mycket hög nöjdhet hos de boende, framför allt när det gäller upplevd trygghet, respektfullt bemötande, möjlighet att få träffa sjuksköterska vid behov samt nöjdhet över mat och måltidssituationen.

Under verksamhetsuppföljningen framkom att verksamheten behöver öka förståelsen inom personalgruppen gällande vikten av systematik i hanteringen av synpunkter och klagomål. Åtgärdsplan har redovisat gällande hur verksamheten ska öka medvetenheten och kompetensen kring det systematiska kvalitetsarbetet.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har ett tydligt och lättillgängligt ledningssystem anpassat till verksamheten.

Identifierade processer och implementerade rutiner säkrar kvaliteten på de insatser som ges. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används för förbättra och vidareutveckla verksamheten. Både ledning och medarbetare uppger att informationsöverföring, samverkan samt det tvärprofessionella teamarbetet fungerar väl. Verksamheten bedöms efterleva kravet på egenkontroller mycket väl, resultaten från egenkontrollerna används i kvalitetsarbetet.

Rutin för avvikelshantering finns och avvikelser, synpunkter och klagomål används för att utveckla verksamhetens kvalitet. I samband med verksamhetsuppföljningen har rutinen för lex Sarah-rapportering setts över, bland annat för att förtydliga hur en medarbetare kan gå till väga för att rapportera utan att gå via sin närmsta chef samt vart en lex Sarah-rapport ska skickas. Medarbetare tar emot och åtgärdar synpunkter och klagomål däremot brister verksamheten i att skriftligen registrera samtliga inkomna synpunkter och klagomål. Därav finns ett utvecklingsbehov hos verksamheten att systematisera hanteringen av synpunkter och klagomål. En åtgärdsplan för detta har redovisats.

Personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet och flera medarbetare har specifika ansvarsområden så som palliativt ombud, anhörigombud, måltidsombud med flera. Personal erbjuds kompetensutveckling inom demensområdet för att säkerställa att de boende och deras anhöriga möts av personal med kunskap om demenssjukdom. Verksamheten har utvecklat ett heltäckande informationsmaterial som ges till boende och anhöriga vid inflyttning. I den nationella brukarundersökningen från 2020 fick verksamheten 100 procent positiva svar på frågan om den äldre känner sig trygg på äldreboendet. Denna bild bekräftas av stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2021 där alla som svarat uppger att personalen bemöter dem på ett respektfullt sätt.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Verksamheten arbetar utifrån den nationella värdegrunden samt Stockholms stads värdegrund. Verksamheten har utifrån dessa format en egen värdegrund: "Alla människor har lika värde, alla människor ska bemötas med respekt, alla människor har en rätt till trygghet och välbefinnande". Verksamhetens värdegrund har i samband med uppföljningen setts över, bland annat för att förtydliga på vilket sätt det dagliga arbetet genomsyras av

värdegrunden samt att de äldre ska stå i fokus, inte medarbetarna. Verksamheten arbetar enligt de arbetssätt som anges i metoden BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Medarbetarna kompetensutvecklas bland annat i strategier vid BPSD och bemötande vid demenssjukdom.

Verksamheten har rutiner och ett strukturerat arbetssätt för delaktighet. Välkomstsamtal erbjuds för att möjliggöra delaktighet både för boende och anhöriga. Den sociala dokumentationen och genomförandeplaner är ett viktigt verktyg i planerandet av insatserna. Verksamheten har köpt in en mobil dokumentationsstation för att kunna upprätta genomförandeplaner tillsammans med boende och anhöriga digitalt. Syftet med detta arbetssätt är att planera insatserna tillsammans utifrån individens önskemål. Anhöriga erbjuds digitala månadsbrev med information om aktiviteter och andra aktuella händelser på boendet.

Hemmet för gamla demens ligger i ett lugnt villaområde i Enskede. Verksamheten omges av en stor naturskön tomt och det finns flera promenadstråk i området. De boende erbjuds utevistelse och aktiviteter dagligen, varje avdelning har dessutom gemensam balkong eller uteplats som nyttjas av de boende. Lokalerna är välskötta med stora gemensamhetsutrymmen. Verksamheten har ett uppskattat och välbesökt gym som är bemannat flera dagar i veckan.

Den nationella brukarundersökningen från 2020 visar att en hög andel av de boende som svarat anser att personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete och att maten brukar smaka bra. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2021 uppger samtliga som svarat att de är nöjda med maten som serveras och med måltidssituationerna. När det gäller nöjdhet med aktiviteter är snittet högre än i staden totalt. En relativt hög andel anser att de sällan får komma ut i den utsträckning som de önskar. Verksamheten har utvecklat rutiner och arbetssätt kring utevistelse för att öka möjligheten att komma ut även vid sämre väderförhållanden samt att erbjuda fler gemensamma aktiviteter utomhus.

Kvalitetsundersökningen på individnivå 2021 visar även att en något högre andel av de boende på Hemmet för gamla demens anser att personalen har tid för samtal, jämfört med genomsnittet i staden.

Verksamheten behöver åtgärda

De få brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med att systematisera hanteringen av synpunkter och klagomål såsom beskrivits ovan, samt fortsätta arbeta med att implementera värdegrunden i det dagliga arbetet.

Uppföljningen är gjord av

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Isabelle Wall vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2021-09-30 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning september 2021 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2020 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå januari-oktober 2021 (resultatkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Hemmet för gamla somatik

Regiform: kommunal regi

Inriktning: somatik

Antal lägenheter: 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

Hemmet för gamla somatik blev en egen enhet 1 januari 2021, tidigare verksamhetsuppföljningar omfattade både somatik- och demensavdelning under namnet Hemmet för gamla. Enhetschef är den samma som innan omorganisationen. Uppföljningen visar att verksamheten följer de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en säker och god vård och omsorg. Fortsatt utvecklingsbehov finns bland annat med att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet med egenkontroller och riskanalyser.

Från verksamhetsuppföljningen 2019 kvarstår vissa brister, så som att ett antal skriftliga rutiner saknas, anpassningar i ledningssystemet till lokala förutsättningar saknas samt att värdegrundsarbetet behöver utvecklas. Verksamheten har tagit fram en åtgärdsplan som kommer följas upp i mars 2022 av verksamhetscontroller och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Hemmet för gamla somatik ligger i ett lugnt villaområde omgiven av naturtomt. Lokalerna är ljusa och välskötta med stora gemensamhetsutrymmen. Till verksamhetens styrkor hör bland annat erfaren och engagerad personal, god mat och trevliga måltider samt en trivsamt miljö utomhus runt boendet. Verksamheten har även ett uppskattat och välbesökt gym som är bemannat flera dagar i veckan. Bilden bekräftas av resultat i brukarundersökningar och kvalitetsuppföljning på individnivå som visar överlag på en mycket hög nöjdhet hos de boende, framför allt när det gäller upplevd trygghet, nöjdhet med de aktiviteter som erbjuds samt nöjdhet över mat och måltidssituationen.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har förutsättningar för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg.

Ledningssystemet behöver dock anpassas till lokala förutsättningar och processer, verksamheten saknas även vissa skriftliga rutiner som efterfrågats under uppföljningen. Både ledning och medarbetare uppger att informationsöverföring, samverkan samt det tvärprofessionella teamarbetet fungerar väl. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet, dock finns ett utvecklingsområde i att analysera resultaten över genomförda kontroller och sedan använda resultatet i kvalitetsarbetet.

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Avvikelser, synpunkter och klagomål åtgärdas skyndsamt av personalen däremot brister verksamheten i att skriftligen registrera samtliga inkomna synpunkter och klagomål varav systematiken går förlorad. Verksamheten har redovisat en åtgärdsplan för hur avvikelshanteringen kan förbättras och systematiseras. Arbetet med lex Sarah bedöms efterlevas, verksamheten kan dock med fördel se över rutinerna och tydliggöra processerna.

Personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet och flera medarbetare har specifika ansvarsområden så som palliativt ombud, anhörigombud, måltidsombud med flera. Omvårdnadspersonalen är engagerad och erfaren, majoriteten har undersköterskeutbildning. Verksamheten arbetar i tvärprofessionella team där samtliga yrkeskategorier gemensamt planerar och följer upp vården utifrån den enskildes behov. Verksamheten har god följsamhet till rutiner om basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder, hygienombud finns på varje avdelning. De egenkontroller som hygienombuden genomfört har haft goda resultat.

I den nationella brukarundersökningen från 2020 fick verksamheten 100 procent positiva svar på frågan om den äldre känner sig trygg på äldreboendet. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2021 uppger 91 procent att personalen bemöter dem på ett respektfullt sätt, jämfört med 96 procent i staden totalt. Verksamheten arbetar kontinuerligt med bemötandefrågor för att förbättra resultatet.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Verksamheten arbetar utifrån den nationella värdegrunden samt Stockholms stads värdegrund. Verksamhetens egen värdegrund präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet, de äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, trygghet

och meningsfullhet. Verksamhetens värdegrund har i samband med uppföljningen setts över, bland annat för att förtydliga på vilket sätt det dagliga arbetet genomsyras av värdegrunden samt att de äldre ska stå i fokus, inte medarbetarna.

Gemensamma aktiviteter och utevistelse erbjuds varje dag, verksamheten har utsedda aktivitetsansvariga. Varje avdelning har dessutom gemensam balkong eller uteplats som nyttjas av de boende. Lokalerna är välskötta med stora gemensamhetsutrymmen och ett välbesökt gym som är bemannat flera dagar i veckan. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2021 uppger en högre andel än i staden totalt att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. 78 procent uppger att de får komma ut i den utsträckning som de önskar, jämfört med 65 procent i staden totalt.

Den nationella brukarundersökningen från 2020 visar att en hög andel av de boende som svarat anser att personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete och att maten brukar smaka bra. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2021 uppger samtliga som svarat att de är nöjda med maten som serveras och med måltidssituationerna. Verksamheten arbetar för att bibehålla de goda resultaten.

En relativt låg andel anser att de har möjlighet att påverka hur hjälpen genomförs, 70 procent jämfört med 86 procent i staden totalt. Verksamheten har ett pågående utvecklingsarbete kring social dokumentation och genomförandeplaner. Rutiner och arbetssätt ses över för att tydliggöra de äldres önskemål och behov gällande den vård och omsorg som ges.

Kvalitetsundersökningen på individnivå 2021 visar även att en högre andel av de boende på Hemmet för gamla somatik anser att det är ungefär samma personer som hjälper den äldre, jämfört med genomsnittet i staden.

Verksamheten behöver åtgärda

Flera brister uppmärksammades i samband med verksamhetsuppföljningen, ett antal skriftliga rutiner har åtgärdats men utvecklingsbehov kvarstår. Bland annat att fortsätta arbeta med att implementera värdegrunden i det dagliga arbetet, anpassa ledningssystemet till lokala förutsättningar, skapa och revidera skriftliga rutiner, utveckla arbetet med synpunkter och klagomål samt riskanalyser och egenkontroller. Då åtgärderna bedöms vara tidskrävande har verksamheten tagit fram en åtgärdsplan.

Åtgärdsplanen följs upp i mars 2022 av verksamhetscontroller och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Uppföljningen är gjord av

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Susanna Nyttell och Isabelle Wall vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2021-09-23 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning september 2021 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2020 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå januari-oktober 2021 (resultatkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Attendo Flygarhöjden

Regiform: privat

Inriktning: demens (profil)

Antal lägenheter: 27 på demensavdelningen

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

Attendo Flygarhöjden består dels av ett profilboende med inriktning mot Huntingtons sjukdom (som inte omfattas av verksamhetsuppföljningen) och dels ett demensboende. Uppföljningen av demensboendet visar att verksamheten följer de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en säker vård och omsorg av god kvalitet. Verksamheten har sedan tidigare uppföljning bedrivit ett utvecklingsarbete, och har gjort tydliga framsteg på ledningsnivå. Det som nu kvarstår som utvecklingsområde är att fortsätta implementera rutiner och arbetssätt och säkerställa medarbetarnas kompetens inom demensområdet. Verksamheten behöver fortsätta utbildningsinsatserna och hitta en struktur som stödjer arbetet med att säkerställa att de arbetssätt som anges inom BPSD tillämpas i hela verksamheten. Arbetet med avvikelshantering samt lex Sarah- och lex Maria-rapportering är också ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamheten har tidigare haft många chefsbyten. Den nuvarande verksamhetschefen har dock varit på plats sedan hösten 2019 och medarbetarna uttrycker nu ett stort förtroende för ledningen.

Underlaget för uppföljningen är begränsat då verksamheten under 2019 och 2020 haft för få svarande i nationella brukarundersökningar för att kunna få ett resultat, liksom i stadens kvalitetsuppföljning på individnivå. Det har inte heller gjorts några inspektioner eller observationer sedan januari 2018. Det innebär att det finns för lite underlag för att kunna bedöma verksamhetens process- och resultat kvalitet och uppföljningen fokuserar därför till stor del på strukturkvalitet.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har förutsättningar för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg.

Verksamheten har ett tydligt och lättillgängligt ledningssystem. Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten. Verksamheten har en intern egenkontroll av rutiner och dokument för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas som är strukturerad. Enligt utförarens egenkontroll uppfyller Flygarhöjden ställda krav.

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för hantering av avvikelser, och antalet rapporterade avvikelser har ökat sedan föregående år men ledningen bedömer att det fortfarande är ett utvecklingsområde. Vikten av att rapportera avvikelser lyfts fram i medarbetarsamtal och av teamledare och sjuksköterskor. Det inkommer inte heller så många synpunkter och klagomål, vilket enligt utföraren delvis beror på att många boende har god man och att det inte finns så många anhöriga som är engagerade i verksamheten. Det finns kvalitetsombud på varje avdelning och varje månad hålls ett kvalitetsmöte där inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål går igenom och behov av förbättringar och åtgärder analyseras. Verksamheten behöver även fortsätta arbeta för att öka kunskapen kring lex Sarah- och lex Maria-rapportering som en del i kvalitetsarbetet.

Verksamheten har inte fått något resultat från stadens brukarundersökning för 2020 och för 2019 redovisas svaren endast för ett fåtal frågor på grund av låg svarsfrekvens. Utföraren menar att en förklaring till det är att många boende inte har några anhöriga utan gode män som inte har besvarat enkäten. Undersökningen från 2018 hade något högre svarsfrekvens och resultaten var relativt låga gällande trygghet, upplevelsen av personalens bemötande och möjlighet att få kontakt med personalen. Attendos interna brukarundersökning som genomfördes senast i december 2020 hade 15 svarande vilket motsvarar 55 procent av de boende. Av dessa svarade alla att de överlag var nöjda med verksamheten. Attendos undersökning skickas till anhöriga via e-post med en QR-kod medan den nationella brukarundersökningen skickas med brev, vilket utföraren tror är en del av förklaringen till att färre besvarar den.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Rutiner och arbetssätt finns för att implementera den nationella värdegrunden. Medarbetarna berättar att de även arbetar enligt

Attendos värdegrund och hur de tillämpar värdegrunden i det dagliga arbetet för att de boende ska känna trygghet och få ett bra bemötande, respekt och självbestämmande.

Alla medarbetare har fått utbildning i BPSD och alla boende är registrerade, men ledningen bedömer att det är ett fortsatt utvecklingsområde eftersom många medarbetare ännu inte fullt har börjat tillämpa arbetssätten inom BPSD. Verksamheten behöver fortsätta utbildningsinsatserna och hitta en struktur som stödjer arbetet, för att säkerställa att de arbetssätt som anges inom BPSD tillämpas i hela verksamheten. Vid den tidigare verksamhetsuppföljningen 2019 upplevdes lokalerna på demensavdelningen som kala. Det har skett en förbättring sedan dess men verksamheten behöver fortsätta arbeta för att skapa en mer hemlik miljö som är bättre anpassad till målgruppens behov.

Utifrån resultaten av den interna brukarundersökningen och individuella samtal med de boende har en handlingsplan tagits fram där fokus ligger på mat och måltider, utevistelse och gemensamma utrymmen. De boende erbjuds valfrihet i samband med måltiderna. Maten levereras till verksamheten men tillagas delvis på plats och matbröd och kaffebröd bakas regelbundet på plats. Medarbetarna berättar hur de gör för att måltiden ska bli en lugn och trevlig stund för de boende.

Gemensamma aktiviteter erbjuds förmiddag och eftermiddag. De boendes möjlighet till utevistelse och egen tid med kontaktmannen följs upp av kvalitetssamordnare för att säkerställa att de boende har möjlighet till individuella aktiviteter utifrån egna behov och intressen.

Verksamheten behöver åtgärda

Arbetet med avvikelserapportering samt lex Sarah- och lex Maria-rapportering är ett utvecklingsområde, liksom fortsatt kompetensutveckling om demens, för att säkerställa att alla medarbetare tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD.

Uppföljningen är gjord av:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Susanna Nyttell, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten genom samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna 210511 och möte med ledningen 210531.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021 (strukturkvalitet)
- Verksamhetsuppföljning maj 2019 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2018 (resultatkvalitet)
- Inspektion januari 2018 (struktur- och processkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Judiska hemmet

Regiform privat

Inriktning: somatik och demens

Antal lägenheter: 76

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 verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Judiska hemmet eftersträvar att erbjuda en trygg och hemlik miljö utifrån judisk tro och levnadssätt vilket uppfylls genom boendemiljö, mat och kompetens inom personalen. Till verksamhetens styrkor hör bland annat hög kompetens bland personalen, särskilt inom posttraumatisk stress (PTSD), en vacker och hemlik utomhus- och inomhusmiljö samt eget kök specialiserat på koschermat.

Resultat i brukarundersökningar och kvalitetsuppföljning på individnivå visar överlag på en mycket hög nöjdhet hos de boende, framför allt när det gäller upplevd trygghet, bra bemötande och förtroende för personalen.

Verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med lex Sarah-rapportering och säkerställa att ett positivt synsätt på lex Sarah-rapportering som en del av kvalitetsarbetet genomsyrar hela verksamheten. Verksamheten behöver även fortsätta arbeta med att utveckla struktur och tydlighet i ledningssystem, processer och rutiner.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg, anpassad till de boendes individuella behov. Verksamheten har ett fungerande kvalitets- och ledningssystem som även omfattar dess verksamhetsidé om judisk tro och levnadssätt. Trygghet för den enskilde liksom i verksamheten som helhet är ett fokusområde som genomsyrar arbetssätt och rutiner. Många av de boenden lider av olika trauman,

vilket leder till ökade behov av kunskap hos all personal, bland annat inom PTSD.

Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten. Verksamheten rekommenderas dock att fortsätta utveckla sina arbetssätt för att göra riskbedömningar och ta fram åtgärder för att hantera identifierade risker.

Rutinen för lex Sarah-rapportering har setts över i samband med verksamhetsuppföljningen, bland annat för att förtydliga rapporteringsskyldigheten och hur information ska skickas till beställande nämnd. Ledningen har även tagit fram en åtgärdsplan för hur de planerar att säkerställa ett positivt synsätt till lex Sarah-rapportering. Arbetet behöver fortsätta i enlighet med åtgärdsplanen för att öka lex Sarah-rapporteringen inom verksamheten.

Den nationella brukarundersökningen från 2020 visar att 97 procent av de som svarat känner sig trygga på boendet, upplever att de får ett bra bemötande från personalen och känner förtroende för dem. Denna bild bekräftas av stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2019 där alla som svarat uppger att personalen bemöter dem respektfullt, att det brukar vara ungefär samma personer som hjälper dem och en hög andel svarar även att personalen kommer inom rimlig tid om de påkallar hjälp.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Verksamheten arbetar dels utifrån sin egen värdegrund *"En trygghet att med värdighet få åldras bland de sina, genom lojalitet med judisk tro och tradition och genom professionellt yrkesutövande, samt enligt judisk tradition"*, men även utifrån den nationella värdegrunden. Alla medarbetare genomför webutbildning i den nationella värdegrunden. Utbildning i BPSD och bedömning av de boende pågår.

Det framkommer tydligt att verksamheten har ett välstrukturerat arbetssätt och rutiner för delaktighet och information till anhöriga. I samband med verksamhetsuppföljningen har det förtydligats i verksamhetens informationsblad att information till anhöriga endast sker med boendes samtycke

Verksamheten har eget kök med kostchef som bereder mat enligt koscher. De boende lider inte sällan av olika former av trauma som berör måltider direkt eller indirekt. Kökspersonalen har därför utbildning i PTSD och trauma, och mat och måltiderna anpassas utifrån enskildas önskemål och behov.

Lokalerna är välskötta och trevligt inredda vilket skapar en hemlik miljö med tydliga inslag av judisk tradition och kultur. Verksamheten har två innergårdar som anpassats för de boende och möjliggör utevistelse i trygg miljö.

Den nationella brukarundersökningen från 2020 visar att en hög andel av de boende som svarat anser att personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete, att de kan påverka vid vilka tider de får hjälp, att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål och att möjligheterna att komma utomhus är bra. En relativt låg andel svarar även att de besväras av ensamhet. När det gäller nöjdhet med aktiviteter, mat och måltidssituationen ligger resultaten ungefär i nivå med genomsnittet i staden. Bilden bekräftas av stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2019, som även visar att en något högre andel av de boende på Judiska hemmet anser att personalen har tid för samtal, jämfört med genomsnittet i staden.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med lex Sarah-rapportering såsom beskrivits ovan, samt fortsätta arbeta med att utveckla struktur och tydlighet i ledningssystem, processer och rutiner.

Uppföljningen är gjord av

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Susanna Nyttell, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 210520 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2020 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå januari-november 2019 (resultatkvalitet)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Ersta Mariahemmet

Regiform: privat

Inriktning: somatik och demens

Antal lägenheter: 83

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 bedöms verksamheten, under förutsättning att utvecklingsarbete fortsätter enligt framtagen åtgärdsplan, uppfylla de krav som ställs och därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg.

Utföraren har genomfört olika åtgärder som visar på förbättringar jämfört med föregående verksamhetsuppföljning. Verksamheten arbetar även enligt en åtgärdsplan som upprättats utifrån de brister som framkommit vid en digital inspektion som genomfördes under hösten 2020. Vid inspektionen framkom bland annat uppgifter om att tvångsåtgärder förekommit i verksamheten och om att medarbetare och anhöriga kände oro för att rapportera avvikelser och att framföra synpunkter och klagomål. Arbetet enligt åtgärdsplanen behöver fortsätta och följas upp av staden för att säkerställa en god och säker vård och omsorg för de boende. Observationer på plats skulle vara ett viktigt komplement för verksamheten för att kartlägga de utvecklingsområden som återstår.

De brukarundersökningar som genomförts under senare år visar på blandade resultat – resultaten i den nationella brukarundersökningen visar på generella utvecklingsbehov medan stadens kvalitetsuppföljning på individnivå delvis ger en mer positiv bild av verksamheten.

Efter att verksamhetsuppföljningen genomfördes har verksamhetschefen slutat och Ersta Mariahemmet har nu en tillförordnad verksamhetschef. Som uppföljare bedömer vi att det är viktigt att en ny ordinarie verksamhetschef snarast kommer på plats för att säkerställa att det pågående utvecklingsarbetet fortsätter.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg, förutsatt att arbetet enligt åtgärdsplanen fortsätter som planerat och ger avsedd effekt. Verksamheten har ett tydligt och lättillgängligt ledningssystem, som dock till stor del är gemensamt för Ersta. Vissa rutiner behöver därför anpassas mer till lokala förhållanden och förutsättningar.

Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten. Verksamheten har en intern egenkontroll av rutiner och dokument för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas som är strukturerad. Enligt utförarens egenkontroll uppfyller Mariahemmet ställda krav.

Utföraren uppger att analys av avvikelser, åtgärder och implementering av dem är ett utvecklingsområde för verksamheten. Inspektionen som gjordes 2020 visade på ett mycket lågt antal inrapporterade avvikelser och att vissa medarbetare uttryckte att de inte upplevde att det var välkommet att rapportera avvikelser. Sedan februari 2021 finns en ny struktur för hanteringen av avvikelser. Ett förbättringsråd har inrättats som träffas och går igenom avvikelser. Det tas även upp på ett förbättringsråd där alla medarbetare deltar.

Utföraren berättar att ett mål med arbetet är att förändra kulturen inom verksamheten så att det uppfattas som mer positivt att rapportera avvikelser och att det handlar om situationer och inte personer. I nuläget registreras 20-30 avvikelser i månaden, varav en stor del läkemedelsavvikelser och fallavvikelser. Rutinen för lex Sarah-rapportering har setts över i samband med verksamhetsuppföljningen, bland annat för att förtydliga hur information ska skickas till beställande nämnd. Ledningen behöver fortsätta arbeta för att stärka kunskapen om lex Sarah-rapportering och för att öka rapporteringen inom verksamheten.

När det gäller registrering av synpunkter och klagomål bedömer ledningen att rutiner och arbetssätt har brister vilket medför en underrapportering. I samband med verksamhetsuppföljningen har rutinen förtydligats så att det framgår att alla synpunkter och klagomål ska registreras, även om de har åtgärdats. Vid inspektionen 2020 fanns uppgifter om att anhängiga kände oro inför att komma med synpunkter och klagomål till verksamheten. Ledningen uppger dock att synpunkter och klagomål från boende

och anhöriga alltid är välkomna, att många synpunkter inkommer till verksamheten och att de har en god dialog med anhöriga.

Den nationella brukarundersökningen från 2020 visar på en relativt låg andel positiva svar när det gäller de boendes upplevelse av trygghet, personalens bemötande, förtroendet för personalen och möjligheten att få kontakt med personalen. Svarsfrekvensen var mellan 20 och 40 procent. Stadens kvalitetsuppföljning på individnivå från 2019, som besvarades av 24 personer, visar på bättre resultat. Det gäller bland respektfullt bemötande från personalen, kontinuitet och att personalen kommer inom rimlig tid om den boende påkallar hjälp. Det finns inga resultat från 2020, då ingen undersökning genomfördes på grund av pandemin, och hittills inga från 2021.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro.

Arbete med att stärka verksamhetens värdegrundsarbete ingår i den åtgärdsplan som tagits fram efter inspektionen hösten 2020, och utföraren uppger att åtgärderna pågår enligt plan. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt för att implementera värdegrunden i det dagliga arbetet.

Bemötande och förhållningssätt i enlighet med de arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) identifierades också som ett utvecklingsområde vid inspektionen 2020. De medarbetare som intervjuades då berättade att de inte hade fått någon utbildning i BPSD, någon kände inte till det. Ledningen berättar vid verksamhetsuppföljningen att alla medarbetare har gått eller håller på med webbutbildningen inom BPSD, och två medarbetare från varje demensavdelning och alla chefer har gått administratörsutbildning. Registreringen av boende i systemet har inletts.

Den nationella brukarundersökningen 2020 visade att aktiviteter och måltider var ett utvecklingsområden inom verksamheten. Däremot var de som svarade relativt sett nöjda med utemiljön och möjligheten till utevistelse. Kvalitetsobservationen från 2019 visade på brister när det gäller delaktighet och individanpassning för de boende vid måltidssituationen, och att personalen sällan förde samtal med dem. Stadens kvalitetsuppföljning på individnivå från 2019 visar däremot på en relativt hög nöjdhet när det gäller mat och måltider, liksom när det gäller de boendes möjlighet att påverka hur och när de får hjälp. Samtidigt visar den att aktiviteter, möjlighet till

samtal med personalen och utevistelse var utvecklingsområden för verksamheten. Verksamheten har som rutin att den personal som börjar arbeta klockan elva erbjuder de boende utevistelse i början av sitt arbetspass innan de har bytt om till arbetskläder. Det finns möjlighet till utevistelse både på boendets innergård och i närliggande parker och centrum. Det finns även stora balkonger både i de boendes lägenheter och i de gemensamma utrymmena.

Kvalitetsobservationer som genomfördes i september-oktober 2019 visade att personalens bemötande av de boende varierade utifrån vem eller vilka som arbetade tillsammans. Enligt observationen präglades flertalet möten av ett personcentrerat förhållningssätt, där personalen hade kunskap om den äldre och arbetade utifrån den äldres takt och tempo. Det fanns dock även möten som präglades av ett uppgiftsorienterat förhållningssätt. Samtidigt observerades att personalen hade kunskap om de äldre, vilket de ofta använde sig av i mötet med den enskilde för att skapa kontakt med de boende och öka deras känsla av trygghet.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta arbetet enligt åtgärdsplanen som tagits fram efter inspektionen 2020. Utifrån de uppgifter om tvångsåtgärder som framkom vid inspektionen är det särskilt viktigt att säkerställa att värdegrundsarbetet och utvecklingen av arbetssätt enligt BPSD genomförs som planerat. Utvecklingsarbetet behöver även fortsätta gällande avvikelshantering och lex Sarah-rapportering för att öka rapporteringen och säkerställa ett positivt synsätt inom verksamheten till avvikelse- och lex Sarah-rapportering.

Uppföljningen är gjord av:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Susanna Nyttell, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 210520 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021 (strukturkvalitet)
- Inspektion oktober-november 2020 (struktur- och processkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2020 (resultatkvalitet)

- Kvalitetsobservationer september-oktober 2019 (processkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå januari-november 2019 (resultatkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Vardaga Villa Båthöjden

Regiform: privat

Inriktning: somatik och demens

Antal lägenheter: 56

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

Villa Båthöjden är ett vård- och omsorgsboende med inriktning somatik och demens som är fördelat på sex avdelningar. Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Verksamheten har genomgått stora förändringar till följd av ägarbyte år 2019 men det nya arbetssättet har implementerats och är väl förankrat i verksamheten genom upprättade rutiner samt arbetssätt.

Villa Båthöjdens arbete utgår i enlighet med Vardagas vision, ifrån den nationella värdegrunden samt att de enskilde får god vård och omsorg efter sina behov. Till verksamhetens styrkor hör en attraktiv områdesmiljö med två inhägnade trädgårdar och inredning som följer det marina temat, gemensamma aktiviteter över veckan och ett genomsyrande måltidskoncept. Verksamheten är strukturerad och det finns en utbredd positiv inställning till att skriva avvikelser för verksamhetens fortsatta utveckling.

Resultat i brukarundersökningen år 2020 visar på hög nöjdhet inom den sammantagna upplevelsen av äldreboendet som helhet, personalens bemötande, upplevd trygghet och lätt att komma i kontakt med omvårdnadspersonal såväl som hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten behöver fortsätta arbetet kring systematiska egenkontroller avseende utevistelse och aktiviteter, utveckla arbetssätt vid inflytt avseende kontaktpersonens tillgänglighet samt formalisera vissa rutiner. Verksamheten rekommenderas även fortsatt utvecklingsarbete avseende brukarnas upplevelse av trivsel i gemensamma utrymmen såväl som de egna lägenheterna, samt möjligheten till påverkan gällande utformningen av hjälp- och omvårdnadsinsatser.

I övrigt är underlaget för uppföljningen något begränsat då verksamheten inte har någon kvalitetsuppföljning på individnivå att tillgå. Det finns inte heller några inspektioner eller observationer

tillgängligt. Således finns det för lite underlag för att kunna bedöma verksamhetens processkvalitet och uppföljningen fokuserar därför till stor del på struktur-och resultat-kvalitet.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har förutsättningar för att erbjuda en trygg samt säker vård och omsorg. Verksamheten har genomgått stora förändringar med ägarbyte år 2019, det nya arbetssättet har implementerats och är välförankrat i verksamheten. Det upprättade ledningssystemet är fungerande, tillgängligt och transparent för samtliga medarbetare samt är integrerat i organisationen. Verksamheten har i samband med uppföljning åtgärdat vissa rutiner och initierat förbättringsarbeten på övriga punkter, vilket med fördel kan följas upp i samband med nästa verksamhetsuppföljning.

Både ledning och medarbetare redogör för att samverka, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Upprättade riskanalyser samt egenkontroller genomförs enligt rutin och vid behov. Verksamheten behöver dock etablera systematiska egenkontroller för utevistelser och gemensamma aktiviteter för att kvalitetsarbetet ska kunna följas över tid. I samband med verksamhetsuppföljningen uppmärksammades det även att det inte säkerställdes att den enskilde fick träffa sin kontaktperson senast dagen efter inflyttning. Villa Båthöjden har således initierat ett förbättringsområde avseende rutin och arbetssätt vid inflytt.

På Villa Båthöjden har både medarbetare och ledning en positiv inställning till avvikelser och ser det som en naturlig aspekt för att kunna utveckla verksamheten. Arbetet bedrivs systematiskt samt transparent och knyts till fortlöpande kvalitativt förbättringsarbete. Vid brukarundersökning år 2020 framkommer det bristande kännedom om vart de enskilde ska vända sig gällande synpunkter och klagomål. Vid verksamhetsuppföljning år 2021 framkommer det att information om synpunkter och klagomål ges vid varje inflytt, således betydelsefullt att se eventuellt förbättringsresultat vid nästa brukarundersökning. Brukarundersökningen från år 2020 visar på en mycket hög känsla av trygghet från brukarna som är högre än Stadens genomsnitt, såväl som en genomgående mycket hög nöjdhet avseende personalens bemötande.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att Villa Båthöjden strävar efter att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Verksamheten arbetar efter Vardagas värdegrund *Den goda dagen* och bygger på den nationella värdegrunden om att äldre personer får känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. Samtliga

medarbetare får vid sin introduktion utbildning i *Vår Värld*, vilket omfattar Vardagas värderingar, uppdrag och vision med tillhörande arbetssätt.

Villa Båthöjden är beläget i Saltsjöbaden med utsikt över skog och natur med modern utformning, luftiga utrymmen, spa-rum samt sällskapsrum och ett genomgående marint tema. Verksamheten har två inhägnade trädgårdar som vätter runt boendet.

Brukarundersökningen år 2020 visar en genomgående hög nöjdhet avseende trivsel i utomhusmiljön runt boendet. Samtidigt framkommer en lägre andel positiva svar än Stadens genomsnitt gällande trivsel i de gemensamma utrymmena inomhus såväl som i de egna lägenheterna. Vid rundtur i lokalerna observerades upptejpade skyltar och instruktioner på exempelvis väggar och gridar vilket ger ett provisoriskt intryck som minskar känslan av hemtrevnad.

Samtliga avdelningar har ett eget kök som ligger i direkt anslutning till de gemensamma utrymmena, vilket upplevs inkluderande och inbjudande. På Villa Båthöjden finns, i enlighet med Vardagas koncept, en strävan i att måltiderna ska vara dagens höjdpunkt. Detta återspeglar sig i genomgående hög nöjdhet gällande mat och måltidsmiljö från föregående års brukarundersökning. Framkommer även en mycket hög nöjdhet, med marginal till stadens genomsnitt, gällande möjligheten att komma i kontakt med omvårdnadspersonal såväl som sjuksköterska och läkare. Däremot visar undersökningen lägre andel positiva svar gällande möjligheten att påverka tidpunkten samt utformningen av hjälp- och omvårdnadsinsatser, varpå verksamheten rekommenderas fortsatt utvecklingsarbete gällande de enskildes delaktighet av vård och omsorg.

På Villa Båthöjden finns en aktivitetsansvarig och gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen, på helgerna får verksamheten besök av Ung Omsorg. Brukarundersökningen visar en relativt hög nöjdhet av de aktiviteter som erbjuds, även om drygt 60% av de svarande besväras av ensamhet. Samtidigt framkommer lägst andel positiva svar bland annat gällande möjligheten till utevistelse. I samband med uppföljningen har verksamheten initierat ett förbättringsarbete gällande införlivningen av aktiviteter i det dagliga arbetet, vilket ses som positivt. Sedan tidigare har verksamheten själva upprättat ett utvecklingsarbete i att den enskilde ska tillförsäkras egen tid med kontaktperson och ha möjlighet att påverka utformningen av denna. Således rekommenderas verksamheten fortsatt att upprätta systematiska egenkontroller för utevistelse och aktiviteter samt dokumentation av dessa för att kvalitetsarbetet ska kunna följas över tid.

Verksamheten behöver åtgärda

Verksamheten behöver fortsätta arbetet kring systematiska egenkontroller avseende utevistelse och aktiviteter, utveckla arbetssätt vid inflytt avseende kontaktpersonens tillgänglighet samt formalisera vissa rutiner. Verksamheten rekommenderas även fortsatt uppföljningsarbete avseende brukarnas upplevelse av trivsel i gemensamma utrymmen såväl som de egna lägenheterna, samt de enskildas möjlighet till påverkan gällande utformningen av vård och omsorg för att öka känslan av delaktighet.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetsuppföljare Emelie Hansen i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Isabelle Wall, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd av Emelie Hansen på plats i verksamheten 2021-11-23 genom möte med verksamhetschef, hälso-och sjukvårdspersonal samt enskilt samtal med omvårdnadspersonal och avslutningsvis rundvandring i lokalerna

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning *november 2021* (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning *mars-maj 2020* (resultatkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Vardaga Villa Sarvträsk

Regiform: privat

Inriktning: somatik och demens

Antal lägenheter: 36

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

Vardaga Villa Sarvträsk är ett vård-och omsorgsboende med inriktning somatik och demens som är fördelat på fyra avdelningar. Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Verksamheten har genomgått stora förändringar till följd av ägarbyte år 2019 och ny verksamhetschef under sommaren 2021, vilket har medfört behov av tid för implementering av arbetssätt och upprättande av rutiner i verksamheten. Samtidigt är det synligt att det finns ett väletablerat och bekant arbetssätt inom arbetsgruppen.

Villa Sarvträskts arbete utgår ifrån den nationella värdegrunden samt att de enskilde får god vård och omsorg efter sina behov. Till verksamhetens styrkor hör bland annat inbjudande och hemtrevliga lokaler samt en attraktiv områdesmiljö, daglig möjlighet till utevistelse och gemensamma aktiviteter samt ett genomgående måltidskoncept. Det uppvisas även ett genomgående gott bemötande av personalen och det finns en utbredd positiv inställning till att skriva avvikelser för att utveckla verksamheten. Verksamheten behöver fortsätta utvecklingsarbetet kring den sociala dokumentationen samt hitta en struktur för dokumentation av genomförda riskanalyser samt hur dessa ska införlivas i det systematiska kvalitetsarbetet av verksamheten.

Resultat i brukarundersökning visar överlag på en mycket hög nöjdhet med en generellt högre andel av positiva svar än genomsnittet i staden, med genomgående hundraprocentiga svar avseende den sammantagna upplevelsen av boendet, personalens bemötande och att de äldres åsikter samt önskemål möts med hänsyn. Vidare framkommer även en mycket hög trivsel i de gemensamma utrymmena såväl som utomhus runt boendet.

I övrigt är underlaget för uppföljningen något begränsat då verksamheten inte har någon kvalitetsuppföljning på individnivå att

tillgå. Det finns inte heller några inspektioner eller observationer tillgängligt. Således finns det för lite underlag för att kunna bedöma verksamhetens processkvalitet och uppföljningen fokuserar därför till stor del på struktur-och resultat kvalitet.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har förutsättningar för att erbjuda en trygg samt säker vård och omsorg. Verksamheten har genomgått stora förändringar med ägarbyte år 2019 och ny verksamhetschef under sommaren 2021, vilket har föranlett lång tid för implementering av aktuellt arbetssätt. Samtidigt är det synligt att det inom arbetsgruppen finns ett väletablerat och bekant arbetssätt, men att det inom vissa områden behöver upprättas alternativt kompletteras i form av skriftliga rutiner. Uppdatering av kontaktuppgifter på Stadens hemsida behöver även göras.

Det upprättade ledningssystemet är fungerande och tillgängligt för samtliga medarbetare samt nu väl förankrat i verksamheten. Riskanalyser genomförs enligt rutin och vid behov, däremot rekommenderas verksamheten fortsatt utvecklingsarbete gällande dokumentation av genomförda riskanalyser som ej kunde redogöras för vid uppföljningen. Verksamheten genomför egenkontroller enligt rutin och har själv konstaterat ett utvecklingsområde i att den sociala dokumentationen ska uppfylla ställda krav. Verksamheten arbetar således kontinuerligt med utveckling av detta vilket även rekommenderas fortsatt.

På Villa Sarvträsk finns upprättade arbetssätt och rutiner kring samverkan och teamarbete, med viss diskrepans mellan rutin och arbetssätt gällande den dagliga informationsöverföringen. Verksamheten rekommenderas således att utföraren ska efterleva den upprättade rutinen. Uppmärksammades även att verksamheten inte säkerställde att den enskilde fick träffa kontaktpersonen senast dagen efter inflytt, varpå verksamheten genom en åtgärdsplan har tydliggjort sitt ansvar med ett nu förändrat arbetssätt och betydelsen av kommunikation till den enskilde vid inflyttning.

Både medarbetare och ledning har en positiv inställning till avvikelser och ser det som en naturlig aspekt för att kunna utveckla verksamheten. Arbetet bedrivs systematiskt och knyts till fortlöpande förbättringsarbete, såväl som att kontinuerlig information ges för att utbilda omvårdnadspersonalen i skillnad på avvikelse och missförhållande. Vid brukarundersökning år 2020 framkommer det bristande kännedom om vart de ska vända sig gällande synpunkter och klagomål. Vid uppföljningen år 2021 framkommer det att skriftlig information om synpunkter och klagomål nu ges vid varje inflytt, således betydelsefullt att se eventuellt förbättringsresultat vid nästa brukarundersökning.

Brukarundersökningen från år 2020 visar på en mycket hög känsla av trygghet från brukarna som är högre än Stadens genomsnitt, såväl som fulländat förtroende för personalen och ett alltid respektfullt bemötande.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro.

Verksamheten arbetar efter Vardagas värdegrund *Den goda dagen* och bygger på den nationella värdegrunden om att äldre personer får känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. Samtliga medarbetare arbetar enligt Vardagas koncept och får vid sin introduktion utbildning i *Vår Värld*, vilket omfattar Vardagas värderingar, uppdrag och vision med tillhörande arbetsätt.

På Villa Sarvträsk tillagas all mat på respektive avdelning där köket är i direkt anslutning till gemensamma utrymmen vilket upplevs inbjudande och inkluderande. Arbetet kring mathållningen genomsyras av Vardagas etablerade måltidskoncept där måltiderna ska vara dagens höjdpunkt för den enskilde. Arbetet kring mathållningen återspeglas i brukarundersökningen år 2020 som visar på en mycket hög nöjhet både gällande måltiderna samt måltidssituationerna. Samtliga avdelningar och gemensamma utrymmen är inbjudande med växter, gardiner, dukar och fruktfat på borden samt piano som finns på varje avdelning vilket erbjuder en hemtrevlig miljö, som återspeglas i den nationella brukarundersökningen där det framkommer en upplevelse av mycket hög trivsel i de gemensamma utrymmena.

Vid brukarundersökningen framkommer det att drygt 65 procent av de svarande besväras av ensamhet, men sammantaget finns ändå en relativt hög nöjdhet av de aktiviteter som erbjuds på boendet såväl som möjligheterna till utevistelse. Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen, och varierar beroende på ojämn eller jämn vecka. Efterfrågan och önskemål kring aktiviteter följs upp regelbundet av aktivitetsansvarig tillsammans med boråd. Möjlighet till utevistelse finns även på schemat och är dagligt tillgängligt genom boendets inhägnade trädgård där det finns odlade grönsaker, äppelträd och violbuskar vid säsong. Den enskilde har även möjlighet att tillsammans med sin kontaktman önska individuell aktivitet veckovis.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som har föranlett upprättning eller komplettering av rutin eller åtgärdsplan har åtgärdats, återstår att uppdatera kontaktuppgifter på Stadens hemsida. Verksamheten behöver fortsätta arbeta med den skriftliga dokumentationen av genomförda

riskanalyser och dess införlivning i det vardagliga arbetet för att det systematiska kvalitetsarbetet ska kunna följas. Verksamheten behöver även fortsätta arbeta med att den sociala dokumentationen ska uppfylla ställa krav och att verksamheten efterlever upprättade rutiner.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetsuppföljare Emelie Hansen i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent och verksamhetscontroller Isabelle Wall, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd av Emelie Hansen på plats i verksamheten 2021-11-16 genom möte med verksamhetschef, hälso-och sjukvårdspersonal samt enskilt samtal med omvårdnadspersonal och avslutningsvis rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning *november 2021* (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning *mars-maj 2020* (resultatkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)

Verksamhetsuppföljningar funktionsnedsättning

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Byälvsvägens servicebostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: servicebostad

Antal brukare i verksamheten: 7

Antal brukare från Stockholms stad: 7

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Byälvsvägen servicebostad bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten har ett komplett ledningssystem samt upparbetade rutiner och arbetssätt. Personalgruppen består av få medarbetare vilket tillsammans med tydliga rutiner kring bemanning bidrar till god kontinuitet för brukarna. Verksamheten arbetar med att främja brukarnas fysiska och sociala förmågor genom olika aktiviteter och stödjande samtal. Ett utvecklingsområde som identifierats är verksamhetens hantering av synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.

Bemötande

Verksamheten arbetar utifrån ett salutogent förhållningssätt, arbetssättet är implementerat i hela personalgruppen genom utbildning och kollegialt lärande. Verksamheten har även gjort en kartläggning/förståelsebedömning i TEACCH-modellen vilket lett till förbättrad och individanpassad kommunikation med brukarna samt tydligare information till brukarna. Verksamheten använder sig även av tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Verksamheten utformar lättläst informationsmaterial till brukarna. Verksamheten har även återkommande värderingsveckor och värderingsworkshops tillsammans med brukarna, aktiviteterna leds av verksamhetens värderingscoach.

Självbestämmande och integritet

Verksamheten anordnar regelbundna brukarråd för alla brukare en

gång i veckan. Samtliga brukare eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen. Varje brukare har en utsedd stödperson som ansvarar för att tillsammans med brukaren komma fram till lämpliga mål för insatsen och komma överens om vad, hur och när saker ska göras för att uppnå målen.

Delaktighet

Verksamheten stödjer brukarna till att genomföra vardagliga aktiviteter på egen hand, till exempel matlagning, ringa telefonsamtal med mera. Personal arbetar även med sociala berättelser inför exempelvis restaurangbesök i syfte att förbereda brukarna inför nya situationer. För att främja brukarnas delaktighet i samhället anordnade verksamheten inför förra valåret en värderingsworkshop och pratade om varje parti. Brukarna fick även besöka valstugor och öva på att rösta. Personalen stöttar brukarna i användandet av digital teknik genom att göra lättlästa instruktioner om hur smartphones fungerar, eller visa hur man gör för att besöka olika hemsidor eller leta information på internet.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Utbildning i förflyttningsteknik med praktisk övning ska genomföras för samtliga anställda, samt vid nyanställning.
- Utbildning i hjärt-och lungräddning samt första hjälpen med praktisk övning ska genomföras för timvikarier samt vid nyanställning.

Åtgärdsplan har redovisats för samtliga ovanstående punkter.

Förvaltningen rekommenderar verksamheten att boka in extern handledning för medarbetarna i syfte att stödja och utveckla de anställda inom yrkesområdet.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Kalmgatans gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Verksamheten har ett komplett ledningssystem med upparbetade rutiner. Verksamheten har implementerade arbetsätt som säkerställer delaktighet hos brukarna utifrån deras fysiska och sociala förmågor. Personalen har adekvat utbildning och kompetensutvecklingsplan finns för samtliga medarbetare. Ett identifierat utvecklingsområde är hanteringen av synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah-rapportering.

Bemötande

Verksamheten jobbar utifrån tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Hjälpmedel anpassas och används utifrån brukarnas individuella behov. Verksamhetens stödpedagog stöttar medarbetarna i bemötandefrågor och i användandet av kognitiva hjälpmedel. Utbildning i funktionsnedsättningar tillgodoses genom webbutbildningar gällande personkrets och funktionsvariationer. Verksamhetschef ansvarar för att introducera varje nyanställd om varje enskild brukares behov. Verksamheten har en rutin för lex Sarah-rapportering, däremot rapporterar verksamheten få lex Sarah. Förvaltningen ser ett behov av att verksamheten höjer kunskapen om avvikelshantering samt vad ska rapporteras enligt lex Sarah. Verksamhetschef har själv identifierat att systematiken i hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål behöver förbättras.

Självbestämmande och integritet

Samtliga brukare eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen. Genomförandeplaner och den sociala

dokumentationen kontrolleras och följs upp regelbundet av verksamhetschef och verksamhetens dokumentationsstödjare. Verksamheten tillhandahåller internetuppkoppling och stödjer brukarna i användandet av digital teknik som till exempel iPad och smart-tv. Verksamheten uppmuntrar till och är behjälplig med att underhålla brukarnas sociala kontakter med anhöriga och vänner.

Delaktighet

Brukarnas fysiska och sociala förmågor fångas upp i genomförandeplanerna. Verksamheten erbjuder aktiviteter varje dag, och var tredje vecka besöker en sång- och lekpedagog verksamheten vilket inspirerar brukarna till rörelseglädje. Verksamheten har regelbundna brukarråd, bildstöd används för att fånga upp brukarnas synpunkter. Verksamheten har utsett en medarbetare till läsombud. Läsombudet har introducerat ljudböcker för brukarna, numer lyssnar flera av brukarna på ljudbok gemensamt. Läsombudet läser även nyheter, 8 sidor, tillsammans med brukarna.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Verksamhetens arbetssätt med avvikelser/händelser och lex Sarah behöver vidareutvecklas samt att medarbetarnas kunskaper om händelser och lex Sarah behöver öka.
- Verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål behöver vidareutvecklas.

Åtgärdsplan har redovisats för ovanstående punkter.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning september 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Nathorstvägens gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Nathorstvägens gruppbostad bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten har ett komplett ledningssystem samt upparbetade rutiner och arbetssätt. Verksamheten använder olika individanpassade hjälpmedel i arbetet för att stötta brukarnas sociala förmåga, självbestämmande och delaktighet. Verksamheten uppvisar rutiner för god kontinuitet i bemanningen och personalen har adekvat utbildning för att arbeta med målgruppen. Ett utvecklingsområde som identifierats är verksamhetens hantering av synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.

Bemötande

Verksamheten använder sig av Attendos värderingshjul för att säkerställa att personalen får information och har kompetens att bemöta varje enskild på lika villkor. Verksamheten har en utsedd värderingscoach som ansvarar för att månadsvis leda värderingsövningar och föra diskussioner med personalgruppen rörande bemötande. Värderingsövningarna berör bemötande kopplat till funktionsnedsättning, sexuell läggning, kön, ålder och religion. Frågor kopplade till HBTQI tas även upp med brukarna på boendemötena. Verksamheten har en stor spridning i ålder, kön och etnicitet inom arbetsgruppen vilket verksamhetschef anser bidrar till att medarbetarna kan bemöta brukarna på lika villkor. Varje brukare har en personlig pärm där det tydligt står angivet hur de vill bli bemötta och hur de vill ha det i kontakt med andra i olika situationer, t.ex. sjukvård, anhöriga osv.

Självbestämmande och integritet

Verksamheten anordnar boendemöte för alla brukare en gång i veckan, brukarna har då möjlighet att komma med önskemål inför den kommande veckan rörande exempelvis aktiviteter och mat. Verksamheten använder olika sorters kommunikationshjälpmedel, t.ex. individanpassade bildstöd, bildscheman, samtalsmatta vilket ökar brukarnas möjligheter till självbestämmande. Varje brukare har inbokad egentid med personal där brukarens egna önskemål står i fokus, det varierar hur ofta brukare har egentid utifrån individuella önskemål och behov. Samtliga brukare eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen. Varje brukare har en ifylld samtyckesblankett där det framgår vem som får kontaktas i vilken situation.

Delaktighet

Till hösten ska verksamheten starta upp ditt deltagande i Delaktighetsmodellen, vilket är en modell som bygger på dialogsamtal/delaktighetsslingor som förs i mindre grupper. Genom de så kallade DMO-slingorna ska brukarna få möjlighet att uttrycka sina önskemål och formulera sina behov tillsammans och samtidigt öka sin förmåga att uttrycka sig. På Nathorstvägens gruppbostad får brukarna stöd i att varje vecka välja sin egen matsedel, brukarna hjälper även till att laga vissa av maträtterna. Boendemöten genomförs varje vecka. Verksamheten har både fasta och varierande veckoaktiviteter. För att främja den enskildes delaktighet i samhället ger verksamheten brukarna anpassad information om t.ex. riksdagsvalet och bistår även brukarna vid röstning om så önskas. Samtliga tillsvidareanställda medarbetare ska utbildas i Attendos delaktighetsmodell.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Utbildning i förflyttningsteknik med praktisk övning ska genomföras för samtliga anställda, samt vid nyanställning.
- Utbildning i hjärt-och lungräddning samt första hjälpen med praktisk övning ska genomföras för timvikarier samt vid nyanställning.

Åtgärdsplan har redovisats för samtliga ovanstående punkter.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Pilvingegatans gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Pilvingegatans gruppbostad bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten bedöms ha utarbetade rutiner och arbetssätt som säkerställer delaktighet och självbestämmande hos brukarna. Verksamheten når i dagsläget inte upp till kravet att minst 80 procent eller fler av tillsvidareanställd personal har adekvat grundutbildning. Verksamheten har däremot rutiner för god kontinuitet inom personalgruppen. Verksamheten har ett utvecklingsbehov gällande hanteringen av synpunkter, klagomål, avvikelser/händelser samt lex Sarah.

Bemötande

I dagsläget uppnår inte verksamheten kravet på att minst 80 procent av tillsvidareanställda medarbetare har adekvat utbildning för att arbeta med målgruppen, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ny personal genomför under introduktionen webbutbildningar gällande funktionshinderomsorg, autism och autismspektrat samt personkrets och funktionsvariationer. Verksamheten använder sig även av tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Verksamheten fick inget eget resultat från brukarundersökning 2020, verksamheten har däremot valt att arbeta för att öka tryggheten hos brukarna under året. Ett identifierat utvecklingsområde är hantering av händelser/avvikelser och lex Sarah-rapportering. Verksamheten har en rutin för lex Sarah-rapportering samt hur synpunkter och klagomål ska tas emot och registreras, däremot rapporterar verksamheten få lex Sarah samt synpunkter/klagomål. Vid granskning av verksamhetens

kvalitetsmötesprotokoll framkommer det utvecklingsbehov i hanteringen av händelser/avvikelser.

Självbestämmande och integritet

Verksamheten har brukarråd en gång i veckan, om en brukare inte vill eller kan närvara fångas dennes åsikter och önskemål upp under social tid med stödpersonen. Hur ofta social tid avsätts för varje brukare är individuellt, det är behovet som styr. Verksamheten använder sig av bildstöd för att öka brukarnas möjlighet till självbestämmande. I verksamhetens brukarpärmar finns en individuell social berättelse där brukarna med sina ord får beskriva hur de vill bli bemötta och hur de kan göras delaktiga. Samtycken finns i pappersform och journalförs även i sociala system.

Delaktighet

För att främja brukarnas delaktighet i samhället läser personalen och brukarna kontinuerligt nyheter på lätt svenska gemensamt. Under valår tar verksamheten fram lättläst information om samtliga partier och erbjuder brukare att följa med och besöka valstugor samt att rösta. För att fånga upp brukarnas synpunkter, klagomål eller idéer har verksamheten tagit fram fyra frågor som ställs till brukarna av deras stödpersoner en gång i månaden.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Validering av personalens kunskap behöver genomföras för att säkerställa att minst 80 % av personalen har adekvat grundutbildning.
- Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Utbildning i förflyttningsteknik med praktisk övning ska genomföras för samtliga anställda, samt vid nyanställning.
- Utbildning i hjärt-och lungräddning samt första hjälpen med praktisk övning ska genomföras för timvikarier samt vid nyanställning.

Åtgärdsplan har redovisats för samtliga ovanstående punkter.

Förvaltningen rekommenderar verksamheten att boka in extern handledning för medarbetarna i syfte att stödja och utveckla de anställda inom yrkesområdet.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Rusthållarvägens gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Rusthållarvägens gruppbostad bedöms ha förutsättningar och resurser att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Verksamheten arbetar utifrån ett hälsofrämjande synsätt och stöttar brukarna i att utnyttja sina fysiska och sociala förmågor och uppmuntrar till delaktighet och självbestämmande. Verksamheten har ett komplett ledningssystem för kvalitetsarbete, ett identifierat utvecklingsområde är dock hanteringen av synpunkter, klagomål, avvikelser/händelser samt lex Sarah. Vidare har det uppmärksammats att verksamheten inte når upp till kravet att minst 80 procent eller fler av tillsvidareanställd personal har adekvat grundutbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning.

Bemötande

I dagsläget uppnår inte verksamheten kravet på att minst 80 procent av tillsvidareanställda medarbetare har adekvat utbildning för att arbeta med målgruppen, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ny personal genomgår Attendos egen utbildning om LSS personkrets 1 och funktionsvariationer. Verksamheten använder sig av tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Verksamhetens stödpedagog stöttar medarbetarna i att arbeta utifrån metoderna, valda delar av KAT-kittet används. Verksamheten arbetar även utifrån ett salutogent förhållningsätt, de flesta medarbetarna har fått utbildning i KASAM. Ett identifierat utvecklingsområde är hantering av händelser/avvikelser och lex Sarah-rapportering. Verksamheten har rutiner för lex Sarah-

rapportering samt hur synpunkter och klagomål ska tas emot och registreras, däremot rapporterar verksamheten få lex Sarah samt synpunkter/klagomål. Vid granskning av verksamhetens kvalitetsmötesprotokoll framkommer det utvecklingsbehov i hanteringen av händelser/avvikelser.

Självbestämmande och integritet

Verksamheten erbjuder sociala aktiviteter genom att besöka caféer och uppmanar till sociala möten mellan brukare och deras närstående. Verksamheten är även behjälplig om brukarna vill prova aktiviteter utanför gruppboenden. Verksamheten har brukarråd en gång i månaden där bland annat önskemål om aktiviteter diskuteras. De brukare som inte vill eller kan delta får individuella samtal med sin stödperson minst en gång i veckan.

Delaktighet

För att främja brukarnas delaktighet i samhället läser personalen och brukarna kontinuerligt nyheter på lätt svenska gemensamt. Under valår är verksamheten behjälpliga med att följa med och rösta om intresse finns hos brukarna.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Validering av personalens kunskap behöver genomföras för att säkerställa att minst 80 % av personalen har adekvat grundutbildning.
- Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Utbildning i förflyttningsteknik med praktisk övning ska genomföras för samtliga anställda, samt vid nyanställning.
- Utbildning i hjärt-och lungräddning samt första hjälpen med praktisk övning ska genomföras för timvikarier samt vid nyanställning.
- Verksamhetens uppgifter på hitta service på stockholm.se behöver uppdateras.

Åtgärdsplan har redovisats för samtliga ovanstående punkter.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Skarabackens gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Verksamheten har ett komplett ledningssystem med upparbetade rutiner. Verksamheten har implementerade arbetsätt som säkerställer delaktighet hos brukarna utifrån deras fysiska och sociala förmågor. Personalen har adekvat utbildning och kompetensutvecklingsplan finns för samtliga medarbetare. Ett identifierat utvecklingsområde är hanteringen av avvikelser och lex Sarah-rapportering.

Bemötande

Verksamheten jobbar utifrån tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Verksamheten har som målsättning att samtliga medarbetare ska få utbildning i lågaffektivt bemötande. Verksamhetens stödpedagog introducerar ny personal i metoderna och dess arbetsätt. Verksamheten har en rutin för lex Sarah-rapportering, däremot rapporterar verksamheten få lex Sarah. Vid granskning av verksamhetens kvalitetsmötesprotokoll framkommer det utvecklingsbehov i hanteringen av händelser/avvikelser. Förvaltningen ser även ett behov av att verksamheten höjer kunskapen om vad ska rapporteras enligt lex Sarah.

Självbestämmande och integritet

Utbildning i funktionsnedsättningar tillgodoses genom webbutbildningar gällande personkrets och funktionsvariationen. Erfaren personal med god kännedom om brukarnas individuella behov introducerar nyanställd personal om arbetsätt på

verksamheten. I brukarundersökningen 2020 svarade samtliga brukare att de får den hjälp de vill ha hemma. 80 procent svarade att de alltid får bestämma om saker som är viktiga för dem hemma, resterande 20 procent svarade "ibland" på frågan. Samtliga brukare svarade att de känner sig trygga med personalen på gruppboenden.

Delaktighet

Brukarnas fysiska förmåga fångas upp i genomförandeplanerna, där anges i detalj vad brukarna behöver stöttning i. Enligt verksamhetschef erbjuds de flesta aktiviteter i eller omkring gruppboendet eftersom brukarna har svårt att genomföra aktiviteter ute i samhället. Verksamheten har inga brukarråd då det inte fungerar i dagsläget utifrån brukarnas individuella förmågor. Varje brukare har istället avsatt tid minst en gång i månaden med sin stödperson där olika värderingspåståenden går igenom och journalförs. Verksamheten har en medarbetare som är lättlästombud som har gjort försök till att läsa nyheter och förklara vad som händer i samhället i syfte att öka brukarnas delaktighet.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Verksamhetens arbetssätt med avvikelser/händelser och lex Sarah behöver vidareutvecklas samt att medarbetarnas kunskaper om händelser och lex Sarah behöver öka.

Åtgärdsplan har redovisats för ovanstående punkt.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Brukarundersökning 2020
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Skarpnäcks allés gruppbostad

Regiform: entreprenad

Insatsform: gruppbostad

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 efter åtgärd av påtalade brister utför verksamhet i enlighet med gällande avtal. Ett identifierat utvecklingsområde är hantering av händelser/avvikelser och lex Sarah-rapportering. Förvaltningen ser behov av att verksamheten höjer kunskapen om vad ska rapporteras enligt lex Sarah samt vidareutvecklar hanteringen av avvikelser/händelser. Verksamheten behöver även säkerställa att nyanställda får utbildning och praktisk övning i förflyttningsteknik.

Bemötande

Verksamheten jobbar utifrån tydliggörande pedagogik, ABB (analys och anpassat bemötande) och lågaffektivt bemötande. Verksamheten arbetar även utifrån ett salutogent förhållningssätt, de flesta medarbetarna har fått utbildning i KASAM. Verksamheten har kontinuerligt värderingsarbete, bland annat på arbetsplatsmöten och under brukarkonferenser. Verksamheten har en stor spridning i ålder, kön och etnicitet inom arbetsgruppen vilket verksamhetschef anser bidrar till att medarbetarna kan bemöta brukarna på lika villkor. Ett identifierat utvecklingsområde är hantering av synpunkter och klagomål samt lex Sarah-rapportering. Verksamheten har rutiner för lex Sarah-rapportering samt hur synpunkter och klagomål ska tas emot och registreras, däremot rapporterar verksamheten få lex Sarah samt synpunkter/klagomål.

Självbestämmande och integritet

Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättande av genomförandeplanen. Det framgår även hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktig. Verksamheten stödjer brukarna i användandet av digital teknik, under hösten 2021 ska brukarna få

börja handla mat digitalt med stöd av personal för att öka deras självbestämmande gällande inköp. Verksamheten anordnar gemensam middag en gång i veckan där brukarna turas om att välja maträtt. Främst är det personalen som lagar maten, men en del brukare hjälper till efter förmåga.

Delaktighet

Verksamheten har en form av boenderåd som de valt att kalla läscirkel då personal alltid läser nyheter på lättläst svenska. Enligt verksamhetschef vill gruppbestadens brukare inte delta i boenderåd i grupp för att ta beslut, istället har varje brukare individuella möten med utsedd stödperson minst en gång i månaden. Samtalen dokumenteras i journal. Personal försöker inspirera brukarna till att testa olika aktiviteter utifrån varje brukares egna förmåga. Verksamheten stöttar brukarna i att gå i kyrkan eller besöka vallokal och valstugor om brukarna själva vill.

Verksamheten behöver åtgärda

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

- Brandsäkert dokumentskåp behöver införskaffas.
- Vidareutveckling av arbetet med synpunkter, klagomål, avvikelser och lex Sarah.
- Utbildning i förflyttningsteknik med praktisk övning ska genomföras för samtliga anställda, samt vid nyanställning.

Åtgärdsplan har redovisats för samtliga ovanstående punkter.

Förvaltningen rekommenderar verksamheten att boka in extern handledning för medarbetarna i syfte att stödja och utveckla de anställda inom yrkesområdet.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall på Skarpnäcks stadsdelsförvaltning maj 2021.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2021
- Underlag från beställarenhet april 2021
- Tertialredovisning 2 2021
- Inkomna synpunkter och klagomål