

Verksamhetsuppföljning 2023

Förvaltningen har till uppdrag att genomföra uppföljningar av kvaliteten inom verksamheter som drivs i egen regi, privat regi eller på entreprenad inom Skarpnäcks stadsdelsområde. Förvaltningen har även i uppdrag att göra uppföljningar på verksamheter inom valfrihetssystemet (LOV) som ligger i kranskommuner. Verksamhetsuppföljningar genomförs inom verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Syfte och uppföljningsmodeller

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. Äldreförvaltningen har beslutat att ingen bedömning av verksamhetens kvalitet ska skrivas för uppföljda verksamheter som är belägna utanför Stockholms stad. Dessa verksamheter mottar istället en sammanfattande bedömning som återfinns i respektive uppföljningsmall.

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	Verksamhetsområde	Organisation	Uppföljningsmodell
Enskededalens dagverksamhet	Äldreomsorg	Egen regi	Äldreförvaltningen
Hemmet för gamla somatik	Äldreomsorg	Egen regi	Äldreförvaltningen
Hemmet för gamla demens	Äldreomsorg	Egen regi	Äldreförvaltningen
Attendo Flygarhöjden	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Ersta Sarahemmet (Nacka kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Ersta Mariahemmet	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Judiska hemmet	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Villa Sarvträsk (Nacka kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Villa Båthöjden (Nacka kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Humana Björnö (Norrtälje kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Humana Norrtälje hamn (Norrtälje kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Attendo Kantarellvägen (Österåker kommun)	Äldreomsorg	Privat regi	Äldreförvaltningen
Skarpnäcks dagliga verksamhet	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Statsrådsvägens gruppboende	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Petrefjusvägens gruppboende	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Svartbäcksvägens gruppboende	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Kalmgatans gruppboende	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Fogdevägens gruppboende	LSS	Entreprenad	Socialförvaltningen
Ateljé Främja (daglig verksamhet)	LSS	Privat regi	Socialförvaltningen
Homsan Media (daglig verksamhet)	LSS	Privat regi	Socialförvaltningen

Nytida resursteamet Farsta Nord (daglig verksamhet)	LSS	Privat regi	Socialförvaltningen
Lejdaren (träfflokal)	Socialpsykiatri	Entreprenad	Socialförvaltningen
Fallskärmen (stödboende)	Socialpsykiatri	Entreprenad	Socialförvaltningen

Bedömning av verksamhetens kvalitet

Enskededalens dagverksamhet

Typ av verksamhet: dagverksamhet

Regiform: kommunal

Inriktning: demens

Max antal platser: 21 gäster

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens samman-
tagna 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 Enskededalens dagverksamhet uppfyller de krav
som ställs i avtal, lagar och föreskrifter. Verksamheten bedöms
därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg samt
bedriva en god och säker verksamhet.

Efter omorganisering som skedde den 1 januari 2023 ligger
Enskededalens dagverksamhet organisationsmässigt tillsammans
med vård- och omsorgsboendet Hemmet för gamla demens.
Enhetschef för dagverksamheten är även enhetschef och
verksamhetschef för demensavdelningarna på Hemmet för gamla.
Verksamheterna ligger i samma byggnad.

En styrka i Enskededalens dagverksamhet är medarbetarnas
personcentrerade arbetssätt och goda bemötande av gästerna. Vidare
har verksamheten ett ledningssystem för systematiskt
kvalitetsarbete som är väl anpassat för dagverksamheten, som
innehåller de processer och rutiner som behövs för en god kvalitet.

Ett utvecklingsområde som uppmärksammades under uppföljningen
är social dokumentation. Verksamheten behöver säkerställa att
genomförandeplan godkänns av den enskilde inom 15 dagar från att
den upprättats. I övrigt uppfyller verksamheten kraven på social

dokumentation. Vidare framkom en viss osäkerhet hos medarbetarna kring vilka synpunkter och klagomål som ska dokumenteras.

Trygghet och säkerhet

Verksamheten har ett kvalitetsledningssystem som är väl anpassat till dagverksamheten. Egenkontroller och riskanalyser genomförs löpande under året. Resultaten används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Medarbetarna är väl förtrogna med verksamhetens rutiner och deras medverkan i kvalitetsarbetet blir tydligtgjort under uppföljningen.

I brukarundersökningen från våren 2022 har samtliga svaranden angett att de känner sig trygga på dagverksamheten. Vidare anser samtliga svaranden att de blir bra bemötta av personalen. Under uppföljningen berättar medarbetarna att de arbetar utifrån ett personcentrerat arbetssätt och lyfter särskilt sitt arbete med bemötande av gästerna, något som de är stolta över.

Meningsfullhet och delaktighet

Verksamheten är förhållandevis liten, vilket möjliggör nära kontakt mellan medarbetare och gäster. Verksamheten bedrivs i 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.

I senaste brukarundersökningen anger 96 procent att de är nöjda med dagverksamheten och att personalen lyssnar på deras önskemål. Av de som besvarat brukarundersökningen var 85 procent nöjda med aktiviteterna som erbjuds, vilket är något lägre än stadens snitt på 89 procent. Verksamheten har stående dagliga aktiviteter så som promenad, sittgympa, sång och musik. Verksamheten ger även gästerna möjlighet att vara delaktiga i utformningen av aktiviteterna, individuella önskemål tillgodoses så långt det är möjligt.

På frågan om gästerna vet var de ska vända sig med sina synpunkter och klagomål har 84 procent svarat att de vet det, vilket är en högre andel positiva svar än stadens snitt på 78 procent.

Verksamheten behöver åtgärda

Verksamheten rapporterar relativt få synpunkter, klagomål och avvikelser. Under uppföljningen framkom en viss osäkerhet hos medarbetarna gällande vilka synpunkter och klagomål som ska dokumenteras. Verksamheten rekommenderas att vidareutveckla

arbetet med synpunkt- och avvikelserhantering för att öka rapporteringsbenägenheten i medarbetargruppen.

Enheten uppvisar goda resultat i egenkontroll av social dokumentation, däremot framkom ett utvecklingsområde gällande att genomförandeplaner behöver godkännas inom 15 dagar från att de har upprättats. Enhetschef har själv identifierat bristen, analyserat och har satt in åtgärder för att snabbare få genomförandeplanerna godkända.

Uppföljningens genomförande

Uppföljningen är gjord av verksamhetscontroller Isabelle Wall och Pim Karlström samt medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning, december 2020
- Brukarundersökning genomförd mars-maj 2022
- Intern kontroll maj och november 2022

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida www.stockholm.se.

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

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs. Verksamheten anses därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg.

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 med gott bemötande samt en trivsam miljö utomhus runt boendet. Verksamheten har även ett uppskattat och välbesökt gym som är bemannat flera dagar i veckan. Bilden bekräftas av resultat i brukarundersökning och kvalitetsuppföljning på individnivå som visar att en hög andel av de svarande känner förtroende för personalen och anser sig bli bemötta på ett respektfullt sätt. Vidare anser en hög andel svaranden att möjligheterna att komma utomhus är bra och att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten har förutsättningar för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg. Ledningssystemet är anpassat till lokala förutsättningar och processer. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål åtgärdas skyndsamt av personalen. Verksamheten har kvalitetsråd där inkomna synpunkter och klagomål diskuteras och analyseras.

Samtliga yrkesgrupper är representerade under mötena. Under enskilt samtal med medarbetare kan personalen redogöra för olika typer av avvikelser samt hur de ska rapportera dessa.

Personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet och flera medarbetare har specifika ansvarsområden så som palliativt ombud, anhörigombud, måltidsombud med flera. Omvårdnadspersonalen är engagerad och erfaren, samtliga är undersköterskor förutom en personal som är vårdbiträde. Hemmet för gamla somatik är Silviahemscertifierat, vilket innebär att alla medarbetare har en grundutbildning i demenskunskap. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå uppger alla som svarat att personalen bemöter dem på ett respektfullt sätt.

Verksamheten arbetar i tvärprofessionella team där samtliga yrkeskategorier gemensamt planerar och följer upp vården utifrån den enskildes behov. Under uppföljningen uppmärksammas dock vissa svårigheter att följa en röd tråd mellan hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation samt genomförandeplaner. Det tvärprofessionella teamarbetet behöver struktureras för att mer effektivt kunna bidra till en personcentrerad vård och omsorg. Vidare behöver den sociala dokumentationen och arbetet med genomförandeplaner vidareutvecklas och förbättras för att uppnå ställda krav.

I stadens kvalitetsundersökning på individnivå uppger 67 procent av de svarande att de upplever att personalen kommer inom rimlig tid från påkallad hjälp, jämfört med 75 procent för staden totalt. I den nationella brukarundersökningen uppger 90 procent att de känner förtroende för personalen.

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.

Hemmet för gamla somatik 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 en 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.

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 uppger en högre andel än i staden totalt att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. I brukarundersökningen uppger 75 procent att de är nöjda med erbjudna aktiviteter, jämfört med 54 procent i staden totalt.

I stadens kvalitetsundersökning på individnivå uppger 80 procent av de svarande att personalen har tid att sitta ner och prata med dem, jämfört med 53 procent i staden totalt. En relativt låg andel är nöjd med måltidssituationen. Verksamheten arbetar kontinuerligt för att tillgodose önskemål kring mat och måltider.

Verksamheten behöver åtgärda

Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med den sociala dokumentationen och genomförandeplaner. Vidare behöver verksamheten vidareutveckla struktur för teambaserat arbete för att säkerställa ett välfungerande tvärprofessionellt arbete.

Verksamheten rekommenderas att se över implementering av BPSD, vilket är ett arbetssätt för att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom.

Uppföljningen är gjord av

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

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2023-09-28 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning september 2023 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2022 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå november 2021-oktober 2022 (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 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 samt ett gott bemötande.

I stadens egen kvalitetsuppföljning på individnivå finns inget enskilt resultat för Hemmet för gamla demens, utan resultaten i uppföljningen avser hela Hemmet för gamla. Resultaten visar på hög nöjdhet hos svaranden gällande aktiviteter, bemötande från personal samt möjlighet att komma upp eller lägga sig när man vill.

Resultat i brukarundersökning visar vissa utvecklingsmöjligheter. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet då andelen svarande endast var mellan 20 – 40 procent. Majoriteten av frågorna i brukarundersökningen fick inget resultat på grund av för få svaranden.

Under verksamhetsuppföljningen framkom att verksamheten behöver öka förståelsen inom personalgruppen gällande synpunkter och klagomål samt vikten av systematik i hanteringen av synpunkter och klagomål. Ett annat utvecklingsområde som identifierats är den sociala dokumentationen samt dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Trygghet och säkerhet

Enheten fick under sommaren 2023 en ny enhetschef. I samtal med personal framkommer att arbetsgruppen har förtroende för den nya ledningen. Den samlade bedömningen är att verksamheten har ett heltäckande ledningssystem anpassat till verksamheten.

Identifierade processer och implementerade rutiner säkrar kvaliteten på de insatser som ges. Egenkontroller genomförs regelbundet och används för förbättra och vidareutveckla verksamheten.

Riskanalysen finns dokumenterad vilket har bidragit till att nuvarande enhetschef har kunnat sätta sig in i arbetet fort.

Verksamheten bedöms efterleva kravet på egenkontroller mycket väl, resultaten från egenkontrollerna används i kvalitetsarbetet.

Rutin för synpunkter, klagomål och avvikelshantering finns.

Medarbetare tar emot och åtgärdar synpunkter och klagomål däremot brister verksamheten i att skriftligen registrera samtliga inkomna synpunkter och klagomål. Det finns ett utvecklingsbehov hos verksamheten att systematisera hanteringen av synpunkter och klagomål samt att öka kunskapen om synpunkter och klagomål inom personalgruppen.

Ett annat utvecklingsområde som identifierats är att den sociala dokumentationen och dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen behöver utvecklas och förbättras. Vissa svårigheter att följa en röd tråd mellan hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation samt genomförandeplaner har uppmärksammats. Det tvärprofessionella teamarbetet behöver struktureras för att mer effektivt kunna bidra till en personcentrerad vård och omsorg.

Personalen görs delaktiga i kvalitetsarbetet och flera medarbetare har specifika ansvarsområden så som anhörigombud, måltidsombud med flera. Personal erbjuds kompetensutveckling för att säkerställa att de boende och deras anhöriga möts av personal med kunskap om bland annat demenssjukdom. Hemmet för gamla demens är sedan 2022 Silviahemscertifierat, vilket innebär att alla medarbetare har en grundutbildning i demenskunskap. I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2022 uppger alla som svarat 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 arbetar enligt de arbetssätt som anges i BPSD, vilket innebär att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom.

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 en 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 2022 visar att en hög andel av de boende som svarat att det är trivsamt utomhus runt boendet. Utvecklingsområden som framkommit är hur sammantaget nöjd de svarande är med boendet, samt hur trygg det känns att bo på boendet. Endast en låg andel svarande anser att maten brukar smaka bra. Verksamheten har under året bytt matleverantör, och ledningen för kontinuerlig dialog med leverantören för öka nöjdheten hos de boende.

I stadens kvalitetsundersökning på individnivå från 2022 uppger samtliga som svarat att de får komma upp eller lägga sig när de vill.

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 2022 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

Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med den sociala dokumentationen samt dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vidare behöver verksamheten vidareutveckla struktur för teambaserat arbete för att säkerställa ett välfungerande

tvärprofessionellt arbete. Verksamheten behöver stärka arbetet med synpunkter, klagomål och avvikelser så som beskrivits ovan.

De brister i rutiner som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats.

Uppföljningen är gjord av

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent, medicinskt ansvarig för rehabilitering Ylva Jonsson och verksamhetscontroller Isabelle Wall vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2023-09-18 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning september 2023 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2022 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå november 2021-oktober 2022 (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 demensavdelning

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 uppföljningen 2021 bedrivit ett utvecklingsarbete, och har gjort tydliga framsteg inom att säkerställa medarbetarnas kompetens inom demensområdet. Verksamheten har även vidareutvecklat sitt arbete med avvikelshantering samt lex Sarah- och lex Maria-rapportering. Verksamheten rekommenderas fortsatt utbildning inom demensområdet för att bibehålla medarbetarnas kompetens samt säkerställa att personal tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD.

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 de senaste tre åren. Även lex Sarah-rapporteringen har ökat, vilket visar på en ökad medvetenhet om bestämmelserna i lex Sarah. Medarbetarna får

information om varför rapportering av avvikelser är viktigt för kvalitetsarbetet samt vad som ska rapporteras som avvikelser. Verksamheten har infört kvalitetsmöten där representanter från medarbetargruppen är med och diskuterar och analyserar avvikelser. I samtal med personal framkommer att verksamheten arbetar systematiskt med avvikelser och att medarbetarna görs delaktiga i förbättringsåtgärderna. I samtalet framkommer att medarbetarna har kunskap om lex Sarah och kan ge exempel på händelser som ska rapporteras enligt bestämmelserna.

Vid verksamhetsuppföljningen 2021 fick verksamheten i uppdrag att implementera rutiner och arbetsätt i medarbetargruppen för att öka kompetensen inom verksamheten. Ledningen beskriver att de sedan dess har arbetat med implementering utifrån framtagna handlingsplaner. Medarbetarna har genomgått olika utbildningar i kompetenshöjande syfte och daglig coachning av arbetsgrupper har under en period genomförts.Handledning av personal på plats i verksamheten har även skett.

I den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att 88 procent av de som svarat känner sig trygga på boendet, 89 procent känner förtroende för personalen och 89 procent upplever att de får ett bra bemötande från personalen.

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 Attendos egen värdegrund. I samtal med medarbetarna bekräftas att verksamheten arbetar för att de äldre ska känna trygghet och få ett bra bemötande. Medarbetarna uttrycker en stolthet över upparbetade arbetsätt. Verksamheten har utvecklat inomhusmiljön så att den är mer hemlik än tidigare och bättre anpassad till målgruppens behov.

Verksamheten har sedan 2021 ökat kunskaperna om demenssjukdomar genom att delta i Stjärnmärkning, vilket är en utbildningsmodell från svenskt demenscentrum. Syftet med Stjärnmärkning är att ge personal kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet på arbetsplatsen. Vidare har verksamheten vidareutvecklat arbetet med implementeringen av BPSD (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). På varje våningsplan finns två utbildade BPSD-administratörer. Samtliga medarbetare ska under året fortbilda sig i BPSD genom e-utbildning. I samtal med personal framkommer det att medarbetarna arbetar i tvärprofessionella team kring frågor om BPSD.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att en hög andel av de boende som svarat är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. Vidare upplever 89 procent av de som svarat att personalen tar hänsyn till de boendes åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras. 78 procent har svarat att de vet var de ska vända sig med synpunkter och klagomål.

När det gäller nöjdhet med den mat som serveras ligger resultaten i linje med genomsnittet i staden. 56 procent av de som svarat upplever att möjligheterna att komma utomhus är bra, vilket är en relativt låg siffra men resultatet är högre än för staden som helhet.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten rekommenderas fortsatt fortbildning inom demensområdet för att bibehålla medarbetarnas kompetens samt säkerställa att personal tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall, medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning samt biståndshandläggare Lidia Lara Salazar vid Skärholmens stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten genom samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.1.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning mars 2023 (strukturkvalitet)
- Verksamhetsuppföljning maj 2021 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning 2022 (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

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 uppfylla de krav som ställs och därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Visst utvecklingsbehov kvarstår, verksamheten bedöms dock arbeta aktivt för att vidareutveckla och höja kvaliteten på verksamheten.

Utföraren har genomfört olika åtgärder som visar på förbättringar jämfört med föregående verksamhetsuppföljning. Verksamheten behöver fortsätta att vidareutveckla den sociala dokumentationen. Vidare behöver medarbetarnas kunskap om synpunkter och klagomål höjas för att öka antal registrerade synpunkter/klagomål inom verksamheten. Systematiken i hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål behöver förbättras.

I maj 2022 genomförde äldreförvaltningen en oanmäld inspektion i verksamheten. Utvecklingsområden som framkom var bland annat att verksamheten behöver arbeta med personalens kommunikation med de boende samt att de boendes delaktighet och självbestämmande under måltiderna behöver stärkas.

De brukarundersökningar som genomförts under år 2022 visar överlag ett gott resultat. Resultaten i den nationella brukarundersökningen visar på generella utvecklingsbehov medan stadens kvalitetsuppföljning på individnivå ger en mer positiv bild av verksamheten.

Trygghet och säkerhet

Den samlade bedömningen är att verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg. Verksamheten har ett tydligt och lättillgängligt ledningssystem, som till stor del är gemensamt för

Ersta. Vissa rutiner och checklistor har anpassats till lokala förhållanden och förutsättningar.

Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, tvärprofessionellt teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Genom uppvisade egenkontroller framkommer det att det saknas en tydlig röd tråd mellan hälso- och sjukvårdsdokumentation och dokumentation enligt socialtjänstlagen. Verksamheten har tagit fram en separat handlingsplan för att förbättra teamarbetet. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamheten behöver utveckla och förbättra den sociala dokumentationen. Verksamhetens egen egenkontroll visar bland annat att ordinerade skyddsåtgärder inte alltid finns beskrivna i genomförandeplanerna, likaså saknas dokumentation om samtycke till begränsningsåtgärder. Vid inspektionen som genomfördes i maj 2022 framkom flera styrkor när det gäller verksamhetens sociala dokumentation. Utifrån resultatet av inspektörernas dokumentationsgranskning rekommenderas ledningen att gå igenom den löpande sociala dokumentationen så att personalen dokumenterar i enlighet med gällande lagar och regelverk. Ledningen behöver även säkerställa att personalen dokumenterar så att det går att utläsa vad som inträffat, vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa. Verksamheten har upprättat en handlingsplan för att vidareutveckla den sociala dokumentationen.

Utföraren uppger att registrering samt hantering av synpunkter och klagomål är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten. Under uppföljningen framkommer det att medarbetarnas kunskap om vikten av att registrera synpunkter och klagomål behöver höjas, dels för ett förbättrat kvalitetsarbete och dels för att öka medarbetarnas benägenhet att registrera inkomna synpunkter/klagomål. Likaså behöver systematiken i verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål öka. I den nationella brukarundersökningen genomförd 2022 känner endast 43 procent av de svarande till vart de ska vända sig med synpunkter och klagomål, vilket är lägre än för staden som helhet.

Inspektionen i maj 2022 visade på att ledningen har arbetat för att öka avvikelserapporteringen inom verksamheten. Förbättringsråd har startats upp där medarbetare från olika professioner finns representerade. Under verksamhetsuppföljningen berättar ledningen att avvikelser analyseras och åtgärder diskuteras under förbättringsråden. Deltagarna är även med och diskuterar ifall en avvikelse ska rapporteras enligt lex Sarah.

Vid inspektionen uppmärksammade inspektörerna brister i följsamhet till basala hygienrutiner och source control. Ledningen behöver försäkra sig om att samtliga anställda följer source control och basala hygienrutiner, bland annat via verksamhetens egenkontroller.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att en hög andel av de svarande upplever att det känns tryggt att bo på Mariahemmet. Vidare upplever en relativt hög andel av de svarande att de blir bemötta på ett bra sätt av personal, att de känner förtroende för personalen och att de sammantaget är nöjda med sitt äldreboende. Svarsfrekvensen var mellan 40 och 60 procent.

Stadens kvalitetsuppföljning på individnivå från 2022, som besvarades av 35 personer, visar att 96 procent av de svarande upplever att personal bemöter dem på ett respektfullt sätt. 82 procent av de svarande upplever att det är ungefär samma personer som hjälper dem.

Meningsfullhet och delaktighet

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. Verksamheten har sedan föregående verksamhetsuppföljning arbetat med att stärka värdegrunden och för att implementera den i det dagliga arbetet. I samtal med medarbetare under årets uppföljning framkommer det att de medverkande upplever äldreboendet som en fin och trevlig verksamhet där alla hälsar på varandra, både personal och boende.

Inspektionen i maj 2022 visade att värdegrunden tas upp vid introduktion av nyanställda och att personal genomgår digital utbildning i den nationella värdegrunden. Ett utvecklingsområde som framkom är att verksamheten behöver arbeta med personalens kommunikation med de äldre.

Verksamheten arbetar utifrån de arbetsätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Personalgruppen har kompetensutvecklats i BPSD och verksamheten har arbetat med en nollvision för en demensvård utan tvång och begränsningar. Ett utvecklingsområde som identifierades vid inspektionen i maj 2022 är registrering i BPSD-registret.

Den nationella brukarundersökningen 2022 visar att en relativt låg andel av de svarande upplever att måltiderna är en trevlig stund på dagen eller att maten smakar bra. I kvalitetsuppföljningen på

individnivå för 2022 upplever däremot samtliga av de svarande att de är nöjda med måltidssituationerna samt 88 procent är nöjda med den mat som serveras.

Inspektionen i maj 2022 visade på en lugn miljö i samband med måltiderna samt att individuella önskemål om mat tillgodoses. Utvecklingsområden som identifierades var bland annat att ledningen behöver följa upp personalens arbetssätt och bemötande under måltider samt att de boendes delaktighet och självbestämmande under måltiderna behöver stärkas.

Vidare visar brukarundersökningen från 2022 att en låg andel av de svarande upplever att möjligheterna att komma utomhus är bra. En relativt låg andel är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boendet. I kvalitetsuppföljningen på individnivå från 2022 uppper däremot 87 procent av de svarande att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. 85 procent upplever att de får komma ut i den utsträckning som de önskar, vilket är ett högre resultat än för staden som helhet.

Verksamheten har som rutin att den personal som börjar arbeta klockan elva på förmiddagen 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.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Visst utvecklingsbehov kvarstår. Uppföljare upplever att ledningen sedan 2021 har arbetat aktivt för att höja verksamhetens kvalitet, och att verksamheten har en fortsatt plan för vidare utvecklingsarbete.

Verksamheten behöver öka medarbetarnas kunskap om synpunkter och klagomål som ett led i att öka registreringsbenägenheten. Vidare behöver systematiken i verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål öka.

Verksamheten behöver fortsätta att utveckla och förbättra den sociala dokumentationen och arbetet med genomförandepplaner.

Uppföljningen är gjord av:

Verksamhetscontroller Isabelle Wall och medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2023-05-16 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning maj 2023 (strukturkvalitet)
- Inspektion maj 2022 (struktur- och processkvalitet)
- Brukarundersökning maj 2022 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsuppföljning på individnivå november 2021-oktober 2022 (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

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, en vacker och hemlik utomhus- och inomhusmiljö samt eget kök specialiserat på koshermat.

Resultat i brukarundersökning 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 främst genom att öka systematiken i analys och bedömningen av avvikelser och lex Sarah.

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 område som genomsyrar arbetssätt och rutiner.

Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Riskanalys och

egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamheten har goda arbetssätt för avvikelshantering vilket även bekräftas i enskilt samtal med medarbetare. Ledningen har redovisat hur de ska öka kompetensen om lex Sarah inom verksamheten, bland annat har verksamheten inrättat kvalitetsråd i syfte att öka systematiken i analysen av avvikelser och lex Sarah.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att 91 procent av de som svarat känner sig trygga på boendet, 92 procent upplever att de får ett bra bemötande från personalen och 89 procent känner förtroende för personalen.

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 både utifrån sin egen värdegrund, som innefattar att de äldre ska få åldras med trygghet och värdighet bland annat genom professionellt yrkesutövande och judisk tradition, samt utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorg.

Medarbetare på demensavdelningarna har genomgått utbildning i BPSD (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD i förekommande fall. Verksamheten har även påbörjat Stjärnmärkning, vilket är en utbildningsmodell från svenskt demenscentrum. Syftet med Stjärnmärkning är att ge personal kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet på arbetsplatsen.

Verksamheten har i början av 2023 startat ett pilotprojekt på en av demensavdelningarna, inspirerat av ett studiebesök i en demensby utomlands. Bemötande och aktiviteter är i fokus för projektet. Medarbetargruppen får handledning i de nya arbetssätten. Pilotprojektet kommer att utvärderas framöver.

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. Verksamheten har eget kök med kostchef som bereder mat enligt kosher. Kökspersonalen anpassar mat och måltider utifrån enskildas önskemål och behov.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att en hög andel av de boende som svarat anser att personalen tar hänsyn till de boendes åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, att de kan

påverka vid vilka tider de får hjälp och att möjligheterna att komma utomhus är bra. En relativt låg andel svarar att de besväras av ensamhet. När det gäller nöjdhet med mat och måltidssituationen ligger resultaten lite lägre än genomsnittet i staden. En relativt hög andel svarar att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boendet.

Verksamheten behöver åtgärda

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta vidareutveckla arbetet med lex Sarah-rapportering såsom beskrivits ovan.

Uppföljningen är gjord av

Verksamhetscontroller Isabelle Wall och medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2023-03-21 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

Uppföljningsunderlag

- Verksamhetsuppföljning mars 2023 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning 2022 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsobservation november 2021 (struktur- och processkvalitet)

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

Verksamhetsuppföljning funktionsnedsättning avseende gruppbo­städer samt daglig verksamhet, entreprenad

Bedömning av verksamheternas kvalitet

Sammanfattande bedömning: Under året har förvaltningen genomfört verksamhetsuppföljningar på en daglig verksamhet och fem av gruppbo­städerna LSS inom stadsdelsområdet (entreprenad). Samtliga verksamheter har sedan den 1 december 2023 gått över till annan utförare.

Entreprenadavtalet löpte ut den 30 november 2023. Upphandling av driften av LSS-bostäder och daglig verksamhet har genomförts. Tre av de uppföljda gruppbo­städerna drivs sedan den 1 december 2023 av Olivia omsorg. En av gruppbo­städerna drivs nu mer av Humana. En gruppbo­stad har övergått till egen regi. Den dagliga verksamheten drivs sedan 1 december av Nytida. Uppföljningen av verksamheterna har gjorts utifrån valda delar för att få ett utgångsläge inför att driften går över till ny utförare. Vid verksamhetsuppföljningarna framgår det att samtliga verksamheter under året främst fokuserat på planerad verksamhetsavveckling.

Verksamhetsuppföljningarna har sammantaget visat att verksamheterna till största del bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande avtal och lagstiftning. Verksamheterna bedöms ha ett fungerande kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Det är även tydligt att verksamheterna samverkar med varandra för att bidra till att samtliga verksamheter håller en god kvalitet. Utredarna noterade dock att rapporteringen av lex Sarah minskat eller uteblivit helt under året och bedömer att det är av vikt att de nya utförarna säkerställer att kompetensen om lex Sarah finns, och att rutiner kring lex Sarah upprättas. Detta bör särskilt följas upp inom ramen för verksamhetsuppföljningen alternativt avtalsuppföljningarna under kommande år.

Flera av verksamheterna har utbildat sin personal i diplomerat stödpersonskap som syftar till att kvalitetssäkra kompetensnivån hos personal och därmed även de insatser som erbjuds målgruppen. Flera verksamheter beskriver ett kontinuerligt värderingsarbete i syfte att säkerställa brukarnas delaktighet och självbestämmande samt integritet. Utvecklingsarbete bedrivs i olika omfattning i verksamheterna, men ett återkommande förbättringsområde är att verksamheterna inom ramen för introduktionen ytterligare behöver säkerställa att all nyanställd personal får grundläggande kunskap

vad gäller förflyttningsteknik. Utredarna har även uppmärksammat brister vad gäller extern handledning. Även detta bör följas upp inom ramen för verksamhetsuppföljningen alternativt avtalsuppföljningarna under kommande år.

Uppföljningarna är gjorda av

Biträdande avdelningschef Helena Andersson och verksamhetscontroller Anna Palén vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Verksamhetsuppföljning av daglig verksamhet enligt LSS, privata utförare

Bedömning av verksamheternas kvalitet

Sammanfattande bedömning: Verksamhetsuppföljning av daglig verksamhet enligt LSS, privata utförare, har genomförts på uppdrag av socialförvaltningen enligt stadens mallar. För verksamheterna har uppföljningarna visat att de bedrivs enligt avtal.

Utvecklingsarbete bedrivs i olika omfattning i verksamheterna, ett förbättringsområde för två av verksamheterna är systematisk hantering av synpunkter och klagomål. Dessa hanteras ofta lösningsfokuserat och inkluderas inte i verksamhetens kvalitetsarbete. Detta har påtalats i den skriftlig återrapportering till verksamheterna.

Uppföljningarna är gjorda av

Verksamhetscontroller Anna Palén vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Verksamhetsuppföljning socialpsykiatri avseende stödboende samt sysselsättning, entreprenad

Bedömning av verksamheternas kvalitet

Sammanfattande bedömning: Under året har förvaltningen genomfört verksamhetsuppföljningar på ett stödboende och en sysselsättning i form av en träfflokal inom stadsdelsområdet. Stödboendet riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning och träfflokalen är en öppen verksamhet som framför allt riktar sig till personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning.

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningarna är bedömningen att verksamheterna till största del bedrivs i enlighet med gällande avtal. Verksamheterna bedöms ha förutsättningar att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Stödboendet har vid tid för uppföljningen inte kunnat redovisa underlag som stödjer att minst 80 procent av personalen har adekvat utbildning. Verksamheten ska inkomma med underlag till förvaltningen alternativt inkomma med åtgärdsplan över hur kompetenskraven ska nås.

Uppföljningarna är gjorda av

Verksamhetscontroller Anna Palén vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.