

Bilaga 06

Uppföljning av
verksamheter i egen regi -
stöd och service till
personer med
funktionsnedsättning
VB 2023

Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning	2
Uppföljningsmetod	2
Uppdragsbeskrivning	3
Dokumentationsgranskning	3
Kvalitetsberättelse	3
Brukarundersökningar	3
Verksamhetsbesök och återkoppling	4
Resultat för verksamheter enligt SoL	5
Södermalms boendestöd eget hem	5
Hammarby sjöstads stödboende	7
Försöks- och träningslägenheter	9
Resultat för verksamheter enligt LSS	12

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning

Enligt Kommunallagen 6 kap. 6 § ska nämnden följa upp sin egen verksamhet för att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Syftet med uppföljning är att säkra god kvalitet för brukare och medarbetare samt att säkra att skattemedel förvaltas på bästa möjliga sätt. Syftet är även att få kunskap om verksamheternas strukturella förutsättningar, det vill säga följsamhet till krav som framgår i lagar, uppdragsbeskrivning och kommunfullmäktiges mål.

Uppföljningsmetod

Sociala avdelningen följer sedan tidigare årligen upp samtliga verksamheter som utför insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Från och med 2023 följs även boendestöd, försöks- och träningslägenheter och stödboende enligt Socialtjänstlagen (SoL) upp. Entreprenad drivna LSS-verksamheter följs upp på våren, medan LSS-verksamheter i egen regi samt boendestöd, försöks- och träningslägenheter och stödboende enligt SoL i egen regi följs upp på hösten.

Under hösten 2023 har därmed verksamheter i egen regi följts upp. Då det är ett större antal verksamheter i egen regi än på entreprenad så turas verksamheterna i egen regi om att vartannat år genomgå en större uppföljning och vartannat år en mindre. Den större inkluderar verksamhetsbesök, dokumentationsgranskning och individuell återkoppling där verksamhetens styrkor och områden att arbeta vidare med presenteras. Vartannat år görs en mindre uppföljning i form av checklista som verksamheterna själva fyller i. Hösten 2023 genomgår SoL-verksamheterna den större uppföljningen medan LSS-verksamheterna följs upp genom checklistan. I denna rapport presenteras resultaten för SoL-verksamheternas större uppföljning per verksamhet, medan LSS-verksamheternas mindre uppföljning sammanfattas på gruppnivå.

Verksamhetsuppföljningen hösten 2023 har innefattat följande moment:

Uppdragsbeskrivning

För verksamheterna har Socialförvaltningen formulerat uppdragsbeskrivningar där det ingående finns uppställt vilka krav som finns på de olika verksamheterna. Socialförvaltningen har även utformat uppföljningsmallar för LOV-verksamheter utifrån dessa uppdragsbeskrivningar. Höstens uppföljningar av LSS-verksamheter i egen regi har skett genom ett utskickat frågeformulär baserat på Stockholms stads uppföljningsmallar för LOV-verksamheter. Uppföljningen av SoL-verksamheterna är även de baserade på uppföljningsmallarna, men där ha frågorna ställts och diskuterats mer ingående vid verksamhetsbesök.

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har gjort en dokumentationsgranskning inom SoL-verksamheterna. Utifrån aktuellt regelverk (i huvudsak Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5) har ett urval av akter i verksamheterna granskats. En gemensam mall utifrån ställda minimikrav har använts och granskningen har fokuserat på genomförandeplaner och den löpande dokumentationen.

Granskningen har genomförts i dokumentationssystemet Parasol. Södermalms boendestöd samt boendestöd i försöks- och träningslägenheter dokumenterar utöver Parasol även i Paradifo, beroende på vilken enhet som ärendets beställning kommer ifrån. Hammarby sjöstads stödboende dokumenterar enbart i Parasol. För att kunna göra en likvärdig granskning av de olika verksamheterna har endast ärenden i Parsol granskats för samtliga verksamheter.

Kvalitetsberättelse

LSS-verksamheterna har enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 upprättat kvalitetsberättelser där det framgår hur de arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet.

SoL-verksamheterna upprättar inte någon kvalitetsberättelse. Verksamheterna gör årligen en verksamhetsberättelse där liknande information framgår.

Brukarundersökningar

Stockholms stad genomför varje år en brukarundersökning inom bostad med särskild service och daglig verksamhet. Inom korttidsverksamheter är det Origo som samordnar undersökningen. Alla

LSS-verksamheter har under föregående års uppföljning beskrivit att de använder resultatet för verksamhetsutveckling samt återkopplar resultatet till brukarna.

Gällande SoL-verksamheterna så deltar Södermalms boendestöd samt Hammarby Sjästads stödboende i stadens brukarundersökning, medan boendestöd i försöks- och träningslägenheter inte omfattas av undersökningen.

Verksamhetsbesök och återkoppling

Förvaltningen har haft möten med de tre verksamheterna för att ställa frågor. På Hammarby sjöstads stödboende genomfördes ett verksamhetsbesök i gemensamhetslokalen, medan övriga två verksamheter endast har verksamhet i brukarnas hemmiljö, varför inget verksamhetsbesök skedde där. Efter uppföljningen, inklusive genomgång av insamlat underlag, har förvaltningen skriftligt och muntligt återkopplat resultat och bedömning till respektive verksamhet.

Resultat för verksamheter enligt SoL

Nedan presenteras resultat för respektive verksamhet. Några av de goda exempel som har identifierats under uppföljningarna lyfts, samt några områden som verksamheterna föreslås arbeta vidare med.

Södermalms boendestöd i eget hem

Södermalms boendestöd erbjuder stöd och hjälp i vardagen för personer som har en psykisk/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som gör det svårt att hantera vardagen. Cirka 165 personer får stöd från Södermalms boendestöd. De bor i sina egna lägenheter och kan exempelvis få hjälp med att sköta bostaden, sin ekonomi eller att hantera post och myndighetskontakter.

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att Södermalms boendestöd följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter samt stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Resultat av uppföljning

Nedan finns redovisat några goda exempel som utmärker denna verksamhet, samt några utvecklingsområden som identifierats.

Goda exempel:

- Den löpande sociala dokumentationen är bra, icke värderande och relevant i relation till uppdraget. Rubrikanvändandet är bra och konsekvent och avvikelser dokumenteras.
- Årlig genomgång av brukarnas dokumentation ger förutsättningar för rätt arbetssätt och att rätt stöd ges.
- Det finns ett aktivt arbete kring kompetensförsörjning och arbetssätt anpassat till målgruppen, med omvärldsbevakning som en del av detta.
- En aktiv diskussion inom verksamheten kring bemötande och förhållningssätt stärker förutsättningarna för att personalen skall arbeta likvärdigt.
- Det finns en medveten diskussion kring relationen mellan boendestödjare och brukare.
- Verksamheten har en varierad utbildningsplan som svarar mot verksamhetens målgrupp.

Områden att arbeta vidare med:

- Det finns behov av en samsyn inom verksamheten gällande utformning av mål och delmål i genomförandeplanerna, och vad dessa kan innehålla.
- Resultat av uppföljningar behöver dokumenteras i den löpande dokumentationen, för att det ska gå att ta del av även när en ny genomförandeplan har upprättats.
- Rutin saknas för dödsfall.
- Verksamheten beskriver att de får synpunkter till sig och då agerar på dessa. Verksamheten har dock inte sammanställt antalet över året. Detta är ett utvecklingsområde för kommande år, med syftet att fortsätta kvalitetsutveckla verksamheten.
- Verksamheten har inte rapporterat några Lex Sarah under året och uppmuntras att arbeta aktivt med att hålla frågan levande, exempelvis genom att uppmuntra medarbetare till att göra avvikelser.
- Att verksamheten upprättar en kompetenstabell över personalgruppen.

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen i sex slumpvis utvalda ärenden. Granskningen fokuserar på den löpande dokumentationen samt genomförandeplanerna och sträcker sig cirka ett år tillbaka i tiden.

Verksamhetens löpande dokumentation är generellt bra. Den uppfattas som icke värderande, och relevant i relation till uppdraget. Rubrikanvändandet är bra och konsekvent. Olika rubriker används för separata innehåll. Sammanfattning används i flera ärenden vilket underlättar en överblick. Avvikelser dokumenteras konsekvent.

Det finns genomförandeplaner i samtliga ärenden. Vid granskningen noteras en viss variation i utformning av genomförandeplaner där vissa utgår helt från beställningen, och andra upplevs formulerade mer i samråd med brukaren. Att skapa samsyn kring genomförandeplanerna är ett område som verksamheten behöver arbeta vidare med. "Hur" i genomförandeplanerna är i flera fall konkret och det framgår tydligt hur insatsen ska genomföras, vilket främjar kontinuitet i insatsen.

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

Brukarundersökning

Södermalms boendestöds deltagande i stadens brukarundersökning för 2023 är 38 % vilket verksamheten ser som högt. Verksamhetens deltagande har tidigare varit så lågt att verksamheten inte upplevt det som representativt. Verksamheten fick bättre resultat i samtliga frågor än stadens snitt. Resultatet har dock överlag sjunkit något sedan föregående år.

Verksamheten har även en egen enkät som har ett högre deltagande än i stadens undersökning. Det framkommer ofta mycket beröm, detta återkopplas främst till personal. Verksamheten analyserar även positivt resultat, det blir ett diskussionsunderlag. Resultatet för brukarundersökningarna återkopplas inte till brukarna, och verksamheten diskuterar på vilket sätt en sådan återkoppling skulle kunna ske framåt.

Hammarby sjöstads stödboende

Hammarby sjöstads stödboende består av tolv fristående lägenheter i två närliggande bostadshus. Det finns tillgång till en gemensamhetslokal. Insatsen stödboende är biståndsbedömd och beviljas av vuxenhandläggare inom socialpsykiatri. Två boendestödjare arbetar med att ge dagligt stöd utifrån de enskildas behov. Organisatoriskt ingår de två boendestödjarna i samma arbetsgrupp som boendestödjarna i Södermalms boendestöd. Verksamheterna har därmed samma ledning och utvecklingsarbetet sker ofta gemensamt. Därmed är de två verksamheternas uppföljningsresultat liknande på flera punkter.

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att Hammarby sjöstads stödboende följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter samt stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Resultat av uppföljning

Goda exempel

- Den sociala dokumentationen är genomgående av god kvalitet.
- Årlig genomgång av brukarnas dokumentation ger förutsättningar för rätt arbetssätt och att rätt stöd ges.

- Det finns ett aktivt arbete kring kompetensförsörjning och arbetssätt anpassat till målgruppen, med omvärldsbevakning som en del av detta.
- En aktiv diskussion inom verksamheten kring bemötande och förhållningssätt stärker förutsättningarna för att personalen skall arbeta likvärdigt.
- Det finns en medveten diskussion kring relationen mellan boendestödjare och boende.
- Verksamheten har en varierad utbildningsplan som svarar mot verksamhetens målgrupp.

Områden att arbeta vidare med:

- Utifrån de granskade ärendena konstaterades att genomförandeplanerna endast delvis innehöll mål och delmål. "När" och "hur" kan förtydligas och konkretiseras.
- Resultat av uppföljningar behöver dokumenteras i den löpande dokumentationen, för att det ska gå att ta del av även när en ny genomförandeplan har upprättats.
- Verksamheten föreslås utveckla ett strukturerat mottagande av ny boende från verksamhetens sida, där exempelvis möjligheten till uppstartsmöte framgår.
- Rutin saknas för dödsfall.
- Verksamheten beskriver att de får synpunkter till sig och då agerar på dessa. Verksamheten har dock inte sammanställt antalet över året. Detta är ett utvecklingsområde för kommande år, med syftet att fortsätta kvalitetsutveckla verksamheten.
- Verksamheten har inte rapporterat några Lex Sarah under året och uppmuntras att arbeta aktivt med att hålla frågan levande, exempelvis genom att uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser.
- Att verksamheten upprättar en kompetenstabell över personalgruppen.

Dokumentationsgranskning

Fyra slumpmässigt utvalda ärenden har granskats utifrån en mall, med fokus på genomförandeplaner och löpande dokumentation. Granskningen sträcker sig cirka ett år tillbaka i tiden.

Hammarby sjöstads stödboende har generellt en god dokumentation. Den löpande dokumentationen är bra. Det framgår tydligt vem som har gjort vad, beskrivningar är objektiva och sakliga, med ett gott språkbruk. Informationen som dokumenteras är relevant. Det finns ett konsekvent användande av de olika

rubrikerna som finns tillgängliga i systemet, där samma typ av information återfinns under samma rubriker i olika ärenden.

Det finns genomförandeplaner i samtliga ärenden. Verksamheten har själv identifierat att genomförandeplanernas ”hur” är ett utvecklingsområde, vilket överensstämmer med vad som observeras under dokumentationsgranskningen. Genomförandeplanernas omfattning och utformning varierar, vilket även det är ett område där verksamheten behöver arbeta vidare för att få en mer likartad form för genomförandeplanerna.

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

Brukarundersökning

Verksamheten får inte tillräckligt många svar på Stockholm stads brukarundersökning, och upplever att de boende inte vill delta i denna typ av undersökning.

Verksamheten har även en egen enkät som har ett högre deltagande. Det framkommer ofta mycket beröm, detta återkopplas främst till personal. Verksamheten analyserar även positivt resultat, det blir ett diskussionsunderlag. Resultatet för brukarundersökningarna återkopplas inte till brukarna, och verksamheten diskuterar på vilket sätt en sådan återkoppling skulle kunna ske framåt.

Försöks- och träningslägenheter

Försöks- eller träningslägenhet är en insats som kan beviljas av enheten för hemlösa eller av stadsdelsförvaltningen. Verksamheten tar emot personer som till följd av hemlöshet, missbruk, psykisk ohälsa eller andra svårigheter behöver stöd i att utveckla och bibehålla förmågor som krävs för att klara av ett självständigt boende. Lägenheterna tas emot genom anvisning via bostadsförmedlingen.

Verksamheten på Södermalm har ett 90-tal tränings-, försöks- och jourlägenheter.

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att försöks- och träningslägenheter Södermalm följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter samt stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Resultat av uppföljning

Goda exempel

- Verksamheten har en systematik för personalkontinuitet för brukaren.
- Verksamheten uppdaterar kontinuerligt sitt arbetssätt och sina rutiner utifrån nya riktlinjer och metoder
- Som en del av verksamhetens egenkontroll gör verksamheten månadsvisa kontroller där man jämför beställningar och dokumentationen av utförande. Detta för att säkerställa att brukaren får rätt stöd.
- Inkomna avvikelser diskuteras med personalen på APT.
- Verksamhetens personalgrupp är motiverad till utbildningar och kompetensutveckling och efterfrågar det kontinuerligt. Verksamheten har en systematik för hur kunskap och information ska spridas vidare inom arbetsgruppen.
- Verksamheten har i de flesta granskade ärendena en bra löpande dokumentation med relevant information och tydlig struktur. Rubrikanvändandet är systematiskt.

Områden att arbeta vidare med:

- Verksamheten beskriver att de önskar kunna lägga mer tid på att fördjupa sig i brukarens resultat av insatsen och utifrån det föra dialog med beställare eller göra andra justeringar.
- Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med genomförandeplaner. Alla genomförandeplaner behöver involvera den enskilde och ha denne i fokus, utgå från beställningarna och ha tydliga mål och delmål.
- Att verksamheten tydliggör uppföljningar av genomförandeplaner genom att dokumentera i den löpande dokumentationen att genomförandeplan följts upp samt kort vad uppföljningen resulterade i.
- Verksamheten uppmuntras utifrån resultatet av brukarenkäten att arbeta för att öka kännedomen hos brukarna om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.
- Att säkerställa att ändringen gällande nya beställningars längd från tre till sex månader inte påverkar brukarens möjlighet till utvärdering och anpassning av insatsen efter uppstart

Dokumentationsgranskning

Granskningen omfattar åtta ärenden. Granskningen fokuserar på den löpande dokumentationen samt genomförandeplanerna och sträcker sig cirka ett år tillbaka i tiden.

Verksamhetens sociala dokumentation är överlag bra. Den löpande dokumentationen är generellt relevant och tydlig, även om det finns variationer i kvaliteten där det ibland finns med överflödiga information, och den ibland uppfattas som något knapphändig. Det finns goda exempel där sammanfattningar används månadsvis vilket skapar en överskådlighet och kontinuitet. Rubrikanvändandet är konsekvent, där samma typ av information återfinns under samma rubriker i olika ärenden.

Det finns genomförandeplan i samtliga granskade ärenden, som upprättats som längst inom en månad från beställning. Genomförandeplanernas utformning och omfattning varierar, och de kan i vissa fall vara kortfattade och sakna delmål. En utveckling kan ske i formuleringar av ”hur” insatser ska genomföras. Vidare uppmanas verksamheten arbeta vidare med att skapa genomförandeplaner utifrån brukarens perspektiv. Målen i genomförandeplanerna är dock ofta tydliga.

Brukarundersökning

Verksamheten omfattas inte av stadens ordinarie brukarundersökning. De har en egen undersökning vars resultat presenteras i T2 samt verksamhetsberättelse. Resultatet går igenom med brukare vid hembesök och med personalen i arbetsgruppen.

Resultat för verksamheter enligt LSS

LSS-verksamheter i egen regi

Följande LSS-verksamheter finns i egen regi på Södermalms stadsdelsförvaltning:

Drakenbergs gruppbostad

Fem platser

Malmens grupp- och servicebostäder

Tygeln 1: fem platser

Tygeln 2: fem platser

Ringvägen 7a: sex platser

Ringvägen 7d: sex platser

Satellitlägenheter: tio platser

Färggårdstorgets servicebostad

Åtta platser

Rackarbergets servicebostad

Tretton platser

Hammarbyhamnens gruppbostäder

Mältplåten: fem platser och en lägenhet utanför

Babordsgatan: fem platser

Hammarby allé: sex platser

Stödteamets servicebostad

Åtta platser

Lignagatans gruppbostäder

Lignagatan 10: sex platser

Lignagatan 16: sex platser

Södermalms dagliga verksamhet

Skansen: tio platser

Blecktornet: elva platser

Ekengruppen: sex platser

Bergsundsfiiket: sju platser

Reimersholme: tio

Torkel: tolv platser

Tolvan: femton platser

Söder korttids

Sex platser

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att Södermalms boendestöd följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter samt stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

Sammanfattning resultat

Antalet nedan presenterade svar på de utskickade frågorna varierar då olika typer av verksamheter har fått olika frågor. Olika uppföljningsmallar används för daglig verksamhet, boende respektive korttidsboende. Det kan innebära att en fråga som bara riktar sig till boenden, får sammanlagt sju svar, medan en fråga som finns med i samtliga uppföljningsmallar, får nio svar.

Svaren har sammanfattats och rapporteras på gruppnivå. Svaren har kompletterats med övrig kännedom som finns från tidigare års uppföljningar.

Personal

Samtliga verksamheter får frågor kring personalens kompetens, kompetensutveckling och handledning. Sex verksamheter bedömer att minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, som är det krav som ställs i uppdragsbeskrivningen. Två svarar *delvis*, och kommenterar att validering pågår utifrån nya titeln stödassistent, en svarar *nej*, också detta på grund av nya direktiven kring stödassistenter. Samtliga verksamheter har en kompetensutvecklingsplan, både övergripande för hela verksamheten och individuell för medarbetarna. Extern handledning finns i majoriteten av verksamheterna, alternativt har funnits men har uppehåll (två verksamheter), en verksamhet svarar *nej*. Det har i tidigare verksamhetsuppföljningar framkommit att handledning ibland kan pausas utifrån önskemål från personalgruppen eller att det inte finns ett behov under en viss period.

För att säkerställa att ny personal arbetar utifrån etablerade arbetssätt är introduktion viktigt, och även rutiner kring vikarier. Det framgår av svaren att nyanställda genomgår en introduktion, och skriver även på en separat sekretessförbindelse. Verksamheterna har rutiner för vikarieanskaffning och för kontinuitet och ev minimering av antal personal.

Information och delaktighet

Enligt uppdragsbeskrivningen skall det finnas information till brukare som är anpassad, t ex lättläst information eller bildstöd. Sex verksamheter svarar att sådan information finns, tre att det delvis

finns. Av de som svarar *delvis* svarar flera att verksamheten ser detta som ett förbättringsområde. Vid tidigare uppföljningar har framkommit att det kan finnas utmaningar i att ge information och stöd på ett sådant sätt som brukarnas funktionsvariationer kräver, utan att det upplevs som överdrivet förenklat, varken av personal eller brukare. Informationsanpassningar är dock en förutsättning för delaktighet. Kompetens hos personal och ett aktivt arbete krävs för att anpassa detta för varje brukare.

Delaktighet berörs i uppföljningsdokumentet genom en fråga om det finns någon rutin för delaktighet. Fem verksamheter svarar *ja*, tre *delvis*. Någon kommenterar att det kommer inom kort, eller att det inte finns någon nedtecknad sådan. Uppföljarnas kommentar till detta är att begreppet delaktighet är centralt i LSS-lagstiftningen och ska genomsyra alla rutiner och arbets sätt. Detta kan leda till att en separat rutin för delaktighet inte finns, men att det inte behöver innebära att ett delaktighetsperspektiv saknas i verksamheterna. Delaktighet syns även i möjligheten att påverka sin vardag, sina insatser och i genomförandeplan.

De flesta brukare har anhöriga som är viktiga för dem. Rutin för samverkan med anhöriga finns delvis i tre verksamheter, medan fem svarar *ja*. Rutin syftar i detta fall till informationsutbyte och delaktighet. Det finns rutin för hur man uppmärksammar om anhörig behöver stöd för egen del i sex av verksamheterna, medan två svarar *delvis*. Gällande arbete med anhöriga kommenterar de verksamheter som svarar *delvis* att rutiner finns under uppbyggnad eller förändring. Någon verksamhet nämner samarbete med anhörigkonsulent.

Systematiskt kvalitetsarbete

Samtliga verksamheter svarar att de identifierat och beskrivit de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta är ett av kraven som ställs i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Alla svarar *ja* eller *delvis* på frågan om verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystemet. En kommentar är att rutiner just nu uppdateras utifrån ledningssystem och kvalitet.

Fem svarar *ja*, fyra *delvis*, på frågan om verksamheten utövar egenkontroll. Under 2022 års uppföljning konstaterades att begreppet för många verksamheter är brett och något otydligt. Utförarverksamheterna som helhet arbetar för en gemensam definition av begreppet egenkontroll och vilka rutiner som

innefattas. Egenkontroll definieras i SOSFS 2011:9 som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Sex verksamheter svarar *ja*, två *delvis*, på att det finns rutiner för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Samtliga uppger att man genomför riskanalys löpande. Det finns rutiner för samverkan, men i högre grad för intern än för extern.

Synpunkter och klagomål

I uppföljningen ställs frågor kring synpunkter och klagomål. Samtliga verksamheter tar emot och utreder dessa. Det finns rutiner för hur synpunkter och klagomål ska hanteras, och de sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten, enligt vad som framkommer i svaren. Någon svarar *delvis* samt att ett arbete pågår kring systematisering kring detta. Verksamheterna arbetar i olika utsträckning med att ta upp synpunkter och klagomål tillsammans med personal på t ex APT.

Lex Sarah

Samtliga verksamheter har rutiner för Lex Sarah, många nämner att det tas upp enligt årshjul på APT. I ordinarie uppföljningar med verksamhetsbesök, förs dialog kring antal rapporterade lex Sarah. Saknas rapporter helt, förs diskussion kring eventuell underrapportering. På Södermalm utreds rapporter av ett lex Sarah-team, som under 2023 även erbjöd utbildning för verksamheterna. Dessa utbildningstillfällen kommer att återkomma under 2024.

Social dokumentation

Verksamheterna dokumenterar i verksamhetssystemet Parasol. Samtliga verksamheter uppger att det finns rutiner för dokumentation enligt SoL och LSS. Alla utom en har rutiner för hur man hanterar eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen. Det finns rutiner så att bara behöriga får ta del av dokumentationen, en verksamhet uppger att det behövs förtydligande i rutinerna, och uppmanas då att lyfta detta i arbetsgruppen för en gemensam utveckling. På frågan om dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, i brandsäkert skåp, svarar de flesta *ja*, medan några svarar *delvis* med kommentaren att enheterna just nu går igenom så alla skåp ska vara brandsäkra.

Lokaler

Alla svarar *ja*, utom en som svarar *delvis*, på frågan om man har ändamålsenliga lokaler som är utrustade för målgruppen och

erbjuder en god och hemlik boendemiljö. Den som svarar *delvis* uppger att det finns behov av ett större gemensamhetsutrymme.

Våld i nära relation samt hedersrelaterat våld och förtryck

Samtliga verksamheter har kännedom om stadens program mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Samtliga verksamheter uppger att personalen har kunskap om hur man uppmärksammar om den enskilde kan vara utsatt samt kännedom om vilket stöd som finns. Sju verksamheter svarar *ja* på frågan om det finns skriftliga rutiner för hur verksamheten ska uppmärksamma, förhindra och hantera våld i nära relation. Två verksamheter svarar *delvis*, dessa kommenterar att det finns ett pågående arbete med att upprätta detta.

Barnperspektiv

Verksamheterna riktar sig till vuxna personer över 18 år, med undantag för Söders korttids. Då brukarna kan ha egna barn, eller anhöriga som är barn, eller barn på annat sätt kan vara berörda av verksamheterna, behöver det finnas rutin för barnperspektiv. Frågan ställs om det finns rutin för hur barnperspektivet beaktas vid utförande av insatser, sju svarar *ja*, en *delvis*, en *nej*. En verksamhet svarar att det finns en planering för att upprätta detta under 2024. Sju verksamheter har rutin för orosanmälan enligt 14 kap 1§ SoL, en *delvis*.

Hälso- och sjukvård

Rutin finns i samtliga verksamheter för att kontakta hälso- och sjukvård, inklusive habilitering och rehabilitering, utifrån den enskildes behov. Det finns lokala instruktioner för läkemedelshantering samt för basala hygienrutiner. (LSS-hälsan)

Krishantering

Verksamheterna har kontinuitets- och beredskapsplaner för agerande vid händelse av kris eller katastrof. Det finns kommentarer om att planerna fortfarande utvecklas. Detta inkluderar att viktiga rutiner för enskilda brukare finns tillgängliga i fysisk form vid händelse av elavbrott, och att det inte överallt finns fullt ut planering för t ex vatten. Vid förfrågan inför sommaren 2023 lämnade samtliga verksamheter in handlingsplan för långvarig värmebölja.

Utvecklingsområden

Verksamheterna får avslutningsvis frågan om de arbetat med utvecklingsområdena från föregående års verksamhetsuppföljning. Samtliga verksamheter har arbetat med dessa, flertal svarar *delvis*

med kommentar man gjort det i mån av tid. Någon verksamhet svarar att det skett förändring i ledningen under året vilket inneburit ett visst avbrott, men att man avser arbeta vidare med detta.