

Bilaga O5

Verksamhetsuppföljning
egen regi, VB 2020
Stöd och service till
personer med
funktionsnedsättning

Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och funktions.n.e.d.s.ä.t.t.n.i.n.g.....	2
Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2020.....	2
Uppföljningsmetod	3
Dokumentationsgranskning	3
Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar	3
Uppföljning av enhetsmål.....	3
God kvalitet	4
Kvalitetsberättelse	5
Brukarundersökningar	5
Digital uppföljning och återkoppling	5
Förvaltningens samlade bedömning	6
Resultat av uppföljningen.....	9
Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder	9
Drakenbergs gruppbo­städer	10
Lignagatans gruppbo­städer	12
Malmens grupp- och servicebostäder	14
Södermalms dagliga verksamhet	16
Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder.....	17
Söders korttidshem	19
Färgårdstorgets servicebostad	20

Verksamhetsuppföljning till personekt inom nedsett

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.

Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2020

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal LSS-platser	Antal brukare från Södermalm
Egen regi	Hammarbyhamnens gruppboväder	Grupp- och serviceboväder	17	17
Egen regi	Färgagårdstorgets serviceboväder	Grupp- och serviceboväder	8	8
Egen regi	Drakenbergs gruppboväder	Grupp- och serviceboväder	5	5
Egen regi	Lignagatans gruppboväder	Grupp- och serviceboväder	12	12
Egen regi	Malmens grupp- och serviceboväder	Grupp- och serviceboväder	32	32
Egen regi	Södermalms neuropsykiatriska serviceboväder	Grupp- och serviceboväder	21	21
Egen regi	Södermalms dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	68	33
Egen regi	Söders korttids	Korttidsverksamhet	22	4

U p p f ö l j n i n g s m e t o d

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 genomförandepplaner 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 genomförandepplanen 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

Förvaltningen har tagit fram en enkät med frågor till utförarna som fokuserar på hur verksamheterna säkerställer att de uppfyller olika krav utifrån Stockholms stads beslutade uppdragsbeskrivningar för respektive verksamhetsområde. Frågorna inbegriper bland annat arbete med ledningssystem, arbetet med stadens program för anhörigstöd, barnrättsperspektiv samt miljöarbete.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen har granskat verksamheternas tertialrapporter 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 grupper 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 grupperns 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 2019.

Brukarundersökningar

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2019. Resultatet avseende år 2020 är ännu inte publicerat för verksamheterna inom bostad med särskild service eller daglig verksamhet. Undersökningen har samordnats av stadsledningskontoret avseende deltagande i den nationella brukarundersökningen för LSS.

Digital uppföljning och återkoppling

På grund av den pågående pandemin orsakad av smittspridningen av Covid-19 och rådande restriktioner har förvaltningen inte genomfört några verksamhetsbesök hos LSS-verksamheterna under 2020. Istället har förvaltningen skickat ut samtliga enkäter och kompletterande frågor via e-post. Förvaltningen har även bokat in digitala uppföljningsmöten med respektive verksamhetsansvarig chef och samordnare. Återkoppling av resultatet till verksamheterna har även genomförts digitalt.

F ö r v a l t n i n g e n s s a m l a d e b e d ö m m a r

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. Genomförandeplanerna är generellt 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 konkretisera sina mål/delmål jämfört med verksamhetsuppföljningen 2019. Två av de granskade verksamheterna arbetar även systematiskt med att dokumentera resultat vilket också är en utveckling som har observerats.

Generellt uppger verksamheterna att det pågår ett arbete med att ytterligare utveckla och förbättra målformulering och uppföljning av målen i genomförandeplanerna. Dock har visst utvecklingsarbete avseende dokumentation pausats på grund av rådande pandemi. Förvaltningen ser ett generellt behov av att knyta an verksamheternas resultat av egenkontroll till utveckling av dokumentation.

I alla 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 för respektive verksamhetsområde.

En styrka som uppföljningen visat är att verksamheterna arbetar aktivt för att uppnå stadens mål enligt miljöprogrammet 2020-2023. Detta genom att bland annat ha en tydlig ansvarsfördelning med miljöombud samt engagera brukare i miljöarbetet. Ytterligare en styrka är att verksamheterna har en hög medvetenhet om stadens program för stöd till anhöriga och utvecklat lokala rutiner för detta.

Ett generellt utvecklingsområde för verksamheterna är att utveckla en struktur för arbetet med egenkontroll och genomföra dessa systematiskt. Vidare behöver verksamheterna tydliggöra hur resultatet av egenkontroll kan användas som underlag för att genomföra förbättringar. 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.

Ytterligare ett utvecklingsområde är att vissa verksamheter behöver utveckla sitt kvalitetsarbete avseende dokumentation och sammanställning av synpunkter och klagomål. 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

En majoritet av verksamheterna har fysiskt tillgängliga lokaler för sina målgrupper. De flesta verksamheterna använder metoder för att anpassa kommunikationen till brukarna såsom lättläst och picto-bilder. Dock ser förvaltningen ett generellt behov av fortsatt arbete med implementering av Alternativ kompletterande kommunikation (AKK) i verksamheterna.

Helhetssyn och samordning

De flesta verksamheterna har skriftliga rutiner för samordning av insatser kring enskilda med behov av stöd från flera aktörer. En stor del av verksamheterna använder sig av så kallade ” s t ö d s e r v i c e ” för att beskriva och tydliggöra samordningen kring varje enskild individ. I dessa pärmar kartlägger verksamheterna viktiga aktörer runt den enskilde och deras ansvarsområden. Verksamheterna inhämtar även muntligt och i vissa fall skriftligt samtycke från brukarna för att ta kontakt med övriga aktörer. 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 för samtliga verksamheter.

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 verksamhetsnivå enligt intentionerna i SOSFS 2011:9. Verksamheterna behöver generellt utveckla sitt arbete med systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling.

Självbestämmande och integritet

Verksamheterna använder resultatet av stadens brukarundersökningar i sin kvalitetsutveckling och återkopplar resultatet till brukarna. Verksamheterna använder även beprövade metoder och hjälpmedel för att stärka brukarnas delaktighet. Dock behöver verksamheterna utveckla arbetssätt för att lyfta brukarnas delaktighet på verksamhetsnivå som exempelvis brukarråd eller digitala verktyg. Verksamheternas registrering, sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål behöver i de flesta fallen utvecklas för att uppfylla detta kvalitetsområde.

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. Verksamheterna rapporterar generellt en budget i balans i samband med sina tertialrapporter. Personal och resurser omfördelas mellan verksamheterna för att på bästa sätt möta individernas behov. Verksamheterna beställer även inventarier via stadens återvinningsportal.

Kvalitetsberättelse

De flesta verksamheterna har lämnat in kvalitetsberättelser för år 2019. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelserna delvis 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. Kvalitetsberättelserna kan även utvecklas till

att innehålla jämförelser med andra likvärdiga verksamheter inom ramen för den nationella brukarundersökningen. Beskrivningen av aktuella samverkansfrågor och eventuella behov/utmaningar avseende samverkan kan även förbättras.

R e s u l t a t a v u p p f ö l j n i n g e

Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

u t o m a t t d e t s a k n a s e n b e s k r i v n i n g
genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår dock inte av de granskade ärendena huruvida målen har följts upp innan nya mål/genomförandeplaner har upprättats.

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. 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 till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att implementera arbetssätt för kommunikationsanpassning utifrån genomförda kartläggningar. Ett exempel är Alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- 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 behöver utveckla arbetssätt som bidrar till att flera synpunkter och klagomål uppmärksammas, registreras och hanteras på ett rättssäkert sätt. Detta i syfte att stärka brukarnas delaktighet i verksamheten samt bidra till verksamhetsutvecklingen.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2019.

Brukarundersökning 2019

Resultatet av undersökningen i gruppbestäderna visar en positiv andel på 66 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 82 procent. Resultatet avseende undersökningen år 2020 är ännu inte publicerat.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 6 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 10 november via Skype.

Drakenbergs gruppbestäder

Dokumentationsgranskning

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

granskade ärendena. I det tredje ärendet saknades en genomförandeplan i samband med en justerad beställning.

De aktuella genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det saknas en bärkraft i inkommande genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål i de aktuella genomförandeplanerna bedöms vara konkreta och mätbara/uppfoljningsbara. De flesta målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går till viss del att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det alltid finns aktuell genomförandeplan i alla ärenden är ett utvecklingsområde. Det samma gäller att följa upp målen och dokumentera resultat från uppföljningarna.

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 till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att implementera arbetssätt för kommunikationsanpassning utifrån målgruppens behov. Ett exempel är Alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen 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 Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2019.

Brukarundersökning 2019

Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 100 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 83 procent. Resultatet avseende undersökningen år 2020 är ännu inte publicerat.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 1 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 10 november via Skype.

Lignagatans gruppboväder

Det redovisade resultatet avseende Lignagatans gruppboväder utgår enbart från inkomna svar i kvalitetsenkäten samt resultat av dokumentationsgranskningen. Förvaltningen har inte heller kunnat genomföra några uppföljnings- eller återkopplingsmöten.

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

u t o m a t t d e t s a k n a s e n b e s k r i v n i n g e n
genomförandeplanerna ska följas upp.

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

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att implementera arbetssätt för kommunikationsanpassning utifrån målgruppens behov. Ett exempel är Alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen 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 till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten behöver utveckla arbetssätt som bidrar till att flera synpunkter och klagomål uppmärksammas, registreras och hanteras på ett rättssäkert sätt. Detta i syfte att stärka brukarnas delaktighet i verksamheten samt bidra till verksamhetsutvecklingen.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet.

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Brukarundersökning 2019

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. Resultatet avseende undersökningen år 2020 är ännu inte publicerat.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten saknar kvalitetsberättelse för år 2019.

Uppföljning och återkoppling

Inga uppföljning- eller återkopplingsmöten har genomförts under 2020.

Malmens grupp- och servicebostäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tio brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i sju av de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

utom att det saknas en tydligare **b e s k r i v n i n g a v ” h u r ”** genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och

mätbara/uppföljningsbara. Det framgår sju av ärendena att

genomförandeplanerna har följts upp i enlighet med

uppföljningsdatum. Resultat av uppföljningen kan dock endast

utläsas i tre ärenden.

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. Avvikelser

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:

- 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. Ett utvecklingsområde är att fortsätta utveckla former för brukarinflytande på verksamhetsnivå.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2019.

Brukarundersökning 2019

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. Resultatet avseende undersökningen år 2020 är ännu inte publicerat.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 27 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 17 november via Skype.

Södermalms dagliga verksamhet

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tio brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

u t o m a t t d e t s a k n a s e n b e s k r i v n i n g e n i
genomförandeplanerna ska följas upp.

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

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 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.

- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.
- Utveckla arbetssätt som bidrar till ökad delaktighet för brukarna i arbetsmarknad/praktik eller samhällslivet.

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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2019.

Brukarundersökning 2019

Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 88 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 90 procent. Resultatet avseende undersökningen år 2020 är ännu inte publicerat.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 13 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 25 november via Skype.

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.

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

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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att fortsätta utveckla former för brukarinflytande på verksamhetsnivå.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2019. 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 2019.

Brukarundersökning 2019

Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 87 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 80 procent. Resultatet av undersökningen 2020 är ännu inte publicerat.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 12 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 24 november via Skype.

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

u t o m a t t d e t s a k n a s e n b e s k r i v n i n g e n i
genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går även i relativt hög utsträckning att utläsa resultat/måluppfyllelse från uppföljningarna.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål 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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att fortsätta utveckla arbetssätt och rutiner kring samordning av brukarnas hälso- och sjukvård tillsammans med Region Stockholm.

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 till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde utifrån resultatet av brukarundersökningen är att arbeta med brukarnas delaktighet i planering av stödet.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2019. 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 2019.

Brukarundersökning 2020

Brukarundersökningen visar att av de 59 procent som svarat, var 100 procent nöjda med verksamheten. För staden totalt var 85 procent nöjda med sitt korttidshem.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 20 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 24 november via Skype.

Färgagårdstorgets servicebostad

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för två brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar

u t o m a t t d e t s a k n a s e n b e s k r i v n i n g e n 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. Avvikelse 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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

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

Verksamheten behöver utveckla arbetssätt som bidrar till att flera synpunkter och klagomål uppmärksammas, registreras och hanteras på ett rättssäkert sätt. Detta i syfte att stärka brukarnas delaktighet i verksamheten samt bidra till verksamhetsutvecklingen

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2019.

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 2019.

Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har inte genomfört uppföljnings- eller återkopplingsmöte under 2020. Underlaget som ligger till grund för uppföljningen har hämtats in skriftligt från verksamheten.
