

# **Bilaga 06**

## **Verksamhetsuppföljning**

### **Egen regi, 2021**

Stöd och service till  
personer med  
funktionsnedsättning

## Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning .....	2
Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2021 .....	2
Uppföljningsmetod .....	3
Dokumentationsgranskning .....	3
Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar .....	3
Uppföljning av enhetsmål .....	3
God kvalitet.....	4
Kvalitetsberättelse .....	5
Brukarundersökningar.....	5
Digital uppföljning och återkoppling .....	5
Förvaltningens samlade bedömning .....	6
Resultat av uppföljningen .....	9
<b>Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder .....</b>	<b>9</b>
<b>Drakenbergs gruppbo­städer .....</b>	<b>11</b>
<b>Lignagatans gruppbo­städer .....</b>	<b>12</b>
<b>Malmens grupp- och servicebostäder .....</b>	<b>14</b>
<b>Södermalms dagliga verksamhet .....</b>	<b>16</b>
<b>Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder .....</b>	<b>18</b>
<b>Söders korttidshem .....</b>	<b>19</b>
<b>Färgårdstorgets servicebostad .....</b>	<b>21</b>

## Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning

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

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

### Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2021

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal LSS-platser	Antal brukare från Södermalm
Egen regi	Hammarbyhamnens gruppbo­städer	Grupp- och servicebo­städer	17	17
Egen regi	Färgagårdstorgets servicebo­stad	Grupp- och servicebo­städer	8	8
Egen regi	Drakenbergs gruppbo­stad	Grupp- och servicebo­städer	5	5
Egen regi	Lignagatans gruppbo­städer	Grupp- och servicebo­städer	12	12
Egen regi	Malmens grupp- och servicebo­städer	Grupp- och servicebo­städer	32	32
Egen regi	Södermalms neuropsykiatriska servicebo­städer	Grupp- och servicebo­städer	21	21
Egen regi	Södermalms dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	62	32
Egen regi	Söders korttids	Korttidsverksamhet	25	1

## Uppföljningsmetod

Verksamhetsuppföljningen har innefattat följande moment:

### Dokumentationsgranskning

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

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

### Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar

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

### Uppföljning av enhetsmål

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

Följande enhetsmål avser samtliga uppföljda verksamheter:

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

- Vuxna lever ett självständigt liv fritt från våld.

### **God kvalitet**

Förvaltningen har utformat en enkät med frågor som utgår från de sex kvalitetsområden som tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och 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 grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

#### **Helhetssyn och samordning**

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

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet tas tillvara. En kunskapsbaserad verksamhet utvärderar och följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och grupperns behov. En central förutsättning för uppföljning av insatser i praktisk verksamhet är att det finns ett system för en systematisk och regelbunden uppföljning av insatserna som ges till enskilda utifrån deras behov. Resultat av insatser och måluppfyllelse dokumenteras på individnivå för att sedan lyfta det till verksamhetsnivå.

#### **Självbestämmande och integritet**

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

#### **Trygghet och säkerhet**

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

### Effektivitet

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

### Kvalitetsberättelse

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 bör verksamhet enligt SoL och LSS varje år upprätta en kvalitetsberättelse där det framgår hur man arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningen har begärt in kvalitetsberättelser från samtliga verksamheter avseende år 2020.

### Brukarundersökningar

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2020. Resultatet avseende år 2021 är i skrivande stund ännu inte publicerat för verksamheterna inom bostad med särskild service eller daglig verksamhet. Undersökningen har samordnats av stadsledningskontoret avseende deltagande i den nationella brukarundersökningen inom LSS.

### Digital uppföljning och återkoppling

På grund av den pågående pandemin orsakad av smittspridningen av Covid-19 och rådande restriktioner har förvaltningen inte genomfört några verksamhetsbesök hos LSS-verksamheterna under 2021. Istället har förvaltningen skickat ut samtliga enkäter och kompletterande frågor via e-post. Förvaltningen har även bokat in digitala uppföljningsmöten med respektive verksamhetsansvarig chef och samordnare. Återkoppling av resultatet till verksamheterna har även genomförts digitalt.

## Förvaltningens samlade bedömning

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

### Dokumentationsgranskning

Det finns genomförandeplaner i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna är generellt utformade utifrån ställda minimikrav. Genomförandeplanerna innehåller konkreta och mätbara mål och delmål. Målen har följts upp i hög utsträckning. Förvaltningen har även observerat en ökning av verksamheternas dokumentation utifrån resultat/effekt av insatser och utformade mål jämfört med föregående granskning.

Förvaltningen konstaterar att verksamheterna generellt har höjt kvaliteten när det gäller den sociala dokumentationen jämfört med förra årets uppföljning. Flera verksamheter har höjt kvaliteten när det gäller den löpande dokumentationen. Detsamma gäller avseende att konkretisera sina mål/delmål samt arbeta med uppföljningar och tydliggöra resultatet av dessa/måluppfyllelse.

Kvarstående utvecklingsområden är att i genomförandeplanerna notera metod/hur målen ska följas upp, uppdatera datum för uppföljningarna samt att i ännu högre utsträckning systematiskt följa upp mål och delmål och alltid dokumentera resultat/måluppfyllelse i de enskilda ärendena.

De uppföljda verksamheterna uppger att det pågår ett arbete för att ytterligare förbättra den sociala dokumentationen. I samtliga av de granskade ärendena förs regelbundna journalanteckningar vilket gör det möjligt att följa insatsernas genomförande.

Journalanteckningarna bedöms i stort vara väsentliga, tillräckliga och korrekta. Förvaltningens samlade bedömning är att dokumentationen i de allra flesta fall är gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### Resultat utifrån stadens uppdragsbeskrivningar

Förvaltningens samlade bedömning är att verksamheterna i stort uppfyller ställda krav enligt Stockholm stads uppdragsbeskrivningar för respektive verksamhetsområde.

En styrka som uppföljningen visat är att verksamheterna arbetar aktivt med rutiner och arbetssätt för det systematiska brandskyddsarbetet utifrån stadens riktlinjer. Vissa verksamheter använder även metoder för att anpassa information om brandskydd

till brukare. Ytterligare en styrka är att verksamheterna fortsätter att arbeta tillsammans med att utveckla sitt kvalitetsledningssystem i den utökade ledningsgruppen.

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

Ytterligare ett utvecklingsområde för flera av verksamheterna är att säkerställa tillgång till kontinuerlig extern handledning för all personal. Vissa verksamheter behöver även på ett tydligare sätt arbeta med att sammanställa behov av kompetensutveckling på verksamhetsnivå utifrån exempelvis målgruppens behov och tillgänglig beprövad kunskap.

Resultatet av uppföljningarna visar även att vissa verksamheter behöver utveckla sitt kvalitetsarbete avseende dokumentation och sammanställning av synpunkter och klagomål. Förvaltningen bedömer att det finns risker för att exempelvis muntliga synpunkter från brukare inte dokumenteras.

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheterna uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

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

#### **Helhetssyn och samordning**

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



Förvaltningen bedömer att arbetet med samordningen genom stöd- och servicepärlor är ett fungerande och väl förankrat arbetssätt men metoden kan generellt bli tydligare och mer enhetlig för samtliga verksamheter.

Ett generellt utvecklingsområde för verksamheterna är att implementera arbetssätt och rutiner i syfte att uppmärksamma brukares behov av samordning. Detta genom att exempelvis initiera samordnade individuella planer (SIP) med relevanta aktörer runt den enskilde.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Vissa verksamheter arbetar aktivt med att dokumentera resultatet av uppföljningen på individnivå men detta behöver generellt utvecklas för att resultat av uppföljningen ska kunna lyftas till verksamhetsnivå enligt intentionerna i SOSFS 2011:9. Verksamheterna behöver generellt utveckla sitt arbete med systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling. Detta trots att viss utveckling observerats inom vissa verksamheter.

#### **Självbestämmande och integritet**

Verksamheterna använder resultatet av stadens brukarundersökningar i sin kvalitetsutveckling och återkopplar resultatet till brukarna. Verksamheterna använder även beprövade metoder och hjälpmedel för att stärka brukarnas delaktighet. Verksamheternas registrering, sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål behöver fortsätta utvecklas för att uppfylla detta kvalitetsområde.

#### **Trygghet och säkerhet**

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

#### **Effektivitet**

Samtliga verksamheter uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Personal och resurser omfördelas mellan verksamheterna för att på bästa sätt möta individernas behov. Verksamheterna beställer även inventarier via stadens återvinningsportal. Under 2021 har vissa omorganisationer

genomförts i syfte att stärka samverkan mellan flera verksamheter och omfördela resurser mer effektivt. Exempelvis har tre verksamheter slagits ihop till en verksamhet med en och samma biträdande enhetschef.

### **Kvalitetsberättelse**

Samtliga verksamheter har lämnat in kvalitetsberättelser för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelserna i stort är utformade i enlighet med SOSFS 2011:9. Beskrivningen av resultat avseende genomförda egenkontroller och eventuella vidtagna åtgärder är ett generellt utvecklingsområde för flera av verksamheterna. Uppgifter avseende riskanalyser på verksamhetsnivå och personalens medverkan i kvalitetsutvecklingen kan även bli tydligare i beskrivningarna. Detsamma gäller beskrivningen av aktuella samverkansfrågor och specifika behov/utmaningar avseende samverkan.

## **Resultat av uppföljningen**

### **Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder**

#### **Dokumentationsgranskning**

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår dock inte alltid av de granskade ärendena huruvida målen har följts upp innan nya mål/genomförandeplaner har upprättats och det går inte i alla ärenden att utläsa resultat/måluppfyllelse. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan är inte alltid uppdaterat.

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

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

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

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till 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 2020. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen i stort uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### **Brukarundersökning 2020**

Resultatet av undersökningen i gruppstäderna visar en positiv andel på 70 procent avseende trivsel. Detta jämfört med stadens

resultat på 82 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 91 procent.

### **Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 12 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 23 november via Skype.

## **Drakenbergs gruppboväder**

### **Dokumentationsgranskning**

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

Mål och delmål i genomförandeplanerna bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Målen har till viss del följts upp och detsamma gäller möjligheten att kunna utläsa resultat/måluppfyllelse. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplaner är inte alltid uppdaterat.

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

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

### Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

### Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

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

### Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Effektivitet.

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### **Brugarundersökning 2020**

Verksamheten saknar eget resultat av brukarundersökningen år 2020 på grund av låg svarsfrekvens.

### **Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 13 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 23 november via Skype.

### **Lignagatans gruppboväder**

#### **Dokumentationsgranskning**

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

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppfoljningsbara. Det framgår i två av de granskade ärendena att målen till viss del har följts upp i enlighet med genomförandeplanen. Det går inte att utläsa resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan är inte alltid uppdaterat.

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

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

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

### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

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

### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Effektivitet.**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

### **Brukarundersökning 2020**

Verksamheten saknar eget resultat av brukarundersökningen år 2020. Detta på grund av att det tillgängliga resultatet inte är redovisat specifikt för Lignagatan 16 och Lignagatan 10 utan även inbegriper annan boendeenhet som tillhörde en tidigare organisation.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2021.

Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### **Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 13 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 23 november via Skype.

### **Malmens grupp- och servicebostäder**

#### **Dokumentationsgranskning**

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår av ärendena att målen har följts upp i enlighet med genomförandeplanerna. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan har dock inte alltid uppdaterats.

Resultat av uppföljningen kan bli tydligare i fyra av de granskade ärendena.

Att dokumentera *hur* målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att uppdatera datum och förtydliga dokumentationen gällande måluppfyllelsen/resultatet av den kontinuerliga och systematiska uppföljningen så att detta alltid kan utläsas och följas även i journalen.

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

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

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

#### **Självbestämmande och integritet**

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



### Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen i stort uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### **Brukarundersökning 2020**

Resultatet av undersökningen för gruppbestadsdelen inom Malmen visar en positiv andel på 78 procent avseende trivsel. För servicebestadsdelen visar resultatet en positiv andel på 60 procent. Detta jämfört med stadens resultat på 82 procent avseende gruppbestäder och 71 procent avseende servicebestäder. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 86 procent i gruppbestäderna och 100 procent i servicebestaden.

### **Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 21 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 16 november via Skype.

### **Södermalms dagliga verksamhet**

#### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för 14 brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller ställda minimikrav till alla delar utom att det 12 fall saknas en beskrivning av ”hur” målen i genomförandeplanerna ska följas upp.

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

Att i alla ärenden dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att dokumentationen gällande måluppfyllelse/resultat kan bli ännu tydligare och alltid även kunna utläsas i journalen.

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

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

Vidare är ett utvecklingsområde att implementera arbetssätt för kommunikationsanpassning utifrån målgruppens behov. Ett exempel är Alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla samarbetet med externa aktörer såsom föreningslivet, stadens Jobbtorg och iWork. Detta i syfte att erbjuda stöd till brukare som har förmåga och intresse att närma sig arbetsmarknaden på kort eller på lång sikt. Ytterligare ett utvecklingsområde för verksamheten är att fortsatt utveckla rutiner och arbetssätt för att uppmärksamma brukare i behov av samordnade individuella planer (SIP).

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

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

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2020. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### Brugarundersökning 2020

Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 82 procent avseende trivsel. Detta jämfört med stadens resultat på 85 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 73 procent.

### Uppföljning och återkoppling

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

## Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder

### Dokumentationsgranskning

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med genomförandeplanerna och det går i hög utsträckning att utläsa resultat/måluppfyllelse i samtliga ärenden. Kan dock bli ännu tydligare så att måluppfyllelse även alltid kan följas i journalen. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan är inte alltid fullt ut uppdaterat.

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

### Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2020. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

#### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020.

Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### **Brukarundersökning 2020**

Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 63 procent avseende trivsel. Detta jämfört med stadens resultat på 71 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 76 procent. Resultatet av undersökningen 2020 är ännu inte publicerat.

### **Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 21 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 29 november via Skype.

### **Söders korttidshem**

#### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena.

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Målen har följts upp i enlighet med genomförandeplanerna och resultat/måluppfyllelse från uppföljningarna har till viss del dokumenterats. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan är inte alltid uppdaterat.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att uppdatera datum och att dokumentera resultatet av den kontinuerliga och systematiska uppföljningen så att så att detta kan följas i journalen.

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde utifrån resultatet av brukarundersökningen är att arbeta med brukarnas delaktighet i planering av deras genomförandeplan.

### Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Verksamheten har inte haft några rapporter sedan föregående verksamhetsuppföljning år 2020. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen i stort uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

### Brukarundersökning 2020

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

### Uppföljning och återkoppling

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 28 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 23 november via Skype.

## Färgagårdstorgets servicebostad

### Dokumentationsgranskning

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och mätbara/uppföljningsbara. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med genomförandeplanerna och det går till stor del att utläsa resultat/måluppfyllelse. Resultatet är dock inte alltid överfört till journalen. Datum för uppföljning av mål och genomförandeplan är inte alltid uppdaterat.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att uppdatera datum och förtydliga dokumentationen gällande måluppfyllelsen/resultatet av

den kontinuerliga och systematiska uppföljningen så att detta alltid kan utläsas och följas även i journalen.

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

### **Uppföljning av enhetsmål**

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga av sina enhetsmål.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller till Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Ett utvecklingsområde är att utveckla dokumentationen av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå. Vidare behöver verksamheten även utveckla sitt arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

#### **Självbestämmande och integritet**

Verksamheten behöver utveckla arbetssätt som bidrar till att flera brukare deltar i stadens brukarundersökning. Detta i syfte att stärka brukarnas delaktighet i verksamheten samt bidra till verksamhetsutvecklingen

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2020.

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

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2020. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelsen i stort uppfyller ställda krav enligt SOSFS 2011:9.

**Brukarundersökning 2020**

Verksamheten saknar eget resultat av brukarundersökningen år 2020. Detta på grund av låg svarsfrekvens.

**Uppföljning och återkoppling**

Förvaltningens uppföljare har haft ett digitalt uppföljningsmöte tillsammans med ansvariga för verksamheten. Mötet genomfördes den 26 oktober via Skype. Resultatet av verksamhetsuppföljningen har återkopplats till verksamhetsansvariga den 23 november via Skype.

---