

# **Bilaga 06**

## **Verksamhetsuppföljning entreprenader**

Stöd och service till  
personer med  
funktionsnedsättning

## Innehåll

Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning .....	2
Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under våren 2019 .....	2
Uppföljningsmetod .....	2
Dokumentationsgranskning .....	2
Avtalsuppföljning .....	3
Uppföljning utifrån stadens valfrihetssystem .....	3
God kvalitet .....	3
Kvalitetsberättelse .....	4
Brukarundersökningar .....	4
Verksamhetsbesök .....	5
Återkoppling .....	5
Förvaltningens samlade bedömning .....	5
Resultat av uppföljningen .....	8
<b>Hammarby dagliga verksamhet</b> .....	8
<b>Danvikstulls dagliga verksamhet</b> .....	10
<b>Reimersholmes servicebostäder</b> .....	12
<b>Tantolundens grupp- och servicebostäder</b> .....	14
<b>Södermalms grupp- och servicebostäder</b> .....	16
<b>Teckentullens dagliga verksamhet</b> .....	18

## 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 våren 2019

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal platser	Könsfördelning (%)		Antal brukare från Södermalm
				Kvinnor	Män	
Frösunda Omsorg AB	Hammarby dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	47	34	66	14
Frösunda Omsorg AB	Danvikstulls dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	26	50	50	7
Olivia omsorg AB	Reimersholmes servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	21	42	58	21
Olivia omsorg AB	Tantolundens gruppbo- städer	Grupp- och servicebostäder	15	73	27	15
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Södermalms grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	25	44	56	25
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Teckentullens dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	14	55	45	7

### 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 genomförandeplaner 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 genomförandeplanen är aktuell och komplett (uppfyller ställda minimikrav), om den innehåller specifika och mätbara mål samt om målen följts upp och resultaten/måluppfyllelsen dokumenterats.

### **Avtalsuppföljning**

Förvaltningen har utformat en enkät med frågor till utförarna. Frågorna fokuserar på hur verksamheterna säkerställer att de uppfyller sina åtaganden om mervärde. Kompletterande frågor har ställts i samband med verksamhetsbesök och återkoppling.

### **Uppföljning utifrån stadens valfrihetssystem**

Stockholms stad har tagit fram stadsgemensamma uppföljningsmallar för att säkerställa att alla utförare som ingår i stadens valfrihetssystem uppfyller ställda krav. Förvaltningen har utformat frågor till entreprenadverksamheterna utifrån dessa stadsgemensamma krav. Frågorna har fokuserat på bland annat bemanning, kompetens, rutiner för inflyttning, anhörigstöd och hjälpmedel.

### **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 Landsting (SKL) för öppna jämförelser inom socialtjänstens områden. Kvalitetsbegreppet inom SoL och LSS innefattar följande aspekter:

#### **Tillgänglighet**

Tillgänglighet innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

### Helhetssyn och samordning

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

### Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet tas tillvara. En kunskapsbaserad verksamhet utvärderar och följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och grupper 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 2018.

### Brukarundersökningar

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2018. Inom bostad med särskild service har brukarundersökningen genomförts med hjälp av verktyget Pict-O-Stat och ingår därmed i nationella brukarundersökningen.

### **Verksamhetsbesök**

Förvaltningen har besökt de olika verksamheterna för att träffa medarbetare och brukare samt för ömsesidigt informationsutbyte. Kompletterande frågor om kvalitetsområdena och avtalskrav har ställts till verksamheterna i samband med besöket.

### **Återkoppling**

Förvaltningen har träffat varje utförare för att redovisa resultatet av uppföljningarna. Förvaltningen har även haft en dialog med verksamheterna avseende deras fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbete.

### **Förvaltningens samlade bedömning**

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

### **Dokumentationsgranskning**

Det finns genomförandeplaner i de allra flesta granskade ärendena. De flesta planer är utformade utifrån ställda minimikrav. Genomförandeplanerna innehåller i relativt hög utsträckning konkreta och mätbara mål och delmål. Däremot saknas i vissa fall dokumenterad uppgift om uppföljning och beskrivning av resultatet/effekten av de olika insatserna.

Förvaltningen konstaterar att verksamheterna generellt har höjt kvaliteten när det gäller den sociala dokumentationen gentemot förra årets uppföljning. Kvarstående utvecklingsområden är i huvudsak att systematiskt följa upp mål och delmål samt att alltid dokumentera resultat/måluppfyllelse i de enskilda ärendena. Samtliga verksamheter uppger att det pågår ett arbete för att ytterligare förbättra den sociala dokumentationen. I alla de granskade ärendena förs regelbundna journalanteckningar vilket gör det möjligt att följa ärendena. Journalanteckningarna bedöms i stort vara väsentliga, tillräckliga och korrekta. Förvaltningens samlade bedömning är att dokumentationen i de flesta fall är gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

### **Avtalsuppföljning**

Förvaltningens samlade bedömning är att verksamheterna uppfyller sina åtaganden om mervärde. Förvaltningen ser generellt en utveckling sedan föregående verksamhetsuppföljning. Verksamheterna har även redovisat hur de planerar sitt fortsatta arbete för att vidare utveckla metoder och arbetssätt som bidrar till en fortsatt uppfyllelse av åtagandena.

### **Uppföljning utifrån stadens valfrihetssystem**

Generellt uppfyller de uppföljda verksamheterna stadens ställda baskrav för valfrihetssystemet. Ett generellt utvecklingsområde som identifierades är att verksamheterna saknar rutiner kring att uppmärksamma anhöriga som behöver stöd för egen del. Verksamheterna saknar även kunskap om stadens stöd till anhöriga. Förvaltningen anordnade utifrån detta en informationsträff med stadsdelens anhörigkonsulent i maj 2019 för att sprida information om stadens program för stöd till anhöriga 2017 – 2020.

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Samtliga verksamheter uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Alla verksamheter har skriftliga rutiner för samordning av insatser kring enskilda med behov av flera insatser. Förvaltningen bedömer att verksamheterna redovisat konkreta exempel på hur de arbetar med samordning tillsammans med andra verksamheter och aktörer. Behovet av samordning skiljer sig mellan verksamheterna. I verksamheter där brukare har behov av stöd från flera aktörer används rutiner och arbetssätt utifrån behov och på ett adekvat sätt.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Arbetet med att förebygga och upptäcka våld samt hur stöd ges till våldsutsatta personer behöver förbättras för att uppnå ställda kvalitetskriterier. Jämfört med föregående uppföljning av entreprenadverksamheter har en viss utveckling avseende detta observerats. Flera verksamheter har i år börjat arbeta med att implementera målgruppsanpassade metoder som exempelvis gruppssamtal genom modellen ”Viktig intressant person (VIP)”. Verksamheterna har även börjat erbjuda utbildningsinsatser för att öka medarbetarnas kunskap om våld i nära relation.

Ett utvecklingsområde för flertalet av de uppföljda verksamheterna är att först dokumentera resultaten av uppföljningar på individnivå och därefter sammanställa dessa på gruppnivå. Detta är en förutsättning för att kunna säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

#### **Självbestämmande och integritet**

Verksamheterna använder resultatet av stadens brukarundersökningar i utvecklingen av verksamheten och återkopplar resultatet till brukarna. Uppföljningen visar också att de verksamheter som deltagit i den nationella brukarundersökningen med verktyget Pict-O-Stat bedömer att undersökningen har en högre

validitet. Detta har i sin tur bidragit till att resultatet blivit mer användbart för dem. Emellertid bedömer förvaltningen att verksamheterna kan vidareutveckla och konkretisera sina metoder för att systematiskt arbeta med undersökningens resultat och identifiera utvecklingsområden och styrkor.

Förvaltningen bedömer att verksamheterna använder beprövade metoder och hjälpmedel för att stärka brukarnas delaktighet på både individ- och verksamhetsnivå. Att utveckla arbetssätt som främjar delaktighet i kommunikationen som exempelvis Alternativt kompletterande kommunikation (AKK) är ett generellt utvecklingsområde.

Verksamheternas registrering, sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål har utvecklats sedan föregående verksamhetsuppföljning men detta är ett fortsatt utvecklingsområde.

#### **Trygghet och säkerhet**

Verksamheterna har rutiner för att ta emot rapporter om missförhållanden/risk för missförhållande enligt lex Sarah. De allra flesta verksamheterna har sedan föregående verksamhetsuppföljning uppmärksammat missförhållanden/risker för missförhållanden. Detta bedömer förvaltningen är tecken på att verksamheterna börjat arbeta mer aktivt med ”Trygghet och säkerhet”.

#### **Effektivitet**

Samtliga verksamheter uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheterna har lämnat in kvalitetsberättelser avseende år 2018. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelserna är utformade i enlighet med SOSFS 2011:9.

#### **Jämställdhetsanalys**

Totalt är 51,4 procent av brukarna i samtliga uppföljda verksamheter kvinnor och resterande andel män. Den verksamheten med högst andel kvinnor har 80 procent och den med lägst 20 procent. Förvaltningen har jämfört statistik avseende andel kvinnliga brukare i verksamheten och verksamheternas helårsanställningar. Detta i syfte att analysera huruvida det finns några skillnader avseende bemanningstäthet i kvinnligt respektive manligt dominerade verksamheter. Resultatet av denna sammanställning visar inte några generella skillnader mellan



parametrarna. Den högre respektive lägre bemanningen i varje enskild verksamhet kan istället härledas till andra faktorer såsom målgruppens behov och Socialförvaltningens nivåbedömningar.

Uppföljningen visar inte heller på några skillnader mellan parametrarna *god kvalitet* och *könsfördelning*. Den förstnämnda är generellt beroende på entreprenörens arbete på verksamhetsövergripande nivå. En viktig aspekt för fortsatt analys är huruvida verksamheterna arbetar med könsuppdelad statistik i sin systematiska kvalitetsuppföljning och hur kvaliteten inom respektive verksamhet utvecklas mot bakgrund av det. Uppföljningen visar att verksamheterna i högre utsträckning behöver redovisa resultatet av den systematiska uppföljningen på verksamhetsnivå könsuppdelat.

Vid dokumentationsgranskningen har urvalet av individakter bestått av hälften akter tillhörande män och hälften akter tillhörande kvinnor. Resultatet har inte visat på några skillnader mellan könen avseende kvalitet i den sociala dokumentationen.

## **Resultat av uppföljningen**

### **Hammarby dagliga verksamhet**

#### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller i stort ställda minimikrav. Genomförandeplanerna har följts upp innan ny upprättats.

Att konkretisera mål och delmål så att det blir mer mät- och uppföljningsbara är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att dokumentera resultatet av den systematiska uppföljningen/måluppfyllelse.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de fem granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Dokumentationen bedöms vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

#### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande två åtaganden om mervärde:

- Tydlig struktur för arbetet och processen som involverar arbetsterapeut och arbetskonsulent samt genom att mätbara mål ställs upp för arbetet.

*Förvaltningen bedömer att Frösunda Omsorg uppfyller åtagandet*

- Tydlig struktur i värdegrundsarbetet med kontinuerlig uppföljning, genom att tid avsätts vid varje APT och genom att värderingsledare utses. Vidare görs individuell planering och bedömning av varje personals förhållningssätt och beteende.

*Förvaltningen bedömer att Frösunda Omsorg uppfyller åtagandet*

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå.
- 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 har förbättrat sitt arbete med att registrera, sammanställa och analysera synpunkter och klagomål.

Förvaltningen bedömer dock att verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetsätt och metoder för att ge alla brukare möjlighet till inflytande och delaktighet.

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning våren 2018. Förvaltningen bedömer att avsaknaden av rapporter enligt lex Sarah kan bero på

att bestämmelserna enligt lex Sarah inte är förankrade i verksamheten.

#### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

#### Brucarundersökning 2018

Index nöjdhet för verksamheten redovisar en positiv andel på 91 procent. Svarsfrekvensen var 52 procent. För staden totalt var den positiva andelen 92 procent i daglig verksamhet.

#### Ekonomisk seriositet

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

#### Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 29 april 2019.

#### Danvikstulls dagliga verksamhet

##### Dokumentationsgranskning

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och därmed uppföljnings- och mätbara. Genomförandeplanerna har följts upp innan ny upprättats och det går till stor del att utläsa resultatet/ måluppfyllelsen av uppföljningarna.

Att dokumentera *hur* uppföljningen av mål/delmål ska göras är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Dokumentationen bedöms vara

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

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande två åtaganden om mervärde:

- Tydlig struktur för arbetet och processen som involverar arbetsterapeut och arbetskonsulent samt genom att mätbara mål ställs upp för arbetet.

*Förvaltningen bedömer att Frösunda Omsorg uppfyller åtagandet*

- Tydlig struktur i värdegrundsarbetet med kontinuerlig uppföljning, genom att tid avsätts vid varje APT och genom att värderingsledare utses. Vidare görs individuell planering och bedömning av varje personals förhållningssätt och beteende.

*Förvaltningen bedömer att Frösunda Omsorg uppfyller åtagandet*

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

### **Brukarundersökning 2018**

Index nöjdhet för verksamheten redovisar en positiv andel på 92 procent. Svarsfrekvensen var 68 procent. För staden totalt var den positiva andelen 92 procent i daglig verksamhet.

### **Ekonomisk seriositet**

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

### **Verksamhetsbesök**

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 7 maj 2019.

### **Reimersholmes servicebostäder**

#### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i fyra av de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till viss del uppsatta minimikrav.

Mål och delmål kan bli mer konkreta och därmed i högre grad möjliga att mäta och följa upp. I ett av de granskade ärendena framgår att uppföljning genomförts i enlighet med uppföljningsdatum. I detta ärende går det även att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det alltid finns genomförandeplaner i alla ärenden samt att genomförandeplanerna är kompletta är utvecklingsområden. Detsamma gäller att utforma konkreta/uppföljningsbara mål i alla ärenden och dokumentera *hur* uppföljningen av målen ska göras. Vidare utvecklingsområden är att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de fem granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Dokumentationen bedöms till viss del vara tillräcklig, väsentlig och korrekt.

Förvaltningen har följt upp att genomförandeplan har upprättats även i det ärende som vid granskningstillfället saknade sådan.

#### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet.*

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

**God kvalitet****Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

**Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå
- Arbete med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.
- Fortsätta utveckla personalens kompetens utifrån målgruppens behov

**Självbestämmande och integritet**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

**Trygghet och säkerhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

**Effektivitet.**

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

### **Brukarundersökning 2018**

År 2018 ingick Reimersholmes servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 67 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 77 procent.

### **Ekonomisk seriositet**

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

### **Verksamhetsbesök**

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 6 maj 2019.

## **Tantolundens gruppboväder**

### **Dokumentationsgranskning**

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

Mål och delmål bedöms vara konkreta och därmed möjliga att mäta/följa upp. I tre av de granskade ärendena framgår det att uppföljning genomförts i enlighet med uppföljningsdatum. I två av dessa går det även att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att genomförandeplanerna är kompletta och att dokumentera *hur* uppföljningen ska ske är utvecklingsområden. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Dokumentationen bedöms vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och gjord i enlighet med SOSFS 2014:5.

## **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet*

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet.*

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet.*

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet.*

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

*Förvaltningen bedömer att Olivia omsorg uppfyller åtagandet.*

## **God kvalitet**

### **Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Arbeta med att systematiskt sammanställa resultatet av utförda insatser till enskilda och lyfta dessa resultat till verksamhetsnivå.

### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### **Effektivitet.**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.



### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

### **Brukarundersökning 2018**

År 2018 ingick Tantolundens gruppbovärdar i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 75 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 80 procent.

### **Ekonomisk seriositet**

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

### **Verksamhetsbesök**

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 15 april 2019.

## **Södermalms grupp- och servicebovärdar**

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för nio brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller i stort ställda minimikrav. Målen skulle i högre utsträckning kunna brytas ner och konkretiseras för att därmed bli lättare att mäta och följa upp.

Genomförandeplanerna har i sju av ärendena följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum och i fem av ärendena går det även att utläsa resultatet/målnöjningen av uppföljningarna.

Att fortsätta utveckla arbetet med att utforma konkreta/uppföljningsbara mål i alla ärenden samt notera *hur* uppföljningen ska göras är utvecklingsområden. Detsamma gäller att alltid dokumentera resultatet av de systematiska uppföljningarna i brukarens sociala journal så att dokumentationen blir tydligare.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de nio granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. Dokumentationen bedöms vara

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

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

- Arbetsätt följs upp systematiskt över tid. Arbetsätt bygger på helhetssyn när verksamheten arbetar med brukarnas självständighet.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Skapar nätverk för personer med teckenspråk. ”Prova-på aktivitet” samt månadssamtal. Fokus på dövkultur och samarbete med andra verksamheter för döva.  
Fritidsverksamheten kopplar till självständighet med fokus på de individuella målen för brukarna.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Utvecklar spetskompetens vilket gör att medarbetarna stannar. Strukturerat arbete utifrån t.ex. ”kugghjulet” som gör att medarbetarna förstår sin del i arbetet. Bra beskrivning hur man utbildar stödpersoner i boendet.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Brukardelaktighet på individnivå. Tydlig beskrivning av hur verksamheten samverkar.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*
- Tydligt arbetsätt kring hur verksamheten tillvaratar kunskapen (kunskapsöverföring) på ett bra sätt. Använder fallbeskrivningar samt producerar egna filmer i utbildningssyfte.  
*Förvaltningen bedömer att Prima LSS Omtanke Sverige uppfyller åtagandet.*

### **God kvalitet**

#### **Tillgänglighet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Helhetssyn och samordning**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kunskapsbaserad verksamhet**

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).

- Utveckla arbetet med mätbara mål på individnivå i stadens dokumentationssystem.

#### **Självbestämmande och integritet**

Uppfyller till Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

#### **Trygghet och säkerhet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Effektivitet**

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

#### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

#### **Brukarundersökning 2018**

År 2018 ingick Södermalms grupp- och servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 86 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 70 procent.

#### **Ekonomisk seriositet**

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

#### **Verksamhetsbesök**

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 13 mars 2019.

#### **Teckentullens dagliga verksamhet**

##### **Dokumentationsgranskning**

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

Det finns minst ett konkret och nedbrutet ”utvecklingsmål” i varje genomförandeplan. Genomförandeplanerna har i fyra av de fem ärendena följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum och det går till viss del att utläsa resultatet/målluppfyllelsen av uppföljningarna.

Att dokumentera resultatet av de systematiska uppföljningarna i brukarens sociala journal kan utvecklas för att dokumentationen ska bli tydligare.

Journalanteckningar har förts regelbundet i alla de fem granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterad.

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

### **Avtalsuppföljning**

Verksamheten har följande åtaganden om mervärde:

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

### **God kvalitet**

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande.

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person)
- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå

### Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har redovisat två inkomna synpunkter/klagomål sedan föregående verksamhetsuppföljning. Förvaltningen bedömer att det låga antalet redovisade synpunkter kan tyda på utvecklingsbehov i att uppmärksamma, hantera och/eller registrera dessa.

### Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

### Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2018.

### Brucarundersökning 2018

Index nöjdhet för verksamheten redovisar en positiv andel på 100 procent. Svarefrekvensen var 89 procent. För staden totalt var den positiva andelen 89 procent i daglig verksamhet.

### Ekonomisk seriositet

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

### Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 26 februari 2019.

---