



Stockholms
stad

Uppföljning av verksamheternas kvalitet 2025

Avdelningen för funktionsnedsättning
och socialpsykiatri

Innehåll

Inledning	2
Bakgrund	3
Uppföljningsmetod	3
Resultat och samlad bedömning	4
<i>Hägersten-Älvsjös grupp- och servicebostäder</i>	<i>4</i>
<i>Hägersten-Älvsjös dagliga verksamheter 2</i>	<i>7</i>
<i>Enheten Glasade gången</i>	<i>9</i>
<i>Stöd- och aktivitetsenheten</i>	<i>11</i>

Inledning

Förvaltningen har genomfört uppföljning av utförarverksamheter i egen regi som bedrivs inom omsorg för personer med funktionsnedsättning enligt LSS och SoL. Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar och författningar utifrån de, av staden framtagna uppdragsbeskrivningar, samt av Socialstyrelsens fastställda kriterier för kvalitet.

Uppföljning av verksamheter inom omsorg för personer med funktionsnedsättning enligt LSS och SoL är en del i att kvalitetssäkra insatserna till den enskilde och säkerställa att verksamheten bedrivs med den enskildes behov i fokus. Genom uppföljningen får verksamheterna kunskap om utvecklingsområden, styrkor och svagheter för att styra mot arbetssätt och insatser som har hög kvalitet.

Bakgrund

Stadsdelsnämnderna ansvarar för verksamheter i kommunal regi och på entreprenad efter upphandling enligt lag om offentlig upphandling (LOU). Enligt kommunallagen är kommunen skyldig att följa upp all biståndsbedömd verksamhet oavsett regiform. Inom Hägersten-Älvsjös stadsdelsnämnd finns det sedan februari 2026 inga verksamheter som bedrivs på entreprenad.

Inom Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd bedrivs verksamheter inom LSS och SoL i egen regi inom:

- Grupp- och servicebostäder enligt LSS och SoL
- Stödboende enligt SoL
- Daglig verksamhet enligt LSS
- Personlig assistans
- Boendestöd
- Sysselsättning enligt SoL
- Ledsagar- och avlösarservice

Socialnämnden ansvarar för verksamheter i enskild regi efter upphandling enligt lag om valfrihetssystem (LOV).

Uppföljningsmetod

Under 2025 har följande verksamheter följts upp:

Hägersten-Älvsjös grupp- och servicebostäder:

- Marieviks gruppboende
- Sjöholmens gruppboende
- Armborstvägens gruppboende

Hägersten-Älvsjö dagliga verksamheter 2:

- Växtverket park- och kontorsservice daglig verksamhet

Enheten Glasade gången:

- Café glasade gården

Stöd- och aktivitetsenheten:

- Triangelns gruppboende

Uppföljning har genomförts genom intervjuer med berörda enhetschefer. I vissa fall har även medarbetare med särskilt ansvar i verksamheten, exempelvis arbetsledare eller biträdande enhetschef (enligt tidigare chefsstruktur) deltagit i uppföljningen.

Uppföljningen har bestått av verksamhetens egen beskrivning av arbetssätt och metoder, granskning av rutiner och dokument samt stickprovsgranskning av dokumentation i ärenden.

Vid identifierade brister och avvikelser har utföraren ansvar för att vidta åtgärder inom fastställd tid. Tidsaspekten för åtgärder har bedömts utifrån allvarlighetsgraden i bristerna.

Resultat och samlad bedömning

Hägersten-Älvsjös grupp- och servicebostäder

Verksamheter som ingått i uppföljningen:

- **Marieviks gruppbostad**
Enhetschef: Cia Bergström
- **Sjöholmens gruppbostad**
Vik. Enhetschef: Emelie Sissokho Turner
- **Armborstvägens gruppbostad**
Vik. Enhetschef: Cia Bergström

Områdeschef: Lena Bölander

Adress: Elsa Brändströmsgata 66

Regiform: Egen regi

Antal kunder från Stockholm:

6 Marieviks gruppbostad

4 Sjöholmens gruppbostad

6 Armborstvägens gruppbostad

Till grund för denna bedömning ligger verksamhetsbesök som genomfördes 2025-04-04 (Marievik), 2025-09-25 (Sjöholmen) och 2025-12-08 (Armborstvägen).

Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att en av tre verksamheter sammantaget uppfyller de krav som ställs och bedöms därmed ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en verksamhet med god kvalitet utifrån den enskildes behov. Två verksamheter bedöms delvis uppfylla kraven och behöver vidta åtgärder för att uppfylla de krav som ställs. En del av åtgärderna behöver dock genomföras på områdesnivå.

Kompetens

I en av verksamheterna har 100% av baspersonalen adekvat utbildning och två anställda går vidareutbildning till stödpedagog. I de andra två verksamheterna genomgår de som ännu inte har adekvat utbildning för närvarande valideringsutbildning för att få titel stödassistent. Områdets verksamheter är certifierade i Pedagogiska ramverket och verksamheterna säkerställer att ny personal genomgår utbildningen. Pedagogiska ramverket är en grundutbildning som täcker bland annat uppdraget inom LSS, olika funktionsnedsättningar, lågaffektivt bemötande, kartläggning och tydliggörande pedagogik och kommunikation. Utbildning i HLR, första hjälpen och brandsäkerhet ges med visst intervall. För att säkra och upprätthålla kompetensen behöver samtliga verksamheter ta fram eller förtydliga sina lokala kompetensutvecklingsplaner.

Verksamhetens innehåll, tillgänglighet och delaktighet

För att säkerställa att insatsen utförs utifrån den enskildes behov utgår verksamheterna från individens genomförandeplan.

Verksamheterna använder även områdets egenutvecklade material "Mitt behov av stöd och service" där den enskildes önskemål om hur insatsen utförs framgår samt hur den enskilde vill bli bemött. Materialet bygger på en kartläggning med den enskilde och syftar till att öka brukarmakten. Materialet finns tillgängligt för personal både i den enskildes lägenhet samt i personalens utrymme. Den används även vid introduktion av nyanställda och vikarier.

För att främja den enskildes delaktighet i samhället samt främja god hälsa erbjuds aktiviteter utifrån den enskildes intresse och önskemål. Stödpersonerna ansvarar för att bevaka och erbjuda sådant som den enskilde gillar och kan ha intresse för. I verksamheterna finns även fritidsombud vars uppdrag är att samla och förmedla information om olika aktiviteter. Fritidsombuden ses regelbundet för erfarenhetsutbyte och inspiration.

Verksamheterna diskuterar bemötandefrågor på personalmöten och arbetsplatsträffar och verksamheterna har tillgång till regelbunden extern handledning. Personalen motiverar den enskilde att motionera och välja en näringsriktig kost. Matlagning och planering av inköp sker individuellt i brukarnas lägenheter och det finns anpassade "appar" som visar bra och hälsosamma recept. Verksamheterna arbetar med att motivera och ge bra alternativ utan att arbeta med begränsningar.

Verksamheterna uppmuntrar till användande av digital teknik genom att erhålla digital utrustning vid behov samt att använda tekniken när det är lämpligt och kan underlätta, exempelvis vid inköp av mat. Vidare deltar personal i DigiJag som är pilotprojekt genom socialförvaltningen. Det är ett slags personligt skrivbord med varje enskild brukares digitala favoritplatser.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna har ett framtaget ledningssystem som med identifierade huvudprocesser. Arbete pågår med att lyfta in befintligt ledningssystem i kvalitetsledningssystemet 2c8 och introducera personal i detta. Riskanalyser genomförs på verksamhetsnivå och på individnivå och sker enligt årshjul samt vid behov.

Avvikelser och synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas lokalt, men inte alltid enligt stadsdelens rutin. I två av verksamheterna framkommer en otydlighet gällande rutiner för olika typer av avvikelser samt för synpunkter och klagomål.

Det framkommer även att det saknas ett enhetligt arbetssätt och system i ledningsgruppen för hur och var inkomna rapporter om synpunkter och klagomål, avvikelser och Lex Sarah hanteras, sparas och sammanställs/analyseras.

Egenkontroller genomförs enligt stadsdelens årshjul, t.ex. brand och arbetsmiljö men verksamhetsuppföljningen visar att verksamheterna/området saknar en övergripande skriftlig lokal rutin eller plan för egenkontroller.

Området behöver åtgärda

För att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet behöver området tydliggöra rutiner för avvikelshantering såväl i ledningsgrupp som i verksamheterna och en lokal rutin eller plan för egenkontroller behöver tas fram.

Åtgärder som behöver vidtas innefattar även framtagande eller förtydligande gällande rutiner för kontinuitet och minimering av personal, hur ny personal presenteras för den enskilde samt hur man arbetar för att minimera användning av skydds- och begränsningsåtgärder. Verksamheterna redogör för hur samverkan sker men behöver förtydliga sina skriftliga rutiner rörande samverkan internt och externt samt med anhöriga. Området behöver även ta fram en rutin för hantering av personakter.

I en av verksamheterna bedöms det finnas brister i den sociala dokumentationen som behöver stärkas. Samma verksamhet har under året haft inspektion från Brandförsvaret och behöver återkoppla vidtagna åtgärder dit.

Ett bifynd i samband med uppföljningen är att introduktion av enhetschef behöver stärkas.

Arbetet med åtgärder har påbörjats av utföraren och kommer att följas upp under året.

Hägersten-Älvsjös dagliga verksamheter 2

Verksamhet som ingått i uppföljningen:

- Växtverket park- och kontorsservice daglig verksamhet

Enhetschef: Helena Hallgren

Adress: Dialoggatan 16

Regiform: Egen regi

Antal kunder från Stockholm:

5

Till grund för denna bedömning ligger verksamhetsbesök som genomfördes 2025-11-20.

Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att verksamheten sammantaget uppfyller de krav som ställs och bedöms därmed ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en verksamhet med god kvalitet utifrån den enskildes behov.

Kompetens

Samtlig baspersonal bedöms ha adekvat utbildning i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift. Verksamheten har en framtagen kompetensutvecklingsplan och personal har gått utbildning i HLR, första hjälpen och brandsäkerhet.

Verksamhetens innehåll, tillgänglighet och delaktighet

Växtverkets inriktning är vaktmästarliknande arbete i förvaltningshuset. Verksamheten arbetar utifrån uppdrag och genomförandeplan och har individuella uppföljningsmöten halvårsvis eller vid behov. Det Pedagogiska ramverket ligger som grund för uppdrag, bemötande och metod. I det ingår bland annat metoderna lågaffektivt bemötande (LAB), alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) samt bildstöd. Verksamheten arbetar med kartläggning och deltagarnära rutiner. Tillsammans har deltagare och personal dagliga jobbmöten/morgonmöten. När förfrågningar kommer in från förvaltningshuset har deltagarna fått ta ställning till frågan och på så vis utöva inflytande.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten har ett framtaget ledningssystem med identifierade huvudprocesser. Det finns framtagna rutiner för samverkan såväl internt som externt. Riskanalyser genomförs på verksamhetsnivå och på individnivå och sker enligt årshjul samt vid behov. Det finns rutiner för egenkontroller och egenkontrollerna är genomförda enligt rutin. Det finns även ett årshjul och en aktivitetsplan för stödperson. Rutiner för avvikelser finns och är

kända av personal, men det saknas underlag för att arbeta systematiskt. Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav.

Verksamheten behöver åtgärda

Då verksamheten bedöms hålla en god nivå gällande rutiner och ordning är åtgärderna formulerade som förslag för att ytterligare stärka förutsättningarna och öka kvaliteten i verksamheten. Då det inte inkommit några synpunkter, klagomål eller avvikelser under året föreslås att verksamheten arbetar för att öka kunskap om synpunkter och klagomål samt avvikelser i verksamheten. Vidare kan insatser göras för att öka kvaliteten gällande social dokumentationen, då det framkom några mindre brister vid uppföljningen.

En rutin för tillgänglighet bör upprättas. Arbetet med åtgärder har påbörjats av utföraren och kommer att följas upp under året.

Enheten Glasade gången

Verksamhet som ingått i uppföljningen:

- Glasade gården

Enhetschef: Cecilia Kronberg-Book

Adress: Scheelegatan 7

Regiform: Egen regi

Antal kunder från Stockholm:

Glasade gården 8 (totalt 106)

Till grund för denna bedömning ligger verksamhetsbesök som genomfördes 2025-03-26.

Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att verksamheten sammantaget uppfyller de krav som ställs och bedöms därmed ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en verksamhet med god kvalitet utifrån den enskildes behov.

Kompetens

Inom verksamheten har minst 80% av baspersonalen adekvat utbildning. Enheten är certifierad i Pedagogiska ramverket och verksamheten säkerställer även att ny personal genomgår utbildningen. Verksamheten har återkommande interna utbildningar kring olika teman och har en framtagen kompetensutvecklingsplan. Utbildning i HLR, första hjälpen och brandsäkerhet ges genom extern utbildare med treårsintervall. Verksamheten har också en värdefull resurs genom en medarbetare som är arbetsterapeut.

Verksamhetens innehåll, tillgänglighet och delaktighet

Glasade gården är en caféverksamhet i Rådhuset.

Verksamheten utgår från den enskildes genomförandeplan där varje deltagare har ett tydligt arbetsinriktat mål. Genom underlag, kartläggning och möten kartläggs och synliggörs den enskildes förmågor. Maskiner och arbetsmoment anpassas utifrån den enskildes behov och önskemål. Verksamheten uppmuntrar till användande av digital teknik genom digital utrustning som inlästa mötesanteckningar, recept på Ipads, QR-koder på maskiner och programmerade köksmaskiner.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten har ett framtaget ledningssystem med identifierade huvudprocesser. Rutiner för egenkontroller finns och regelbundna egenkontroller genomförs och följs upp i verksamheten.

Dokumentation av resultat av egenkontroller finns och används för att utveckla verksamheten. Verksamheten kan redogöra för hur samverkan sker, både internt och externt. Riskanalyser görs minst

en gång per år, i samband med att ny deltagare börjar samt vid förändringar under året som påkallar uppdatering. Synpunkter och klagomål, avvikelser och Lex Sarah-rapporter sammanställs i ILS vid tertialrapporteringar och bokslut. Verksamheten har rutiner för social dokumentation och genomför löpande kontroller av dokumentationen.

Verksamheten behöver åtgärda

Då verksamheten bedöms hålla en god nivå gällande rutiner och ordning är åtgärderna formulerade som förslag för att ytterligare stärka förutsättningarna och öka kvaliteten i verksamheten. Rutin för extern handledning och rutin för tillgänglighet (utifrån tillgänglighetsprogrammet) bör upprättas.

Arbetet med åtgärder har påbörjats av utföraren och kommer att följas upp under året.

Stöd- och aktivitetsenheten

Verksamheter som ingått i uppföljningen:

- Triangelns gruppbostad

Enhetschef: Marie Aggesund-Karlsson

(Nuvarande enhetschef Martin Pietsch tillträdde den 1 april.)

Adress: Lövholmsvägen 27

Regiform: Egen regi

Antal kunder från Stockholm:

10

Till grund för denna bedömning ligger verksamhetsbesök som genomfördes 2025-03-18.

Sammanfattande bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att verksamheten till stor del följer kraven i lagar och föreskrifter men bör komma till rätta med identifierade brister och utvecklingsområden för att ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en verksamhet med god kvalitet utifrån den enskildes behov.

Kompetens

Samtlig baspersonal bedöms ha adekvat utbildning i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift. Personalen använder metoder som Ett självständigt liv (ESL), Motiverande samtal (MI) och lågaffektivt bemötande för att styrka och stärka den enskildes självständighet. För att säkra och upprätthålla kompetens har verksamheten en kompetensutvecklingsplan.

Verksamhetens innehåll, tillgänglighet och delaktighet

För att säkerställa att insatsen utförs utifrån den enskildes behov utgår verksamheten från individens genomförandeplan.

Verksamheten arbetar med bemötande genom regelbunden dialog och har en bemötandepolicy som omfattar diskrimineringsgrunderna. Verksamheten analyserar resultatet från brukarundersökningen och vidtar åtgärder utifrån det.

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna har identifierat sina huvudprocesser och personalens delaktighet i kvalitetsarbetet är tydliggjord. Rutin för riskanalyser finns och riskanalyser är genomförda enligt rutin. Synpunkter och klagomål, avvikelser och Lex Sarah-rapporter sammanställs i ILS.

Rutiner för egenkontroller finns och regelbundna egenkontroller genomförs och följs upp i verksamheten. Dokumentation av resultat av egenkontroller finns och används för att utveckla verksamheten.

Verksamheten har rutiner för social dokumentation och genomför kontroller av löpande dokumentation. Verksamheterna behöver dock utveckla några rutiner, exempelvis för samverkan och arbetet med systematiskt brandskyddsarbete behöver tydliggöras och nedtecknas.

Verksamheten behöver åtgärda

För att stärka verksamhetens systematiska kvalitetsarbete behöver verksamheten ta fram en rutin för extern handledning och en beskrivning av enhetens värdegrundsarbete. Den befintliga rutinen som omfattar såväl intern som extern samverkan behöver kompletteras med rutiner för tvärprofessionella team-möten.

Vidare behöver verksamheten säkerställa sitt systematiska brandskyddsarbete. Struktur, ansvarsfördelning och frekvens för utbildning av personal behöver tydliggöras och handlingsplan behöver uppdateras och anpassas efter lokalen.

Arbetet med åtgärder har påbörjats av utföraren och åtgärderna kommer att följas upp under året.