

Bilaga O7

Uppföljning av verksamheter i egen regi, VB 2024

Stöd och service till
personer med
funktionsnedsättning

Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning	2
Uppföljningsmetod	2
Underlag och rutiner	3
Uppföljningsfrågor utifrån uppdragsbeskrivning samt aktuella och prioriterade områden	3
Dokumentationsgranskning	4
Kvalitetsberättelse	4
Brukarundersökningar.....	4
Verksamhetsbesök och återkoppling	4
Resultat från uppföljning	5
Södermalms dagliga verksamhet	5
Förvaltningens samlade bedömning	5
Resultat av uppföljning	5
Resultat för verksamheter enligt LSS och SoL.....	11
Förvaltningens samlade bedömning	11
Sammanfattning av resultat.....	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 avdelningens stöd- och utvecklingsenhet följer 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. Entreprenaddrivna LSS-verksamheter följdes upp under våren 2024, vars resultat presenterades i förvaltningens tertialrapport 2.

Under hösten 2024 har verksamheter i egen regi följts upp, med särskilt fokus på dagliga verksamheter inom LSS. Uppföljningen av Södermalms dagliga verksamheter har inkluderat granskning av rutiner, verksamhetsbesök på samtliga adresser, samtal med medarbetare, dokumentationsgranskning samt återkoppling där identifierade styrkor och utvecklingsområden presenterats. En förenklad uppföljning har genomförts inom grupp- och servicebostäder (LSS) samt boendestöd och stödboende (SoL), vilket innebär att verksamheterna har besvarat en checklista som utgår från stadens uppföljningsmallar gentemot uppdragsbeskrivningar inom respektive område.

I denna rapport presenteras resultaten av genomförda uppföljningar.

Verksamhetsuppföljningen av Södermalms dagliga verksamheter har innefattat följande moment:

Underlag och rutiner

Inför uppföljningen har stöd- och utvecklingsenheten efterfrågat underlag och ett urval av rutiner för att säkerställa att dessa finns och är uppdaterade, samt för få en inblick i verksamhetens pågående arbete. Följande underlag och rutiner har efterfrågats:

- Kvalitetsberättelse för år 2023
- Lista/årshjul över egenkontroller
- Rutin för rapportering av lex Sarah
- Rutin för rapportering av synpunkter och klagomål
- Sammanställning över inkomna synpunkter och klagomål under 2024
- Rutin för orosanmälan enligt 14 kap 1 § SoL
- Rutin för beaktande av barnrättsperspektiv i verksamheten
- Rutin för samverkan med anhöriga
- Rutin för skyddsåtgärder
- Exempel på genomförda kartläggningar av skyddsåtgärder som har gjorts under året
- Kompetenstabell inklusive tjänstgöringsgrad (ang. stadens strävan mot heltid som norm)
- Kompetensutvecklingsplan

Uppföljningsfrågor utifrån uppdragsbeskrivning samt aktuella och prioriterade områden

Socialförvaltningen har formulerat uppdragsbeskrivningar som omfattar nämndens verksamheter i egen regi där Stockholms stad beslutat att valfrihetssystem ska råda. Uppdragsbeskrivningarna innehåller krav som ställs på de olika verksamheterna vad gäller ledning, styrning och innehåll, och som överensstämmer med de krav som ställs på verksamheter som upphandlats enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem. Socialförvaltningen har även utformat mallar för uppföljning av hur verksamheterna arbetar utifrån dessa uppdragsbeskrivningar.

Södermalms dagliga verksamhet har under uppföljningen fått besvara frågorna i uppföljningsmallen, som även uppdaterats med aktuella och prioriterade frågor, så som:

- Anhörigstöd
- Skyddsåtgärder
- Kontinuitetsplan/beredskapsplan i händelse av kris
- Pedagogiska ramverket
- Heltid som norm

Verksamhetens svar på uppföljningsfrågorna har följts upp och diskuterats närmare under ett uppföljningsmöte tillsammans med biträdande enhetschef och gruppledare.

Dokumentationsgranskning

En dokumentationsgranskning har genomförts av 25 procent av verksamhetens akter, med fokus på genomförandeplaner och löpande dokumentation. Dokumentationsgranskningen har skett utifrån lokala rutiner kring dokumentation samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5). Granskningen har genomförts i dokumentationssystemet Parasol.

Kvalitetsberättelse

Kvalitetsberättelse har efterfrågats i enlighet Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Brukarundersökningar

Stockholms stad genomför varje år en brukarundersökning inom bostad med särskild service och daglig verksamhet. Stöd- och utvecklingsenheten har tagit del av resultatet av genomförda brukarundersökningar samt efterfrågat hur verksamheten arbetar vidare med resultatet tillsammans med sina deltagare.

Verksamhetsbesök och återkoppling

Verksamhetsbesök har genomförts på Södermalms dagliga verksamhets samtliga sju adresser. Syftet med verksamhetsbesöken har varit att få mer information om verksamhetens olika inriktningar och arbetssätt. Under besöken har även samtal genomförts med medarbetare från respektive adress med syfte att stämma av hur förankrade ett urval av rutiner är i verksamheten. Följande rutiner har stämts av med medarbetare:

- Lex Sarah
- Synpunkter och klagomål
- Orosanmälan enligt 14 kap. 1 § SoL
- Barnrättsperspektiv
- Skydds- och begränsningsåtgärder
- Samverkan med anhöriga

Efter uppföljningen, inklusive genomgång av insamlat underlag, har resultat och bedömning återkopplats skriftligt och muntligt till verksamheten.

Resultat från uppföljning

Nedan presenteras resultat från verksamhetsuppföljningen för Södermalms dagliga verksamhet samt en samlad bild av grupp- och servicebostäder, boendestöd och stödboende enligt SoL.

Södermalms dagliga verksamhet

Södermalms dagliga verksamhet erbjuder sysselsättning för vuxna personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismliknande tillstånd. Insatsen utförs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Verksamheten har vid uppföljningens genomförande totalt 61 deltagare.

Södermalms dagliga verksamhet är belägen på sju adresser:

Namn	Adress	Antal deltagare
Torkel	Torkel Knutssonsgatan 39	10
Tolvan	Krukmakargatan 12	11
Reimers	Reimersholmsgatan 69B	10
Ekengruppen	Virkesvägen 3	6
Blecktornet	Södermannagatan 61	8
Skansen	Hazeliusbacken 11	9
Bergsundsfiiket	Folkskolegatan 30	7

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att Södermalms dagliga verksamhet bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning.

Ett utvecklingsområde som kräver åtgärd är arbetet med egenkontroller i verksamheten. Egenkontroller genomförs till viss del men det saknas en systematik med återkommande egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet. En årsplan för egenkontroller är framtagen inom utförarenheten, vilken kommer att implementeras i verksamheterna under 2025. Detta arbete kommer särskilt att följas upp i samband med verksamhetsuppföljning 2025.

Resultat av uppföljning

Identifierade styrkor och utvecklingsområden

Nedan presenteras de styrkor och utvecklingsområden som har identifierats under uppföljningen av Södermalms dagliga verksamhet.

Styrkor:

- Verksamhetens sju adresser med olika inriktningar och aktiviteter utgör en bredd och många möjligheter för verksamhetens deltagare. Möjligheterna nyttjas genom att deltagare får göra utbyten/praktik mellan de olika enheterna om de önskar eller behöver en förändring, vilket främjar individanpassning och utveckling mot självständighet för deltagarna.
- Det finns väl genomarbetade rutiner (t ex lex Sarah, synpunkter och klagomål, skyddsåtgärder), som är konkreta och som tydligt beskriver stegvis vem som ska göra vad. Rutinerna är gemensamma med andra LSS-verksamheter inom utförarenheten och är väl förankrade i krav som ställs enligt lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Verksamheten har under det senaste året rapporterat missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah och visat på ett engagemang i avvikelshanteringen. Detta lyfts som en styrka då självgranskning är centralt för att garantera brukarnas trygghet och välbefinnande i verksamheten.
- Verksamheten bedriver ett hälsofrämjande arbete genom att använda sig av Hälsoteamet som finns inom stadsdelen, schemalagda aktiviteter för rörelse samt genom hälsoinspiratörer i verksamheten.
- Verksamheten bedriver ett aktivt arbete kring bemötandefrågor och diskriminering både med medarbetare och deltagare i verksamheten.
- Verksamheten har ett högt deltagande i stadens brukarundersökningar på flera adresser samt gör ett arbete tillsammans med deltagarna i verksamheten utifrån resultatet. Verksamheten uppmuntras att fortsätta detta viktiga arbete utifrån årets resultat, där delar av resultatet behöver undersökas vidare tillsammans med deltagarna för att klargöra vad det står för samt för att kunna utveckla verksamheterna för deltagarnas bästa.
- Implementeringen av det pedagogiska ramverket är central i verksamhetens nuvarande arbete och planering framåt, vilket bidrar till att säkerställa medarbetarnas kompetens kring grundläggande pedagogiska arbetssätt och metoder.
- Majoriteten av anställda i verksamheten arbetar heltid. Av 26 medarbetare har tre (3) valt att arbeta deltid. Alla erbjuds

heltid som önskar det, vilket är en styrka utifrån stadens heltid som norm.

- Positivt att verksamheten har ombudsfunktioner bland medarbetarna, bland annat ett anhörigombud som verkar för hela Södermalms dagliga verksamhet.
- Ett respektfullt språk används i den löpande journalen och det är generellt väl avvägt vad som ska dokumenteras (väsentlig och korrekt information).
- Det finns flera goda exempel på sammanfattningar veckovis i den löpande journalen, det vill säga att anteckningar görs i slutet av varje vecka där det framgår hur deltagarens vecka har sett ut, vilka aktiviteter som har genomförts samt avvikelser från genomförandeplan.

Utvecklingsområden:

- Verksamheten har under de senaste åren haft en stor omsättning av chefer vilket riskerar att drabba kontinuiteten och systematiken i verksamheten. Stöd- och utvecklingsenheten betonar vikten av kontinuitet i verksamhetens ledarskap, för deltagare och anhöriga likväl som för personal.
- Verksamheten behöver utveckla sitt systematiska arbete med egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller görs till viss del idag men det saknas systematik och kunskap/bestämmelse kring vilka egenkontroller som behöver göras.
- Egenkontroller av dokumentation och genomförandeplaner görs inte systematiskt idag. Vem som genomför egenkontroller av dokumentationen, vad de ska innehålla samt hur ofta de ska göras behöver förtydligas.
- Ett implementeringsarbete behöver göras av vissa befintliga rutiner (t ex lex Sarah, synpunkter och klagomål, skyddsåtgärder, orosanmälan barn, anhörigstöd) för att förankra information och tillvägagångssätt hos medarbetare. Det arbete som har gjorts inom utförarenheten kring ledningssystem och rutiner är inte helt förankrat hos chef och medarbetare.
- Rutin saknas för att barnrättsperspektivet, vid behov, beaktas vid utförandet av insatsen.
- Inkomna synpunkter, klagomål och beröm i verksamheten hanteras emellanåt direkt och sammanställs inte alltid skriftligt. Verksamheten kan utveckla arbetet med att

sammanställa och analysera inkomna synpunkter för att synliggöra mönster och trender som kan indikera brister i kvalitet.

- Verksamheten behöver förbättra kunskapen hos personal kring hur man uppmärksammar om den enskilde kan vara utsatt för hot och/eller våld samt om vilket stöd och skydd som finns. Rutiner för hur verksamheten ska uppmärksamma, förebygga och hantera hot och våld behöver förankras/implementeras.
- Kvalitetsberättelse för 2023 saknas. Verksamheten framför att de planerar upprätta en kvalitetsberättelse för 2024.
- Genomförandeplanerna och den löpande journalen kan generellt utvecklas genom att bli mer utförlig med exempelvis mer konkreta/mätbara mål och delmål samt genom mer frekvent journalföring.
- Dokumentation från uppföljning av genomförandeplan kan utvecklas genom att i större utsträckning beskriva den enskildes utveckling mot uppsatta mål samt om några behov av åtgärder har identifierats.
- Samtycke till skyddsåtgärder behöver dokumenteras i den sociala journalen (utöver blankett som läggs i fysisk akt), förslagsvis under rubriken Upplysning/Samtycke i Parasol.

Dokumentationsgranskning

En granskning har gjorts av 17 ärenden i Parasol, vilket utgör drygt 25 % av deltagarna på respektive adress. Urvalet har skett slumpmässigt, med en jämn ålders- och könsfördelning.

Den sammanfattande bedömningen är att dokumentationen är tillräcklig, väsentlig och korrekt, och gjord i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

I samtliga ärenden finns en aktuell genomförandeplan som innehåller mål och delmål samt beskrivningar av när och hur aktiviteterna ska genomföras för att målen ska uppnås. Många genomförandeplaner är relativt kortfattade och skulle kunna innehålla fler/utförligare mål och aktiviteter. Mål och delmål är i stort konkreta och mätbara, med enstaka undantag där formuleringen av målen kan utvecklas för att göra dem uppföljningsbara. I de flesta fallen har deltagaren själv deltagit i planering av genomförandeplan. I några fall saknas namn på andra personer som deltagit i planeringen samt deras roll (t ex stödperson).

Ett respektfullt språk används i den löpande journalen och det är generellt väl avvägt vad som ska dokumenteras (väsentlig och korrekt information). Dock kan den löpande journalföringen generellt utvecklas då det emellanåt upplevs som knapphändig information eller glesa anteckningar. Enligt lokala rutiner kring dokumentation ska journalföring göras minst en gång per vecka eller utifrån behov.

Det finns flera goda exempel på sammanfattningar veckovis i den löpande journalen, det vill säga att anteckningar görs i slutet av varje vecka där det framgår hur deltagarens vecka har sett ut, vilka aktiviteter som har genomförts eller om det har varit någon frånvaro.

Dokumentation från uppföljning av genomförandeplan kan i stort utvecklas. I flera fall saknas dokumentation från uppföljningstillfällena, och finns dokumentation är den ofta mycket kortfattad och saknar beskrivning kring individens måluppfyllelse och hur insatsen ska fortlöpa kopplat till individens utveckling. Ett par goda exempel förekommer där deltagarens upplevelse av insatsen framgår samt måluppfyllelse och utvärdering av uppsatta mål i genomförandeplan.

Det finns flera goda exempel där befintliga rubriker avsedda för löpande dokumentation används konsekvent och systematiskt. Detta kan behöva utvecklas på vissa håll.

Det framgår inte om det föreligger några skyddsåtgärder i något av de granskade ärendena och det förekommer ingen dokumentation gällande samtycke kring detta. Verksamheten genomför kartläggningar kring skyddsåtgärder som sparas i deltagarnas fysiska akter. Enligt lokal rutin för att hantera och motverka skydds- och begränsningsåtgärder ska kartläggning av skyddsåtgärder även dokumenteras i social journal.

Brukarundersökning

Södermalms dagliga verksamhet bedriver ett aktivt arbete kring stadens brukarundersökningar och har ett högt deltagande på flera adresser 2024. På Blecktornet, Skansen och Ekengruppen är svarsfrekvensen 100 procent och på Reimers är svarsfrekvensen 90 %. Både Blecktornet och Skansen får ett högt resultat på frågan om sysselsättningen är viktig för deltagaren. På Blecktornet har resultatet gällande om deltagaren får den hjälp hen vill ha sjunkit sedan föregående år och hamnar under snittet i staden och nationellt. På Skansen visar resultatet högt vad gäller trygghet,

nöjdhet, kommunikation och bemötande från personalen. Ekengruppen har ett genomgående högt resultat på de flesta frågorna förutom kommunikation med personalen som ligger något lägre än snittet. På Reimers ligger de flesta svaren generellt högt och i nivå med stadens och landets snitt, men har något lägre resultat på frågor kring kommunikation och trygghet med personalen.

Tolvan och Torkel har en lägre svarsfrekvens om 62 respektive 55 procent. På Bergsunds fiket har 50 procent av deltagarna svarat men resultatet har uteblivit på grund av att antalet svar understiger fem personer. På Tolvan får frågor kring självbestämmande och om sysselsättningen på den dagliga verksamheten är viktigt ett högt resultat som ligger över snittet i staden och nationellt. De frågor som får ett lägre resultat berör trygghet, trivsel samt bemötande av personal. På Torkel får frågor kring bemötande, nöjdhet och om sysselsättningen på den dagliga verksamheten är viktigt ett högt resultat över snittet medan frågan om deltagarna får den hjälp som de vill ha sticker ut med ett resultat som ligger markant under snittet jämfört med tidigare år, staden och nationellt.

Verksamheten beskriver att de presenterar resultatet från genomförda brukarundersökningar för deltagarna i verksamheten och gör en gemensam analys. Under 2024 har verksamheten arbetat vidare med frågor kring bemötande och diskriminering tillsammans med medarbetare och deltagare utifrån föregående års resultat.

Sammanställning från verksamhetsbesök

En slutsats efter genomförda verksamhetsbesök är att verksamheten generellt har ett arbete att göra med att implementera efterfrågade rutiner. Vissa rutiner är mer kända för medarbetarna, så som lex Sarah och skydds- och begränsningsåtgärder, då dessa områden återkommande lyfts för diskussion i verksamheten. Flera medarbetare upplever skyddsåtgärder som en komplex fråga och uttrycker behov av att arbeta vidare kring det. Synpunkter, klagomål och beröm hanteras men behöver i större utsträckning sammanställas skriftligen för att synliggöra mönster och trender. Rutin för samverkan med anhöriga är mer känd på vissa adresser än andra, där information om vilket stöd som finns att få för anhöriga kan stärkas. Medarbetarna för goda resonemang kring hur barnrättsperspektivet kan införlivas i verksamheten. Rutin saknas dock i dagsläget inom detta område.

Resultat för verksamheter enligt LSS och SoL

En förenklad uppföljning har genomförts på grupp- och servicebostäder inom LSS samt stödboende och boendestöd inom SoL som förvaltningen bedriver i egen regi. Följande verksamheter omfattas av uppföljningen:

Verksamhetsnamn	Typ av verksamhet	Antal platser/brukare
Drakenbergs gruppboende	Gruppboende LSS	5
Lignagatan 10	Gruppboende LSS	6
Lignagatan 16	Gruppboende LSS	6
Hammarby allé gruppboende	Gruppboende LSS	6
Babordgatans gruppboende	Gruppboende LSS	5
Måltplåtens gruppboende	Gruppboende LSS	5
Ringvägens gruppboende 7A	Gruppboende LSS	6
Ringvägens gruppboende 7D	Gruppboende LSS	6
Tygeln 1	Gruppboende LSS	5
Tygeln2	Gruppboende LSS	5
Rackarbergets serviceboende	Serviceboende LSS	13
Södermalms stödteam	Serviceboende LSS	8
Satelliterna	Serviceboende LSS	10
Färggårdstorgets serviceboenden	Serviceboende LSS	8
Söders korttidshem	Korttidshem LSS	6
Boendestöd försöks- och träningslägenheter	Boendestöd SoL	72
Södermalms boendestöd eget hem	Boendestöd SoL	175
Hammarby sjöstads stödboende	Stödboende SoL	11

Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att verksamheterna följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter samt stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning.

Sammanfattning av resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet för samtliga grupp- och servicebostäder, korttidshem samt stödboende och boendestöd. 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. 16 av 18 verksamheter bedömer att minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, vilket är det krav som ställs i uppdragsbeskrivningen. Detta innebär en förbättring från föregående års uppföljning. Två verksamheter svarar *nej* på frågan, varav en hänvisar till att två medarbetare ska gå utbildning till våren 2025 för komplettering.

Samtliga verksamheter uppger att de har en kompetensutvecklingsplan förutom tre som håller på att utfärda planen i och med medarbetarsamtalen. Extern handledning finns i majoriteten av verksamheterna, alternativt har funnits men har uppehåll (tre verksamheter). 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 bemanning/vikarieanskaffning samt för kontinuitet och minimering av antal personal.

Information och delaktighet

Enligt uppdragsbeskrivning för grupp- och servicebostäder ska det finnas information till brukare som är anpassad, t ex lättläst information eller bildstöd. Tio av grupp- och servicebostäderna svarar att sådan information finns. Fem svarar att det finns *delvis*, med hänvisning till att de arbetar med AKK (alternativ och kompletterande kommunikation), teckenkommunikation samt att bildstöd används kring vilka som arbetar, vilken mat som serveras, gemensamma aktiviteter samt i den individuella planeringen. Under föregående års uppföljning framkom det att flera av verksamheterna ser arbetet kring anpassad information som ett förbättringsområde. En viss utveckling går att utläsa från föregående år men ett arbete kvarstår för att anpassa kommunikation och information utifrån varje brukares behov.

Samtliga verksamheter, inklusive stödboende och boendestöd, svarar att rutin finns för delaktighet, vilket är en förbättring sedan föregående år då några verksamheter saknade detta.

De flesta brukare har anhöriga som är viktiga för dem. Rutin för samverkan med anhöriga finns i 13 verksamheter. Fem verksamheter svarar *delvis*, varav fyra beskriver att rutinen finns i det nya kvalitetsledningssystemet men ska implementeras och brytas ned på enhetsnivå under våren 2025. En verksamhet svarar att det har tillkommit nya brukare och att rutinen behöver ses över.

Det finns rutin för hur man uppmärksammar om anhörig behöver stöd för egen del i 12 av verksamheterna, medan fyra svarar *delvis*. Gällande arbete med anhöriga kommenterar de verksamheter som svarar *delvis* att anhörigstödsfunktionen på stadsdelen är känd och hänvisas till vid behov.

Systematiskt kvalitetsarbete

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera och beskriva de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. 12 verksamheter svarar att de identifierat och beskrivit de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, vilket är färre än föregående år då samtliga svarade ja på frågan. Fyra verksamheter svarar *delvis* och hänvisar till att kvalitetsledningssystemet inom utförarenheten är nytt och att de arbetar med att implementera det i verksamheterna. Det arbete som har gjorts under året inom utförarenheten innebär att gemensamma rutiner är uppdaterade och finns tillgängliga, dock kvarstår arbete kring implementering.

Samtliga svarar *ja* eller *delvis* på frågan om verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystemet. Även här kommenterar några verksamheter att implementering pågår av ledningssystemet med löpande genomgångar under personalmöten, APT, planeringsdagar samt enskilda samtal och medarbetarsamtal.

På frågan om verksamheten utövar egenkontroll för att säkra verksamhetens kvalitet svarar elva *ja* och sju *delvis*. De som svarar *delvis* lyfter att det finns ett pågående arbete kring egenkontroller utifrån utförarenhetens kvalitetsledningssystem. Några av dem har påbörjat arbetet med egenkontroller under 2024 medan ett par ännu

inte har utövat egenkontroller vid uppföljningens tidpunkt (8 november). De tre verksamheterna inom boendestöd och stödboende (SoL) svarar att de genomför egenkontroller enligt ny rutin vilket innebär att kvalitetskontroller genomförs två gånger per år.

14 verksamheter svarar *ja*, fyra *delvis*, på att det finns rutiner för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. 15 av 18 verksamheter uppger att man genomför riskanalyser fortlöpande. Samtliga verksamheter har rutiner för hur samverkan med externa verksamheter/intressenter ska ske. Fyra verksamheter svarar *delvis* på frågan om det finns rutiner kring intern samverkan.

På frågan om kvalitetsberättelse är upprättad svarar åtta av 14 grupp- och servicebostäder att någon kvalitetsberättelse inte upprättades för 2013. Detta är en minskning från föregående år då samtliga grupp- och servicebostäder svarade att de upprättat kvalitetsberättelser. En förklaring som lyfts är att chefsbyten skedde i flera av verksamheterna i samband med att kvalitetsberättelse skulle upprättas. De tre verksamheterna inom boendestöd och stödboende (SoL) svarar att de tidigare inte har upprättat kvalitetsberättelser för sina verksamheter, men att detta är under diskussion för 2025.

Synpunkter och klagomål

I uppföljningen ställs frågor kring hantering av 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. Några verksamheter svarar *delvis* och lyfter att synpunkter tas emot och återkopplas individuellt till brukare/anhöriga, men att den systematiska uppföljningen behöver utvecklas.

Lex Sarah

Samtliga verksamheter har rutiner för lex Sarah. 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 även erbjuder utbildningar för verksamheterna. Dessa utbildningstillfällen kommer att återkomma under 2025.

Social dokumentation

Verksamheterna dokumenterar i verksamhetssystemet Parasol. Samtliga verksamheter uppger att det finns rutiner för dokumentation enligt SoL och LSS. Alla utom tre har rutiner för hur man hanterar eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen. Det finns rutiner för att bara behöriga får ta del av dokumentationen. På frågan om dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, i brandsäkert skåp, svarar samtliga *ja* förutom en som svarar *delvis* med kommentaren att dokumentationen i dagsläget är inlåsta i ett ej brandsäkert skåp men att brandsäkra arkivskåp är på gång.

Lokaler

Samtliga svarar *ja* på frågan om man har ändamålsenliga lokaler som är utrustade för målgruppen. En verksamhet beskriver att stambyte och renovering har genomförts så att boende nu har fullvärdiga kök och lägenheter.

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. Alla svarar *ja* på frågan om det finns skriftliga rutiner för hur verksamheten ska uppmärksamma, förhindra och hantera våld i nära relation.

Barnperspektiv

Verksamheterna riktar sig till vuxna personer över 18 år, med undantag för Söders korttidshem. Då brukarna kan ha egna barn, eller anhöriga som är barn, eller barn som på annat sätt kan vara berörda av verksamheterna, behöver det finnas rutin för att barnrättsperspektivet, vid behov, beaktas vid utförande av insatsen. På frågan om rutin finns för detta svarar 13 *ja* och fem *delvis*, med kommentarer om att detta behöver utvecklas och att all personal nu går workshop i barnkonventionen som anordnas för samtliga medarbetare inom sociala avdelningen. Alla verksamheter har rutin för orosanmälan enligt 14 kap 1§ SoL och fyra verksamheter lyfter att ett arbete behöver göras för att implementera rutinen.

Hälso- och sjukvård

Grupp- och servicebostäder har besvarat frågor kring hälso- och sjukvård. Rutin finns i samtliga grupp- och servicebostäder för att kontakta hälso- och sjukvård, inklusive habilitering och rehabilitering, utifrån den enskildes behov. Det finns lokala instruktioner för läkemedelshantering samt för basala hygienrutiner.

Krishantering

Samtliga verksamheter svarar att de har kontinuitets- och beredskapsplaner för agerande vid händelse av kris eller katastrof. Detta inkluderar till exempel mat/el/vattenförsörjning, evakuering av brukare samt att viktiga rutiner för enskilda brukare finns tillgängliga i fysisk form vid händelse av elavbrott.