

Bilaga O5

Verksamhetsuppföljning
egen regi, VB 2019

Stöd och service till
personer med
funktionsnedsättning

Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning	2
Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2019	3
Uppföljningsmetod	3
Dokumentationsgranskning	3
Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar	3
Uppföljning av enhetsmål	4
God kvalitet.....	4
Kvalitetsberättelse	5
Brukarundersökningar.....	5
Verksamhetsbesök	5
Återkoppling	5
Förvaltningens samlade bedömning	6
Resultat av uppföljningen	9
Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder	9
Klubb Reimersholme	11
Drakenbergs gruppbo städer	12
Lignagatan och Mältplåtens gruppbo städer	14
Malmens grupp- och servicebostäder	16
Södermalms dagliga verksamhet – Hantverkshuset, Torkel och Tolvan	18
Södermalms dagligaverksamhet - Blecktornet och Äppelgården	19
Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder	21
Söders korttidshem	23
Aktivitetshuset	24

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning

Sociala avdelningen har utvecklat en metod för att arbeta med uppföljning på verksamhetsövergripande nivå. Stadsdelsnämnden kan därigenom regelbundet få en samlad bedömning av verksamheternas kvalitet.

Sociala avdelningen följer upp samtliga verksamheter som utför insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Entreprenad driven verksamhet följs upp under våren och verksamhet i egen regi under hösten.

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal LSS-platser	Antal brukare från Södermalm
Egen regi	Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	19	19
Egen regi	Klubb Reimers	Dagverksamhet/ Daglig verksamhet	2	2
Egen regi	Drakenbergs grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	6	6
Egen regi	Lignagatan och Mältplåtens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	18	18
Egen regi	Malmens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	32	32
Egen regi	Södermalms dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	39	19
Egen regi	Blecktornet och Äppelgårdens dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	34	14

Egen regi	Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	21	21
Egen regi	Söders korttids	Korttidsverksamhet	25	4
Egen regi	Aktivitetshuset	Dagverksamhet/ Daglig verksamhet	6	5

Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2019

Uppföljningsmetod

Verksamhetsuppföljningen har innefattat följande moment:

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har utifrån aktuellt regelverk (i huvudsak Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5) granskat ett urval av akter i verksamheterna. En gemensam mall utifrån ställda minimikrav har använts. Granskningen har fokuserat på genomförandeplaner och den löpande dokumentationen.

Urvalet består av minst 20 procent av verksamhetens individakter. Vid urvalet har hänsyn tagits till kön vilket innebär att de granskade akterna avser lika många män som kvinnor. Granskningen utgör underlag för bedömningen om dokumentationen görs i enlighet med gällande bestämmelser, det vill säga att dokumentationen är väsentlig, tillräcklig och korrekt så att den gör det möjligt att följa ärendet/insatsernas genomförande. Vidare görs bedömning om genomförandeplanen är aktuell och komplett (uppfyller ställda minimikrav), om den innehåller specifika och mätbara mål samt om målen följts upp och resultaten/måluppfyllelsen dokumenterats.

Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar

Under föregående verksamhetsuppföljning i egen regi år 2018 formulerade förvaltningen en enkät med frågor till utförarna. Frågorna fokuserade då på hur verksamheterna säkerställde att de uppfyllde olika krav utifrån Stockholms stads beslutade uppdragsbeskrivningar för respektive verksamhetsområde. Vid verksamhetsuppföljningen avseende år 2019 har förvaltningen följt

upp huruvida verksamheterna arbetat med de uppmärksammade utvecklingsområdena från år 2018.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen har granskat verksamheternas tertiärrapporter och utformat kompletterande frågor till verksamheterna. Frågorna fokuserar på hur verksamheterna säkerställer att utvalda väsentliga processer utförs med god kvalitet och på ett säkert sätt samt vilka resultat som uppnåtts. De processer verksamheterna ombeds redogöra för är enhetsmål, nämndens mål inom verksamhetsområdet och dokumentationen.

Följande enhetsmål avser samtliga uppföljda verksamheter:

- Vuxna lever ett självständigt liv i en fungerande vardag.
- Vuxna med funktionsnedsättning tar del av stöd och service på lika villkor.
- Vuxna lever ett självständigt liv fritt från våld.

God kvalitet

Förvaltningen har utformat en enkät med frågor som utgår från de sex kvalitetsområden som tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för öppna jämförelser inom socialtjänstens områden. Kvalitetsbegreppet inom SoL och LSS innefattar följande aspekter:

Tillgänglighet

Tillgänglighet innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet tas tillvara. En kunskapsbaserad verksamhet utvärderar och följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och gruppers behov.

En central förutsättning för uppföljning av insatser i praktisk verksamhet är att det finns ett system för en systematisk och regelbunden uppföljning av insatserna som ges till enskilda utifrån deras behov. Resultat av insatser och måluppfyllelse dokumenteras på individnivå för att sedan lyfta det till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.

Trygghet och säkerhet

Trygghet och säkerhet innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Effektivitet

Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Kvalitetsberättelse

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör verksamhet enligt SoL och LSS varje år upprätta en kvalitetsberättelse där det framgår hur man arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningen har begärt in kvalitetsberättelser från samtliga verksamheter avseende år 2018.

Brukarundersökningar

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2019. Inom bostad med särskild service och daglig verksamhet har brukarundersökningen i år genomförts med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Undersökningen har samordnats av stadsledningskontoret avseende deltagande i den nationella brukarundersökningen för LSS.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har besökt de olika verksamheterna för att träffa medarbetare och brukare samt för ömsesidigt informationsutbyte. Kompletterande frågor om kvalitetsområdena och stadens uppdragsbeskrivningar har ställts till verksamheterna i samband med besöket.

Återkoppling

Förvaltningen har träffat varje utförare för att redovisa resultatet av uppföljningarna. Förvaltningen har även haft en dialog med

verksamheterna avseende deras fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbete.

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningen bedömer att de uppföljda verksamheterna i stort uppfyller de krav som kan ställas utifrån gällande lagstiftning, förordning, föreskrifter och stadens uppdragsbeskrivningar.

Dokumentationsgranskning

Det finns genomförandeplaner i de allra flesta av de granskade ärendena. Flertalet genomförandeplaner är utformade utifrån ställda minimikrav. Genomförandeplanerna innehåller i hög utsträckning konkreta och mätbara mål och delmål. Däremot saknas ofta dokumenterad uppgift om uppföljning och beskrivning av resultatet/effekten av de olika insatserna och måluppfyllelse.

Förvaltningen konstaterar att flera verksamheter har höjt kvaliteten när det gäller att upprätta genomförandeplaner samt utforma konkreta/mätbara mål och delmål gentemot 2018 års uppföljning.

Generellt uppger verksamheterna att det pågår ett arbete med att ytterligare utveckla och förbättra målformulering och uppföljning av målen i genomförandeplanerna. Detsamma gäller den löpande dokumentationen.

I de allra flesta av de granskade ärendena förs regelbundna journalanteckningar vilket gör det möjligt att följa ärendena/utförandet av insatserna. Journalanteckningarna bedöms i stort uppfylla kraven att vara väsentliga, tillräckliga och korrekta. Förvaltningens samlade bedömning är att dokumentationen i de allra flesta fall är gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

Resultat utifrån stadens uppdragsbeskrivningar

Förvaltningens samlade bedömning är att verksamheterna i stort uppfyller ställda krav enligt Stockholm stads uppdragsbeskrivningar. Vissa verksamheter behöver arbeta med att tydliggöra sitt ledningssystem och anpassa rutiner till sin respektive målgrupp. För att utveckla detta pågår i dagsläget ett uppdrag avseende ledningssystem inom LSS-verksamheterna i egen regi. Vissa verksamheter behöver utveckla sitt kvalitetsarbete avseende sammanställning av synpunkter och klagomål. Förvaltningen ser att det generellt finns risk för att synpunkter och klagomål inte hanteras korrekt och inte sammanställs för att hitta eventuella mönster.

Vidare finns det även risker för att muntliga synpunkter inte dokumenteras.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheterna uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Alla verksamheter utom tre har fysiskt tillgängliga lokaler. De flesta verksamheterna använder metoder för kommunikationsanpassning.

Helhetssyn och samordning

De flesta verksamheterna har skriftliga rutiner för samordning av insatser kring enskilda med behov av flera insatser. En stor del av verksamheterna använder sig av så kallade ”stöd- och servicepärmar” som ett sätt att tydliggöra samordningen kring varje individ. I dessa pärmar kartlägger verksamheterna viktiga aktörer runt den enskilde och deras ansvarsområden. Det som i stor utsträckning saknas är i vilka sammanhang varje viktig aktör behöver kontaktas samt vilka regelbundna samverkansformer som är aktuella (exempelvis SIP-möten). Förvaltningen bedömer att arbetet med samordningen genom stöd- och servicepärmar är ett fungerande och väl förankrat arbetssätt men metoden kan generellt bli tydligare och mer enhetlig.

Kunskapsbaserad verksamhet

Vissa verksamheter arbetar aktivt med att dokumentera resultatet av uppföljningen på individnivå men detta behöver generellt utvecklas för att resultat av uppföljningen ska kunna lyftas till gruppnivå enligt intentionerna i SOSFS 2011:9. Vissa verksamheter har påbörjat ett arbete med sammanställningen men detta är fortfarande ett utvecklingsområde. Verksamheterna behöver generellt utveckla sitt arbete med systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling.

Arbetet med att förebygga och upptäcka våld samt hur stöd ges till våldsutsatta personer behöver förbättras för att uppnå ställda kvalitetskriterier. Ett arbete med att implementera metoden VIP (Viktig intressant person) pågår inom flera verksamheter vilket är en utveckling gentemot föregående år.

Självbestämmande och integritet

De flesta verksamheterna använder resultatet av stadens brukarundersökningar i utvecklingen av verksamheten och återkopplar resultatet till brukarna. Verksamheterna använder även beprövade metoder och hjälpmedel för att stärka brukarnas delaktighet på både individ- och verksamhetsnivå. Verksamheternas

registrering, sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål behöver i många fall utvecklas för att uppfylla detta kvalitetsområde. Likaså behöver några verksamheter utveckla och implementera metoder för kommunikationsanpassning för att möjliggöra större brukarinflytande.

Trygghet och säkerhet

Verksamheterna har rutiner för att ta emot rapporter om missförhållanden/risk för missförhållande enligt lex Sarah. Cirka en tredjedel av de uppföljda verksamheterna har rapporterat enligt lex Sarah sedan föregående uppföljning. Det låga antalet rapporter kan vara ett tecken på underrapportering. Förvaltningen bedömer att det i vissa verksamheter råder en osäkerhet om bestämmelserna enligt lex Sarah. Förvaltningen ser även risker på att missförhållanden enbart registreras som avvikelser.

Effektivitet

Samtliga verksamheter uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

De flesta verksamheterna har lämnat in kvalitetsberättelser för år 2018. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelserna i stort är utformade i enlighet med SOSFS 2011:9. Beskrivningen av resultat avseende genomförda egenkontroller och eventuella vidtagna åtgärder är ett generellt utvecklingsområde för samtliga verksamheter. Uppgifter avseende riskanalyser på verksamhetsnivå och brukarnas medverkan i kvalitetsutvecklingen saknas i de flesta kvalitetsberättelserna.

Jämställdhetsanalys

Könsfördelningen varierar mellan de uppföljda verksamheterna. I samband med uppföljningarna har förvaltningen ställt frågor om bland annat könsuppdelad statistik och arbete med jämställdhetsintegrering. Cirka hälften av de uppföljda verksamheterna har ett pågående arbete med att analysera resursfördelningen utifrån kön. En del av verksamheterna arbetar utifrån metoden ”7:an” och redovisar sitt resultat i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse. Då detta inte längre är ett enhetsmål för verksamheterna finns det variationer avseende hur verksamheterna prioriterar detta arbete.

Vid dokumentationsgranskningen har urvalet av individakter bestått av hälften akter tillhörande män och hälften akter tillhörande kvinnor. Resultatet har inte visat på några skillnader mellan könen avseende kvalitet i den sociala dokumentationen.

Resultat av uppföljningen

Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder

Verksamheten har under hösten 2019 genomgått en omorganisation. Gruppbestäderna Hammarby Allé och Babord tillhör numera en egen verksamhet separat från servicebostaden Färgagårdstorget. Då omorganisationen genomfördes under pågående verksamhetsuppföljning har förvaltningen följt upp samtliga tre adresser och redovisat ett samlat resultat för dessa. Vid nästa verksamhetsuppföljning 2020 kommer resultat för servicebostad respektive gruppbestäderna redovisas separat.

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår endast i ett av de granskade ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Utifrån detta är det endast i det ärendet det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i alla de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelser är dokumenterade. I vissa fall är dokumentationen relativt omfattande och svår att få en översikt över. Förvaltningen bedömer att dokumentationen i stort är gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Verksamheten har rutiner avseende samordning kring enskilda med behov av flera insatser exempelvis LSS-hälsan. Däremot behöver strukturen kring samordning av viktiga aktörer runt den enskilde bli tydligare genom. Exempelvis genom att utveckla en enhetlig struktur för stöd- och servicemappar.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Implementera arbetsätt och metoder för kommunikationsanpassning avseende brukare i behov av detta.
- Återkoppla resultatet av genomförd brukarundersökning till brukarna.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen i grupp- och servicebostäderna visar en positiv andel på 66 procent avseende trivsel. För servicebostadsdelen visar resultatet en positiv andel på 75 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 100 procent avseende servicebostad och 82 procent avseende grupp- och servicebostad.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 13 november 2019.

Klubb Reimersholme

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för två brukare. Aktuell genomförandeplan finns i båda de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur!” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att dokumentera *hur* uppföljningarna ska göras är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningarna har förts regelbundet och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamhetens arbete med dokumentation och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål har utvecklats sedan föregående uppföljning. Arbete med att vidare utveckla sammanställningen och registrering är ett utvecklingsområde.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten saknar kvalitetsberättelse för år 2018.

Drakenbergs gruppboväder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Vid uppföljningstillfället finns aktuell genomförandeplan i två av de granskade ärendena.

De aktuella genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål i de aktuella genomförandeplanerna bedöms vara konkreta och mätbara/uppfoljningsbara. Målen har följts upp i enlighet med uppfoljningsdatum och det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att det saknades genomförandeplan i ett ärende är en brist. Vid uppfoljande granskning efter det ordinarie tillfället konstaterar förvaltningen att verksamheten har upprättat aktuell genomförandeplan även i det tredje ärendet. Att säkerställa att det alltid finns aktuell genomförandeplan i alla ärenden är ett utvecklingsområde. Det samma gäller att notera i genomförandeplanerna hur målen ska följas upp.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. I ett av ärendena finns information om annan brukare vilket inte följer gällande sekretessbestämmelser.

Förvaltningen bedömer att verksamheten behöver säkerställa att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Verksamheten har rutiner avseende samordning kring enskilda med behov av flera insatser exempelvis LSS-hälsan. Däremot behöver strukturen kring samordning av viktiga aktörer runt den enskilde bli tydligare genom. Exempelvis genom att utveckla en enhetlig struktur för stöd- och servicemappar.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person)

- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Återkoppla resultatet av genomförd brukarundersökning till brukarna.
- Analysera resultatet av brukarundersökningen och använda analysen i verksamhetsutvecklingen.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet.

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Drakenbergs gruppbostad i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 100 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 83 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 14 november 2019.

Lignagatan och Mältplåtens gruppbostad

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

utom att det saknas en beskrivning av ”hur!” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppfoljningsbara. Det framgår inte fullt ut i något av de granskade ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppfoljningsdatum. Utifrån detta går det inte heller att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att dokumentera hur uppfoljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppfoljningen.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. I vissa fall är dokumentationen relativt omfattande och svår att få en översikt över. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppfoljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person)
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Implementera och utveckla arbetsätt och metoder för kommunikationsanpassning avseende brukare i behov av detta.
- Verksamhetens arbete med dokumentation, sammanställning och registrering av inkomna synpunkter och klagomål kan utvecklas.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah under 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet.

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Lignagatan och Mältplåtens gruppboväder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 80 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 83 procent. Verksamheten kunde dock inte få resultat för Lignagatan 16 då brukarundersökningen inte är anpassad till målgruppens kommunikationsbehov.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten saknar kvalitetsberättelse för år 2018.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 5 november 2019.

Malmens grupp- och serviceboväder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tio brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår endast i tre av ärendena att genomförandeplanerna har följts upp i enlighet med

uppföljningsdatum. Utifrån detta går det inte fullt ut att utläsa resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena.

Att dokumentera *hur* målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Malmens grupp- och servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-

Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 95 procent avseende trivsel. För servicebostadsdelen visar resultatet en positiv andel på 71 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 91 procent i gruppbestäderna och 70 procent i servicebostaden.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 14 oktober 2019.

Södermalms dagliga verksamhet – Hantverkshuset, Torkel och Tolvan

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur!” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går i hög utsträckning att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningarna har i stor utsträckning förts regelbundet i de granskade ärendena och det går i de flesta fall att följa hur insatserna genomförts. Avvikelser är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen i stort görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Lokalerna

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.
Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Verksamhetens arbete med dokumentation, sammanställning och registrering av inkomna synpunkter och klagomål kan utvecklas.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Södermalms dagliga verksamhet i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 88 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 90 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 30 oktober 2019.

Södermalms dagligverksamhet - Blecktornet och Äppelgården

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är ”hur” målen/genomförandeplanerna

ska följas upp samt i ett ärende information om vilka som deltagit vid planens upprättande.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mättningsbara/uppföljningsbara. Det framgår i stor utsträckning av dokumentationen att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går till viss del att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de flesta ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelser är dokumenterade. Lite glest dokumenterat i några fall. Förvaltningen bedömer att dokumentationen i stort görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Lokalerna är till viss del tillgängliga för personer med funktionsnedsättning men full tillgänglighet försvåras av att vissa delar av verksamheten är inrymda i en gammal fastighet.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Verksamhetens arbete med dokumentation, sammanställning och registrering av inkomna synpunkter och klagomål kan utvecklas.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Blecktornet och Äppelgården i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 93 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 97 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 30 april 2019.

Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det i två ärenden saknas en beskrivning av ”hur!” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brukarundersökning 2019

År 2019 ingick Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 87 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 80 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 4 november 2019.

Söders korttidshem

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår endast i ett av de granskade ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Det går inte något resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

Journalanteckningarna har förts regelbundet och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).

- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Återkoppla resultatet av genomförd brukarundersökning till brukarna.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Brugarundersökning 2019

Brugarundersökningen visar att av de 68 procent som svarat, var 90 procent nöjda med verksamheten. För staden totalt var 89 procent nöjda med sitt korttidshem.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 5 november 2019.

Aktivitetshuset

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för två brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en beskrivning av ”hur!” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går i stor utsträckning att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Journalanteckningarna har förts regelbundet och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelser är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga av sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Lokalerna är till viss del tillgängliga för personer med funktionsnedsättning men full tillgänglighet försvåras av att vissa delar av verksamheten är inrymda i en gammal fastighet.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2018.

Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 16 oktober 2019.
