

# **Bilaga O4**

## **Verksamhetsuppföljning**

### **Entreprenader, T2 2022**

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 våren 2022 .....	2
Uppföljningsmetod .....	2
Dokumentationsgranskning .....	2
Avtalsuppföljning .....	3
Uppföljning utifrån stadens valfrihetssystem .....	3
God kvalitet.....	3
Kvalitetsberättelse.....	4
Brukarundersökningar.....	4
Verksamhetsbesök och återkoppling .....	5
Förvaltningens samlade bedömning .....	5
Resultat av uppföljningen .....	6
<b>Hammarby dagliga verksamhet .....</b>	<b>6</b>
<b>Danvikstulls dagliga verksamhet.....</b>	<b>9</b>
<b>Reimersholmes servicebostäder.....</b>	<b>13</b>
<b>Tantolundens gruppbo­städer.....</b>	<b>16</b>
<b>Södermalms grupp- och servicebostäder samt Teckentullens dagliga verksamhet .....</b>	<b>19</b>
Södermalms grupp- och servicebostäder .....	19
Teckentullens dagliga verksamhet.....	19

## 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). Entreprenaddriven verksamhet följs upp under våren och verksamhet i nämndens egen regi under hösten.

### Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under våren 2022

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal brukare	Könsfördelning (%)	
				Kvinnor	Män
Bräcke Diakoni	Hammarby dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	45	31	69
Frösunda Omsorg AB	Danvikstulls dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	28	57	43
Olivia omsorg AB	Reimersholmes servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	21	50	50
Olivia omsorg AB	Tantolundens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	15	67	33
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Södermalms grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	24	46	54
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Teckentullens dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	8	63	37

### 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 individakter från varje verksamhet. En gemensam mall utifrån ställda minimikrav har använts. Granskningen görs i dokumentationssystemet ”Parasol”

och har fokuserat på genomförandeplaner och den löpande dokumentationen.

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.

### **Avtalsuppföljning**

Förvaltningen har utformat en enkät med frågor till utförarna. Frågorna fokuserar på hur verksamheterna säkerställer att de uppfyller sina åtaganden om mervärde enligt entreprenadavtal. Kompletterande avtalsfrågor har även ställts i samband med uppföljningsmöten.

### **Uppföljning utifrån stadens valfrihetssystem**

Stockholms stad har tagit fram stadsgemensamma uppföljningsmallar för att säkerställa att alla utförare som ingår i stadens valfrihetssystem uppfyller ställda krav. Förvaltningen har utformat frågor till entreprenadverksamheterna utifrån dessa stadsgemensamma krav. Frågorna har i år även fokuserat på bland annat bemanning och kompetensutveckling.

### **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 Regioner (SKR) 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 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 2021.

#### **Brucarundersökningar**

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2021 som genomförts med hjälp av digitala verktyg och ingår i nationella brukarundersökningen för bostad med särskild service respektive daglig verksamhet.

Svarsfrekvensen på brukarundersökningarna är generellt ganska låg inom staden och det ser ungefär ut på samma sätt inom de flesta verksamheterna. Vid verksamhetsbesöken efterfrågar förvaltningen verksamheternas arbetssätt för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningarna.

### **Verksamhetsbesök och återkoppling**

Förvaltningen har besökt de olika verksamheterna för ett ömsesidigt informationsutbyte. Kompletterande frågor utifrån kvalitetsområden och avtalskrav har ställts till verksamheterna. Förvaltningen säkerställer även att verksamheten har rutiner för dokumentation, egenkontroll med mera. Vid besöken har verksamheterna även redovisat hur de arbetat och vilket resultat de uppnått kopplat till de utvecklingsområden förvaltningen har lyft vid tidigare verksamhetsuppföljningar.

Efter uppföljningen, inklusive genomgång av insamlat underlag, har förvaltningen återkopplat resultat och bedömning till respektive verksamhet. Vid återkopplingsmötet genomförs även en dialog om de utvecklingsområden som identifierats vid aktuell uppföljning och verksamheternas planering för att arbeta med dessa. Om förvaltningen bedömer att verksamhetens utvecklingsområden är av sådan karaktär att en extra avstämning behöver göras innan nästa ordinarie uppföljningstillfälle begär förvaltningen en tidigare återkoppling från verksamheten. Begärd återkoppling kan då innebära att förvaltningen begär in handlingsplaner, beskrivning av förändrade arbetssätt etc. Detsamma gäller alltid om mer allvarliga brister identifierats.

Årets återkopplingar har genomförts vid digitala möten.

### **Förvaltningens samlade bedömning**

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

Samtliga uppföljda verksamheter har snabbt och aktivt anpassat stöd, insatser och aktiviteter utifrån pandemin och de restriktioner som följt av denna. För att minska smittspridning har verksamheten hållit i nödvändiga anpassningar så länge det behövts samt regelbundet gjort individuella riskbedömningar med brukarens bästa i fokus. Där det varit möjligt har samtal, möten och utbildningar genomförts digitalt. Arbete pågår nu för att återgå till ordinarie verksamhet samt för att upprätta en prioriteringsordning för att ta igen de utbildningar och aktiviteter etcetera som ej har kunnat genomföras under pandemin.

## Resultat av uppföljningen

### Hammarby dagliga verksamhet

#### Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i samtliga fem ärenden. Det framgår när genomförandeplanen har upprättats och godkänts av brukare. Alla brukare har också varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen.

Målen i genomförandeplanerna bedöms i stort vara konkreta och därmed mät- och uppföljningsbara. Ett utvecklingsområde är att genomförandeplanerna i vissa fall saknar tydliga delmål och hur de ska följas upp. Dokumentationen saknar i vissa fall rubrikvariation vilket bidrar till att det kan vara svårt att fånga kopplingen till när dokumentationen rör genomförandeplan. Detta leder i sin tur till att det är svårt att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Journalanteckningar har förts regelbundet och det går att följa insatsernas genomförande i den sociala dokumentationen ett år tillbaka i alla granskade ärenden. Dokumentation avseende uppgifter om hälso- och sjukvård har skrivits under egna rubriker.

Dokumentationen bedöms i stort vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

#### Avtalsuppföljning

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Utbildning för all personal inom AKK och LAB.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Tillgång till applikation RättVisat.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Samtal med deltagare och personal med Andrum.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Brukarråd genomförs en gång i månaden.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Verksamheten genomför en årlig jämställdhetsanalys (4R) och upprättar en handlingsplan som följs upp.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*

- Det finns genusombud i verksamheten och normkritiska workshops för brukare genomförs en gång per termin.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Arbetsterapeut och arbetskonsulent finns i verksamheten.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Systematiskt arbete med smarta mål  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Arbetsrelaterad workshop och utvecklande praktikplatser för brukarna en gång per termin  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni delvis uppfyller åtagandet.*  
*Motivering: Har med anledning av pandemin inte kunnat genomföra workshop under 2021. Verksamheten har redovisat plan för åtagandet med genomförande i juni 2022.*
- Aktivitetsombud finns i verksamheten.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Utbud av aktiviteter med bland annat fokus på enklare kontorsarbete och mediaarbete.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Brukare erbjuds kostkunskap och fysisk träning.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Kvalitetsombud träffas två gånger per år.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Fokus på implementering av inhämtad kunskap kring arbetsätt och metoder  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*
- Deltagande i Förbättringskraft.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni delvis uppfyller åtagandet*  
*Motivering: Förbättringskraft har varit inställt under pandemin och därmed har verksamheten inte kunnat uppfylla åtagandet under det första året. Har dock kommit igång med en första träff under maj 2022. Har utsett fyra medarbetare som deltar i Förbättringskraft.*



- Anställda erbjuds möjlighet att ansöka om deltidstudier en gång per år.  
*Förvaltningen bedömer att Bräcke Diakoni uppfyller åtagandet*

### **God kvalitet**

#### Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter om missförhållanden/risker för missförhållanden sedan verksamhetens uppstart 2021. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Vid verksamhetsbesök redovisar verksamheten sina rutiner för hur de säkerställer kunskapen om lex Sarah hos sina medarbetare. Verksamheten kommer fortsätta att regelbundet vid enhetsmöten eller APT informera om lex Sarah och även ta upp praktiska exempel på vad ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande kan vara.

#### Effektivitet.

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

### **Brukarundersökning 2021**

Verksamheten hade en svarsfrekvens på 43 procent. Resultatet av undersökningen visar en hög andel positiva svar avseende bland annat nöjdhet och självbestämmande.

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen i maj 2022 framkommer att Bräcke Diakoni fortsatt har den riskklassificering som godkändes vid upphandling. Intyg från Skatteverket visar på att företaget har beslutade skatter och avgifter. Kopia på försäkringsbevis styrker att företaget har tecknad ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

### **Uppföljningsbesök och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har genomfört ett uppföljningsmöte/besök i verksamheten. Besöket genomfördes den 6 april. Förvaltningen har återkopplat resultatet av uppföljningen till verksamhetsansvariga den 25 maj vid ett digitalt möte.

Efter uppföljningsmötet begärde förvaltningen in verksamhetens plan för arbetet med de åtaganden om mervärden som inte bedömdes uppfyllas till fullo. Verksamheten har inkommit med begärda uppgifter inom utsatt tid.

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Bräcke Diakoni bedriver Hammarby dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### **Danvikstulls dagliga verksamhet**

#### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i fyra av de fem granskade ärendena. I det femte ärendet har ny beställning inkommit men det finns vid granskningstillfället ingen ny/justerad genomförandeplan i parasolsystemet. Vid verksamhetsbesöket konstateras dock att det finns genomförandeplaner i samtliga ärenden men att en teknisk miss gjorde att den femte planen inte syntes i systemet. Detta är korrigerat.

Befintliga genomförandeplaner uppfyller ställda minimikrav i alla delar utom att det saknas en beskrivning av metod/hur målen i genomförandeplanen ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och därmed mät- och uppföljningsbara. I alla de granskade ärendena finns dokumenterat att målen i planerna har följts upp. Uppföljning och upprättande av ny genomförandeplan har oftast skett i enlighet med uppföljningsdatum. Resultat/måluppfyllelse finns löpande

dokumenterat i den sociala journalen men det går inte alltid att tydligt utläsa ett samlat resultat i samband med att hela genomförandeplanerna följs upp.

Att alltid upprätta en genomförandeplan inom 15 dagar efter att en ny beställning har inkommit samt att ange metod för/hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att dokumentera resultat även från de uppföljningar som görs i samband med att hela genomförandeplanerna följs upp.

Journalanteckningar har förts regelbundet, avvikelser har noterats och separata rubriker har används. Det går genom den sociala dokumentationen att följa insatsernas utförande. Dokumentation avseende uppgifter om hälso- och sjukvård har skrivits under egna rubriker. Dokumentationen bedöms i stort vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Stödpedagog finns i verksamheten och ansvarar för handledning och utbildning i AKK. Tar fram kognitions- och kommunikationshjälpmedel samt samverkar med andra stödfunktioner i brukarens nätverk. Stödpedagog innehar relevant högskoleutbildning. LAB och Studio 111 tillämpas i verksamheten.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet.*
- Arbete utifrån närståendeprogram för att säkerställa trygghet och bemötande för brukarna och deras närstående.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Kontinuerlig uppföljning av hur eventuella skillnader mellan kvinnor och män upplevs i verksamheten genom återkommande brukar- respektive medarbetarundersökningar. Handlingsplan upprättas utifrån resultatet cirka en gång per år.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Teknikombud genomför utbildningsinsatser två gånger per år. Handleder brukare och personal i nyttjande av digital teknik.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*

- Tillgång till digitala verktyg och digital TV i verksamheten. Surfplattor, datorer till brukarna, projektorer med Apple-TV samt smart-board. Tillgång till Tovertafel UP för utveckling och sinnesstimulering.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Verksamheten tillämpar ”Arbete för alla” i syfte att brukarna ska närma sig arbetslivet. Verksamheten har tillgång till arbetsterapeut/arbetskonsulent. Brukarna erbjuds arbetsliknande aktiviteter i verksamheten.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Medarbetare fortbildas i genomsnitt 40 utbildningstimmar/medarbetare och år. Forskarcirkel genomförs 4 ggr per år. Samarbete med Uppsala universitet utifrån målgruppen.  
*Förvaltningen bedömer att Frösunda omsorg AB uppfyller åtagandet*

**God kvalitet****Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har ett väl utvecklat system för att löpande inhämta brukarnas synpunkter i det dagliga arbetet. Verksamheten behöver dock utveckla arbetssätt som bidrar till att flera synpunkter och klagomål registreras och hanteras på ett rättssäkert sätt. Detta i syfte att i ännu högre grad stärka brukarnas delaktighet i verksamheten samt bidra till verksamhetsutvecklingen.

**Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter om missförhållanden/risker för missförhållanden sedan avtalstart 2021. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah

kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Vid verksamhetsbesök redovisar verksamheten sina rutiner för hur de säkerställer kunskapen om lex Sarah hos sina medarbetare. Verksamheten kommer fortsätta att regelbundet vid enhetsmöten eller APT, informera om lex Sarah och då även ta upp praktiska exempel på vad ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande kan vara.

Från resultatet från föregående brukarundersökning framkommer att verksamheten har fått lågt resultat på trygghetsfrågorna. Verksamheten lyfter vid uppföljningsbesöket att de är medvetna om detta och att de har ett pågående arbete för att förstärka känslan av trygghet hos brukarna.

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

#### **Brugarundersökning 2021**

Verksamheten hade en svarsfrekvens på 36 procent. Resultatet av undersökningen visar 100 procent positiva svar på frågor kring nöjdhet och trivsel.

Verksamheten kompletterar stadens brukarundersökning med en egen, speciellt för målgruppen framtagen, undersökning.

#### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen april 2022 framkommer att Frösunda Omsorg AB fortsatt har den riskklassificering som godkändes vid upphandling. Intyg från Skatteverket visar på att företaget har beslutade skatter och avgifter. Kopia på försäkringsbevis styrker att företaget har tecknad ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

#### **Uppföljningsbesök och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har genomfört ett uppföljningsmöte/besök i verksamheten. Besöket genomfördes den 24 mars. Förvaltningen har återkopplat resultatet av uppföljningen till verksamhetsansvariga den 12 maj vid ett digitalt möte.

#### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Frösunda Omsorg AB bedriver Danvikstulls dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

## **Reimersholmes servicebostäder**

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de sex ärendena. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. I fyra av dessa har genomförandeplan upprättats alternativt justerats inom 15 dagar från att ny beställning inkommit. Befintliga genomförandeplaner uppfyller ställda minimikrav i alla delar utom att det saknas en beskrivning av metod/hur målen i genomförandeplanen ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och därmed mät- och uppföljningsbara. I alla de granskade ärendena finns dokumenterat att målen i planerna löpande har följts upp och månadsvisa sammanfattningar har dokumenterats. Hela genomförandeplanerna har dock inte alltid följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går inte alltid att tydligt utläsa ett samlat resultat i samband med att ny genomförandeplan upprättas.

Att alltid upprätta en genomförandeplan inom 15 dagar efter att en ny beställning har inkommit samt att ange metod för/hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att även följa upp och dokumentera resultat i samband med att ny genomförandeplan upprättas.

Journalanteckningar har förts regelbundet, avvikelser har noterats och separata rubriker har används. Det går genom den sociala dokumentationen att följa insatsernas utförande. Dokumentation avseende uppgifter om hälso- och sjukvård har skrivits under egna rubriker. Dokumentationen bedöms i stort vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Verksamheten arbetar mot en ökad självständighet för brukarna, tydliggjorda rutiner och rätt teknikstöd.

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*

- Tydlig struktur för omvärldsbevakning och kunskapsutveckling. Medarbetare och ledning utbildas kontinuerligt inom evidensbaserade metoder i syfte att skapa delaktighet för brukarna.

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*

- Tydlig process med grundutbildningsprogram för samtliga medarbetare och en tydlig plan för att behålla personal.

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*

- Brukarna får vara delaktiga vid nyrekrytering, i form av kravspecifikation inför en annonsering samt är med och ställer frågor på intervjun med tilltänkt personal. Användning av delaktighetsmodellen.

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*

- Tydlig beskrivning av utbildning för brukarna inom området våld i nära relationer. Arbetsätten fokuserar på brukarna och att höja deras medvetenhet.

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*

## **God kvalitet**

### **Tillgänglighet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Ett utvecklingsområde är att fortsätta implementera arbetssätt och metoder som bidrar till kommunikationsanpassning såsom AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation). Vid senaste brukarundersökningen fick verksamheten ett lägre resultat på frågor runt kommunikation. Vid uppföljningsbesök redovisar verksamheten hur de planerar att fortsätta sitt arbete för att anpassa och implementera metoder för att förbättra kommunikationen för brukarna.

### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Förvaltningen har uppmärksammat följande utvecklingsområden:

- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå.
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.
- Fortsätta utveckla personalens grundläggande kompetens utifrån målgruppens behov och gällande riktlinjer och krav för kompetens hos personal inom LSS-verksamheter.

Vid uppföljningsbesök redovisar verksamheten hur de planerar att arbeta utifrån ovan identifierade utvecklingsområden.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter om missförhållanden/risker för missförhållanden sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2021. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Vid verksamhetsbesök redovisar verksamheten sina rutiner för hur de säkerställer kunskapen om lex Sarah hos sina medarbetare. Verksamheten kommer fortsätta att regelbundet vid enhetsmöten eller APT informera om lex Sarah och även ta upp praktiska exempel på vad ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande kan vara.

#### **Effektivitet.**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

#### **Brugarundersökning 2021**

Verksamheten hade en svarsfrekvens på 86 procent. Resultatet av undersökningen visar en hög andel positiva svar på frågor kring trivsel med personalen, nöjdhet och självbestämmande.

#### **Ekonomisk seriositet**



Vid kontroll med Upplysningscentralen april 2022 framkommer att Olivia Omsorg AB fortsatt har den riskklassificering som godkändes vid upphandling. Intyg från Skatteverket visar på att företaget har beslutade skatter och avgifter. Kopia på försäkringsbevis styrker att företaget har tecknad ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

### **Uppföljningsbesök och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har genomfört ett uppföljningsmöte/besök i verksamheten. Besöket genomfördes den 19 april. Förvaltningen har återkopplat resultatet av uppföljningen till verksamhetsansvariga den 19 maj vid digitalt möte.

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Olivia Omsorg AB bedriver Reimersholmes servicebostäder i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

## **Tantolundens gruppbo­städer**

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de sex ärendena. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. I fem av dessa har genomförandeplan upprättats alternativt justerats inom 15 dagar från att ny beställning inkommit. Befintliga genomförandeplaner uppfyller ställda minimikrav i alla delar utom att det saknas en beskrivning av metod/hur målen i genomförandeplanen ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och därmed mät- och uppföljningsbara. I alla de granskade ärendena finns dokumenterat att målen i planerna löpande har följts upp och månadsvisa sammanfattningar har dokumenterats. I fyra av de sex ärendena har hela genomförandeplanerna följts upp i enlighet med uppföljningsdatum men det går inte alltid att tydligt utläsa ett samlat resultat i samband med att ny genomförandeplan upprättas.

Att alltid upprätta en genomförandeplan inom 15 dagar efter att en ny beställning har inkommit samt att ange metod för/hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att även följa upp och dokumentera resultat i samband med att ny genomförandeplan upprättas.

Journalanteckningar har förts regelbundet, avvikelser har noterats och adekvata rubriker har oftast används. I ett ärende har dokumentation rörande hälso- och sjukvård blandats med social dokumentation. Det går genom den sociala dokumentationen i de flesta fall att följa insatsernas utförande. Dokumentationen bedöms i stort vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Verksamheten arbetar mot en ökad självständighet för brukarna, tydliggjorda rutiner och rätt teknikstöd.  
*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Tydlig struktur för omvärldsbevakning och kunskapsutveckling. Medarbetare och ledning utbildas kontinuerligt inom evidensbaserade metoder i syfte att skapa delaktighet för brukarna  
*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Tydlig process med grundutbildningsprogram för samtliga medarbetare och en tydlig plan för att behålla personal.  
*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Brukarna får vara delaktiga vid nyrekrytering, i form av kravspecifikation inför en annonsering samt är med och ställer frågor på intervjun med tilltänkt personal. Användning av delaktighetsmodellen.  
*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet*
- Tydlig beskrivning av utbildning för brukarna inom området våld i nära relationer. Arbetssätten fokuserar på brukarna och att höja deras medvetenhet.  
*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg AB uppfyller åtagandet.*

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Ett utvecklingsområde är att fortsätta implementera arbetssätt och metoder som bidrar till kommunikationsanpassning såsom AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation). Detta utifrån resultat av brukarundersökningen 2021.

Vid senaste brukarundersökningen fick verksamheten ett lägre resultat på frågor runt kommunikation. Vid uppföljningsbesök redovisar verksamheten hur de planerar att fortsätta sitt arbete för att anpassa och implementera metoder för att förbättra kommunikationen för brukarna.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att arbeta 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 2021.

#### **Brugarundersökning 2021**

Verksamheten hade en svarsfrekvens på 86 procent. Resultatet av undersökningen visar en hög andel positiva svar på frågor kring stöd och hjälp från personal samt nöjdhet med boendet.

#### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen april 2022 framkommer att Olivia Omsorg AB fortsatt har den riskklassificering som godkändes vid upphandling. Intyg från Skatteverket visar på att företaget har beslutade skatter och avgifter. Kopia på försäkringsbevis styrker att företaget har tecknad ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

#### **Uppföljningsbesök och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har genomfört ett uppföljningsmöte/besök i verksamheten. Besöket genomfördes den 2 maj. Förvaltningen har återkopplat resultatet av uppföljningen till verksamhetsansvariga den 20 maj vid digitalt möte.

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Olivia Omsorg AB bedriver Tantolundens gruppboheter i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

## **Södermalms grupp- och serviceboheter samt Teckentullens dagliga verksamhet**

### **Dokumentationsgranskning**

#### **Södermalms grupp- och serviceboheter**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för åtta brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav. Alla genomförandeplaner innehåller mät- och uppföljningsbara mål och delmål.

Sex av de åtta granskade genomförandeplanerna har följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum och i fyra av dessa går det i hög utsträckning att utläsa resultatet/måluppfyllelsen. I de övriga fyra ärendena är detta otydligare.

Att förtydliga dokumentationen avseende uppföljningar av insatser och resultatet från uppföljningarna är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningar har förts regelbundet, avvikelser har noterats och separata rubriker har använts. Det går genom den sociala dokumentationen att följa insatsernas utförande. Dokumentation avseende uppgifter om hälso- och sjukvård har skrivits under egna rubriker. Dokumentationen bedöms vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

#### **Teckentullens dagliga verksamhet**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fyra brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna uppfyller ställda

minimikrav. Tre av de fyra genomförandeplanerna innehåller mät- och uppföljningsbara mål och delmål.

Alla de granskade ärendena har följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum. Det går att utläsa resultat/måluppfyllelse från uppföljningarna.

Att alla genomförandeplaner ska innehålla konkreta/uppföljningsbara mål är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningar har förts regelbundet, avvikelser har noterats och separata rubriker har används. Det går genom den sociala dokumentationen att följa insatsernas utförande. Dokumentation avseende uppgifter om hälso- och sjukvård har skrivits under egna rubriker. Dokumentationen bedöms vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Arbetssätt följs upp systematiskt över tid. Arbetssätt bygger på helhetssyn när verksamheten arbetar med brukarnas självständighet.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Skapar nätverk för personer med teckenspråk. ”Prova-på aktivitet” samt månadssamtal. Fokus på döv kultur och samarbete med andra verksamheter för döva.  
Fritidsverksamheten kopplar till självständighet med fokus på de individuella målen för brukarna.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Utvecklar spetskompetens vilket gör att medarbetarna stannar. Strukturerat arbete utifrån t.ex. ”kugghjulet” som gör att medarbetarna förstår sin del i arbetet. Bra beskrivning hur man utbildar stödpersoner i boendet.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Brukardelaktighet på individnivå. Tydlig beskrivning av hur verksamheten samverkar.

*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*

- Tydligt arbetssätt kring hur verksamheten tillvaratar kunskapen (kunskapsöverföring) på ett bra sätt. Använder fallbeskrivningar samt producerar egna filmer i utbildningssyfte.

*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att fortsätta implementera arbetssätt och metoder som bidrar till kommunikationsanpassning såsom AKK (Alternativ och kompletterande kommunikation).

Vid uppföljningsbesök lyfter verksamheten att de är medvetna om att de behöver öka kunskapen inom olika kommunikationsmetoder. Verksamheten kommer komplettera med detta i sin kompetensutvecklingsplan.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde som förvaltningen har identifierat är att verksamheten, utöver sin spetskompetens gällande personer som både har en hörselnedsättning och en intellektuell funktionsnedsättning, i större utsträckning kan ta del av aktuell forskning och evidensbaserade metoder inom exempelvis kommunikation. Verksamheten beskriver vid besöket hur de planerar för att arbeta vidare med detta.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Teckentullen har inte haft några rapporter om missförhållanden/risker för missförhållanden sedan föregående verksamhetsuppföljning. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

Vid verksamhetsbesök redovisar verksamheten sina rutiner för hur de säkerställer kunskapen om lex Sarah hos sina medarbetare. Verksamheten kommer fortsätta att regelbundet vid enhetsmöten eller APT informera om lex Sarah och även ta upp praktiska exempel på vad ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande kan vara.

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

#### **Brukarundersökning 2021**

Resultat för gruppbestäderna och Teckentullens dagliga verksamhet redovisas ej på grund av för låg svarsfrekvens. Servicebestäderna hade en svarsfrekvens på 71 procent. Resultatet visar 100 procent positiva svar avseende självbestämmande samt stöd och omsorg från personal.

Verksamheterna kompletterar stadens brukarundersökning med en egen, speciellt för målgruppen framtagen, undersökning.

#### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen april 2022 framkommer att Prima LSS Omtanke Sverige AB fortsatt har den riskklassificering som godkändes vid upphandling. Intyg från Skatteverket visar på att företaget har beslutade skatter och avgifter. Kopia på försäkringsbevis styrker att företaget har tecknad ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

#### **Uppföljningsbesök och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har genomfört uppföljningsmöte/besök i verksamheterna. Besök på grupp- och servicebestäderna genomfördes den 26 april. Besök på Teckentullens dagliga verksamhet genomfördes den 28 april. Förvaltningen har återkopplat resultatet av uppföljningen till verksamhetsansvariga den 24 maj vid digitalt möte.

#### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Prima LSS Omtanke Sverige AB bedriver Södermalms grupp- och servicebestäder och Teckentullens dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheterna bedrivs med god kvalitet.

