

## **Bilaga O4**

# **Verksamhetsuppföljning Entreprenader, T2 2023**

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 2023 .....	2
Uppföljningsmetod .....	2
Avtalsuppföljning .....	2
Dokumentationsgranskning .....	3
Kvalitetsberättelse .....	3
Brukarundersökningar .....	3
Verksamhetsbesök och återkoppling .....	3
Resultat av uppföljning 2023 .....	4
Förvaltningens samlade bedömning .....	4
<b>Hammarby dagliga verksamhet</b> .....	4
<b>Danvikstulls dagliga verksamhet</b> .....	7
<b>Reimersholmes servicebostäder</b> .....	11
<b>Tantolundens gruppbo­städer</b> .....	15
<b>Södermalms grupp- och servicebostäder samt Teckentullens dagliga verksamhet</b> .....	18

## Verksamhetsuppföljning stöd och service till personer med funktionsnedsättning

Sociala avdelningen följer årligen upp samtliga verksamheter som utför insatser enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). De entreprenaddrivna verksamheterna följs upp under våren och verksamheterna i nämndens egen regi följs upp under hösten.

### Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under våren 2023

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal brukare
Bräcke Diakoni	Hammarby dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	48
Frösunda Omsorg AB	Danvikstulls dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	28
Olivia omsorg AB	Reimersholmes servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	17
Olivia omsorg AB	Tantolundens gruppbo- städer	Grupp- och servicebostäder	15
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Södermalms grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	24
Prima LSS Omtanke Sverige AB	Teckentullens dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	5

### Uppföljningsmetod

Verksamhetsuppföljningen har innefattat följande moment:

#### Avtalsuppföljning

Stockholms stad har tagit fram uppföljningsmallar för att säkerställa att alla utförare som ingår i stadens valfrihetssystem uppfyller ställda baskrav. Utifrån dessa mallar har stadsdelsförvaltningen utformat frågor till entreprenadverksamheterna. Frågorna som ställts utifrån mallarna rör bland annat rutiner och arbetssätt. Utöver dessa frågor har förvaltningen i år även valt att fokusera extra på hur verksamheterna arbetar med bland annat egenkontroll, kvalitetsarbete utifrån avvikelshantering samt barnperspektiv.

Förvaltningen undersöker även hur verksamheterna säkerställer att de uppfyller sina åtaganden om mervärde enligt entreprenadavtalen.

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har utifrån aktuellt regelverk (i huvudsak Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL<sup>1</sup>, LVU<sup>2</sup>, LVM<sup>3</sup> och LSS<sup>4</sup>, SOSFS 2014:5) granskat ett urval av individakter från varje verksamhet. En gemensam mall utifrån ställda minimikrav har använts. Granskningen görs i dokumentationssystemet Parasol och har fokuserat på genomförandeplaner och den löpande dokumentationen.

### **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 och granskat kvalitetsberättelser från samtliga verksamheter avseende år 2022.

### **Brukarundersökningar**

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2022, som genomförts med hjälp av digitala verktyg och ingår i nationella brukarundersökningen för bostad med särskild service respektive daglig verksamhet.

Vid verksamhetsbesöken har förvaltningen ställt frågor kring verksamheternas arbetssätt för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningarna. Förvaltningen har även ställt frågor om hur verksamheterna arbetar med resultaten tillsammans med brukarna.

### **Verksamhetsbesök och återkoppling**

Förvaltningen har besökt de olika verksamheterna för uppföljning enligt ovan. Vid besöken har verksamheterna även redovisat hur de arbetat med de utvecklingsområden förvaltningen har lyft vid tidigare verksamhetsuppföljningar, och vilket resultat de uppnått. Efter uppföljningen, inklusive genomgång av insamlat underlag, har förvaltningen skriftligt återkopplat resultat och bedömning till respektive verksamhet.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlag (2001:453)

<sup>2</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

<sup>3</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>4</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

## Resultat av uppföljning 2023

### Förvaltningens samlade bedömning

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

Nedan följer beskrivning per verksamhet.

### Hammarby dagliga verksamhet

#### Förvaltningens samlade bedömning

Förvaltningens samlade bedömning är att Bräcke Diakoni bedriver Hammarby dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### Resultat av uppföljning

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

#### Goda exempel:

- Verksamheten har ett aktivt arbete med hälsa genom regelbundna fysiska aktiviteter och hälsosamma kostalternativ.
- Verksamheten har en löpande dokumentation av god kvalitet.
- Verksamheten har en tydlig och väsentlig kompetensutvecklingsplan som inrymmer metoder som är anpassade för målgruppen.
- Verksamheten arbetar med ombudsroller i personalgruppen, exempelvis kvalitetsombud, genusombud och aktivitetsombud. Detta gör medarbetarna delaktiga i verksamhetens kvalitet och utveckling.
- Verksamheten har en mycket tydlig och utförlig rutin för avvikelshantering, som främjar att avvikelser skrivs.

#### Områden att arbeta vidare med:

- Verksamheten önskar utveckla ett sätt att återkoppla resultatet av brukarundersökningen till brukarna.
- Verksamheten behöver tydliggöra uppföljningar av genomförandeplaner i den löpande dokumentationen.
- Verksamheten uppmuntras till ett mer konsekvent rubrikanvändande i den sociala dokumentationen.

- Verksamheten har inte haft några Lex Sarah under året. Verksamheten uppmuntras att fortsätta arbeta aktivt med att hålla frågan levande, exempelvis genom att fortsatt uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser.
- Verksamheten önskar arbeta vidare med uppföljningsbara mål i genomförandeplanerna.
- Verksamheten behöver upprätta en rutin för orosanmälan enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen samt kartlägga när det kan finnas behov av ett barnperspektiv.

### **Tidigare års utvecklingsområden**

Vid besök i verksamheten följdes förra årets utvecklingsområden upp. Inget område kvarstår vid uppföljningen, förutom att förvaltningen noterar att det inte heller under 2022 gjorts någon Lex Sarah-rapport från verksamheten, varför detta utvecklingsområde är fortsatt angeläget.

### **Mervärden**

Verksamheten har åtagit sig att uppfylla ett antal mervärden. Förvaltningens bedömning efter att ha tagit del av redovisning av arbete kring dessa, är att verksamheten uppfyller samtliga åtaganden:

- Utbildning för all personal inom AKK och LAB.
- Tillgång till applikation RättVisat.
- Samtal med deltagare och personal med Andrum.
- Brukarråd genomförs en gång i månaden.
- Verksamheten genomför en årlig jämställdhetsanalys (4R) och upprättar en handlingsplan som följs upp.
- Det finns genusombud i verksamheten och normkritiska workshops för brukare genomförs en gång per termin.
- Arbetsterapeut och arbetskonsulent finns i verksamheten.
- Systematiskt arbete med smarta mål.
- Arbetsrelaterad workshop och utvecklande praktikplatser för brukarna.
- Aktivitetsombud finns i verksamheten.
- Utbud av aktiviteter med bland annat fokus på enklare kontorsarbete och mediaarbete.
- Brukare erbjuds kostkunskap och fysisk träning.
- Kvalitetsombud träffas två gånger per år.
- Fokus på implementering av inhämtad kunskap kring arbetssätt och metoder.
- Deltagande i Förbättringskraft.
- Anställda erbjuds möjlighet att ansöka om deltidstudier en gång per år.

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Aktuell genomförandeplan finns i samtliga granskade ärenden. Genomförandeplanerna är överlag något kortfattade och skulle med fördel kunna innehålla mer information om utförandet av insatserna. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna innehåller mät- och uppföljningsbara mål och delmål. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

I alla de granskade ärendena har genomförandeplanen följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum. Under dokumentationsgranskningen är det svårt att utläsa resultatet av uppföljningarna, då de inte har dokumenterats i den löpande dokumentationen. Om dokumentationen endast görs i genomförandeplansdokumentet, går detta inte att ta del av i systemet efter att en ny genomförandeplan upprättats. Verksamheten uppmuntras därför att också dokumentera uppföljningen i den löpande dokumentationen.

Avvikelse har skrivits under separata rubriker. Verksamheten uppmuntras att arbeta med att skapa ytterligare samsyn kring vilka rubriker som ska användas när, exempelvis om en person inte närvarar på inplanerad tid. I samtliga granskade ärenden har verksamheten en bra löpande dokumentation med ett respektfullt och korrekt språk.

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

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2022.

### **Brukarundersökning 2022**

Brukarundersökningen 2022 visade på ett deltagande på 76 %. Verksamheten fick ett resultat som ligger över riksgenomsnittet för daglig verksamhet i alla områden som mäts i undersökningen

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen i maj 2023 framkommer att Bräcke Diakoni 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.

## **Danvikstulls dagliga verksamhet**

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Frösunda Omsorg AB bedriver Danvikstulls dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### **Resultat av uppföljning**

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

#### **Goda exempel:**

- Verksamheten erbjuder ett brett utbud av aktiviteter, som är väl anpassade för att möjliggöra alla brukares deltagande.
- Verksamheten erbjuder delaktighet och möjlighet att använda sin röst för en målgrupp som inte kommunicerar på traditionellt sätt.
- Verksamheten har digital kommunikationsanpassning – väl anpassade tekniska verktyg och hjälpmedel som möjliggör delaktighet och inflytande.
- Verksamheten arbetar systematiskt med kvalitetsfrågor i verksamheten (t ex fångar upp synpunkter/klagomål från kund-APT till kvalitetsråd) och har ett aktivt arbete för att avvikelser ska registreras.
- Verksamheten har en utarbetad kompetensutvecklingsplan som är väl anpassad utifrån målgruppen. Den interna kompetensen är hög.

#### **Områden att arbeta vidare med:**

- Att verksamheten arbetar med att skapa mer utförliga genomförandeplaner.
- Att verksamheten tydliggör uppföljningar av genomförandeplaner genom att dokumentera i den löpande dokumentationen.
- Att inom verksamheten förtydliga vilka rubriker i den löpande dokumentationen som ska användas och när.
- Verksamheten har inte haft några Lex Sarah under året. Verksamheten uppmuntras att fortsätta arbeta aktivt med att hålla frågan levande, exempelvis genom att fortsatt uppmuntra medarbetare till att göra avvikelser.
- Att verksamheten upprättar en rutin för orosanmälan enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen samt kartlägger när det kan finnas behov av ett barnperspektiv.



### **Tidigare års utvecklingsområden**

Vid besök i verksamheten följdes förra årets utvecklingsområden upp. Inget område kvarstår vid uppföljningen, förutom att förvaltningen noterar att det inte heller under 2022 gjorts någon Lex Sarah-rapport från verksamheten, varför detta utvecklingsområde är fortsatt angeläget.

### **Mervärden**

Verksamheten har åtagit sig att uppfylla ett antal mervärden. Förvaltningens bedömning efter att ha tagit del av redovisning av arbete kring dessa, är att verksamheten uppfyller samtliga åtaganden:

- Stödpedagog finns i verksamheten och ansvarar för handledning och utbildning i AKK. Tar fram kognitions- och kommunikationshjälpmedel samt samverkar med andra stödfunktioner i brukarens nätverk. Stödpedagog innehar relevant högskoleutbildning. LAB och Studio III tillämpas i verksamheten.
- Arbete utifrån närståendeprogram för att säkerställa trygghet och bemötande för brukarna och deras nätverk.
- Kontinuerlig uppföljning av hur eventuella skillnader mellan kvinnor och män upplevs i verksamheten genom återkommande brukar- respektive medarbetarundersökningar. Handlingsplan upprättas utifrån resultatet. Cirka en gång per år.
- Teknikombud genomför utbildningsinsatser två gånger/år.Handledning av personal och brukare i nyttjandet av digital teknik.
- Tillgång till digitala verktyg och digital TV i verksamheten. Surfplattor, datorer till brukarna, projektorer med apple-tv samt smartboard. Tillgång till Tovertafel UP för utveckling och sinnesstimulering.
- Verksamheten tillämpar ”Arbete för alla” i syfte att brukarna ska närma sig arbetslivet. Verksamheten har tillgång till arbetsterapeut/arbetskonsulent. Brukarna erbjuds arbetsliknande aktiviteter i verksamheten.
- Medarbetare fortbildas, i genomsnitt 40 utbildningstimmar/medarbetare/år.
- Forskarcirkel genomförs 4 gånger per år. Samarbete med Uppsala universitet utifrån målgruppen.

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i samtliga ärenden. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna innehåller mät- och uppföljningsbara mål och delmål. Målen är konkreta och utgår tydligt från individen. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

Alla genomförandeplaner i de granskade ärendena har följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum. Under dokumentationsgranskningen är det svårt att utläsa resultatet av uppföljningarna, då de inte har dokumenterats i den löpande dokumentationen. Om dokumentationen endast görs i genomförandeplansdokumentet, går detta inte att ta del av i systemet efter att en ny genomförandeplan upprättats. Verksamheten uppmuntras därför att också dokumentera uppföljningen i den löpande dokumentationen.

I samtliga granskade ärenden har verksamheten en bra löpande dokumentation med ett aktivt dokumentationsarbete. För dokumentation som rör hälso- och sjukvård kan rubriken för detta användas i högre utsträckning än den görs idag.

Verksamheten har även själva identifierat arbetet med genomförandeplaner som ett fokusområde.

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

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2022.

### **Brukarundersökning 2022**

Verksamheten har inget resultat i Stockholms stads brukarundersökning på grund av för lågt deltagande.

Verksamheten samlar in brukarnas åsikter genom en egen undersökning som är speciellt framtagen för målgruppen och även innehåller observationer.

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen maj 2023 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.

## **Reimersholmes servicebostäder**

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Olivia Omsorg AB bedriver Reimersholmes servicebostäder i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### **Resultat av uppföljning**

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

#### **Goda exempel:**

- De boende deltar i inflytanderåd på ledningskontoret tillsammans med regionchef och kvalitetskoordinator, som syftar till att boende ska vara med och påverka organisationen.
- Verksamheten har ett systematiskt arbete med avvikelserapportering inklusive synpunkter och klagomål.
- Verksamheten återkopplar resultatet av brukarundersökningen till brukare och anhöriga, samt arbetar med resultatet tillsammans med brukarna på ett strukturerat sätt.
- Verksamheten har ett aktivt arbete kring kompetensförsörjning, samarbetar med kompetensutvecklingsinstitutet.
- Verksamheten har genomgått en HBTQ-diplomeringsprocess.
- Verksamheten beskriver många sociala och gemensamma aktiviteter som utgår från brukarnas önskemål.

#### **Områden att arbeta vidare med:**

- Att verksamheten arbetar med att formulera tydligare mål i genomförandeplanerna.
- Att verksamheten tydliggör uppföljningar av genomförandeplaner genom att dokumentera i den löpande dokumentationen.
- Att verksamheten kartlägger vid vilka situationer inom verksamheten som det kan finnas behov av ett barnperspektiv.
- Verksamheten uppger att de avser arbeta vidare med social dokumentation genom att prata om det regelbundet på personalmöten.
- Verksamheten når i dagsläget inte upp till att 80 % av personalen har adekvat utbildning. All personal är dock erbjuden vidareutbildning, och verksamheten kommer även fortsätta samarbeta med kompetensutvecklingsinstitutet.

### **Tidigare års utvecklingsområden**

Vid besök i verksamheten följdes förra årets utvecklingsområden upp. Att dokumentera måluppfyllelse i verksamhetssystemet Parasol är ett pågående utvecklingsarbete från föregående år. I övrigt kvarstår inget område vid uppföljningen.

### **Mervärden**

Verksamheten har åtagit sig att uppfylla ett antal mervärden. Förvaltningens bedömning efter att ha tagit del av redovisning av arbete kring dessa, är att verksamheten uppfyller följande åtaganden:

- Arbetar mot en ökad självständighet för brukarna, tydliggjorda rutiner och rätt teknikstöd.
- Tydlig struktur för omvärldsbevakning och kunskapsutveckling. Medarbetare och ledning utbildas kontinuerligt inom evidensbaserade metoder i syfte att skapa delaktighet för brukarna.
- Tydlig process med grundutbildningsprogram för samtliga medarbetare och en tydlig plan för att behålla personal.
- Tydlig beskrivning av utbildning för brukarna inom området våld i nära relationer. Arbetssätten fokuserar på brukarna och att höja deras medvetenhet.
- Brukarna får vara delaktiga vid nyrekryteringar, i utformning av kravspecifikation inför en annonsering samt är med och ställer frågor på intervjun med tilltänkt personal. Användning av delaktighetsmodellen.

*Kommentar:* Verksamheten uppger att de boende har varit med och tagit fram kravspecifikation vid nyrekrytering, men har inte varit med under intervjuerna. Samtliga boende tillfrågas inför intervjun om vad de anser är viktigt hos ny personal.

Verksamheten har sett att detta sätt passar gruppen bättre än att exempelvis en enskild brukare är med under intervjun.

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Samtliga brukare i de granskade ärendena har aktuell genomförandeplan. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

Genomförandeplanerna är tydliga och konkreta.

Genomförandeplanerna generellt har ett tydlig vad, när och hur.

Rubriken ”mål” har använts mer sällan. När den har använts har den haft en mer övergripande formulering och mindre konkret än övriga rubriker. Verksamheten uppmuntras att utveckla arbetet med mål och ha en dialog inom verksamheten om exempel på mål samt hur många mål en genomförandeplan bör innehålla.

Det framgår att genomförandeplanerna följts upp inom planerat uppföljningsdatum, men det går inte att utläsa i den sociala dokumentationen vad resultatet av uppföljningen blev. Om dokumentationen endast görs i genomförandeplansdokumentet, går detta inte att ta del av i systemet efter att en ny genomförandeplan upprättats. Verksamheten uppmuntras därför att dokumentera uppföljningen i den löpande dokumentationen.

Verksamheten har en bra löpande dokumentation i samtliga ärenden. Avvikelse samt hälso- och sjukvård har skrivits under separata rubriker. Verksamheten har ett mycket bra och aktivt rubrikanvändande i den löpande dokumentationen.

Dokumentationen är brukarorienterad och det framgår tydligt när det är personals tolkning av en situation.

Vid verksamhetsbesök fördes dialog kring mål i genomförandeplaner och hur verksamheten jobbar med detta. Verksamheten ska fundera på hur man kan använda mål mer för att beskriva varför insatserna genomförs.

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

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2022.

### **Brukarundersökning 2022**

År 2022 hade verksamheten ett deltagande om 69 % vilket var lägre än 2021, då deltagandet låg på 86 %. Verksamheten återkopplar resultatet till brukarna både individuellt och i grupp med stöd av bildstödsmaterial. Resultatet återkopplas även till anhöriga och gode män i månadsbrev. Tillsammans med brukarna görs handlingsplan kring eventuella förbättringsområden samt kring områden som verksamheten vill bibehålla goda resultat på.

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen april 2022 framkommer att Olivia 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.

### **Övrig information**

Reimersholmes servicebostäder har under 2022 haft ett flertal tomma lägenheter. Detta beror på att tidigare brukare flyttat ut, och att lägenheterna som varit i äldre skick behövt renoveras inför nästa inflytt. Förvaltningen kan inte se att verksamhetens kvalité påverkats av detta. Verksamheten har under tiden fortsatt bedriva verksamhet utifrån lagstiftning, förordning, föreskrifter, stadens riktlinjer och upprättade avtal.

## **Tantolundens gruppboväder**

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Olivia Omsorg AB bedriver Tantolundens gruppboväder i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheten bedrivs med god kvalitet.

### **Resultat av uppföljning**

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

#### **Goda exempel:**

- Genom delaktighet och individuellt stöd arbetar verksamheten aktivt med att motivera de boende till aktiviteter. Genom detta främjas de boendes fysiska och sociala förmåga samt delaktighet i samhället.
- Verksamheten har ett kognitionsombud som bidrar till en god verksamhet med stor delaktighet för de boende. Verksamheten jobbar även aktivt med delaktighetsmodellen DMO.
- De boende deltar i inflytanderåd på ledningskontoret tillsammans med regionchef och kvalitetskoordinator, som syftar till att boende ska vara med och påverka organisationen.
- Verksamheten har ett aktivt samarbete med LSS-hälsan och har bjudit bland annat LSS-hälsans sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut till verksamhetsmöten.
- Verksamheten har en god struktur för hur synpunkter och avvikelser hanteras.

#### **Områden att arbeta vidare med:**

- Att verksamheten kartlägger vid vilka situationer inom verksamheten som det kan finnas behov av ett barnperspektiv.
- Utifrån området delaktighet kommer verksamheten planera för att de boende ska få frågan, i anpassad form, kring om det är något område där de inte känner sig delaktiga.
- Verksamheten uppger att de planerar att åter starta upp yoga för de boende, vilket funnits som aktivitet tidigare.
- Att verksamheten tydliggör uppföljningar av genomförandeplaner genom att dokumentera i den löpande dokumentationen att genomförandeplan följs upp samt kort vad uppföljningen resulterade i.



- Att verksamheten tydligt beskriver genomförda egenkontroller, resultat och identifierade brister eller utvecklingsområden i kvalitetsberättelsen.

### **Tidigare års utvecklingsområden**

Vid besök i verksamheten följdes förra årets utvecklingsområden upp. Att dokumentera måluppfyllelse i verksamhetssystemet Parasol kvarstår sedan 2022, och verksamheten beskriver det som ett pågående utvecklingsarbete. År 2022 identifierades även att beskrivning av egenkontroller, resultat och utvecklingsområden saknas i kvalitetsberättelsen. Detta kvarstår för 2023. I övrigt kvarstår inget område vid uppföljningen.

### **Mervärden**

Verksamheten har åtagit sig att uppfylla ett antal mervärden. Förvaltningens bedömning efter att ha tagit del av redovisning av arbete kring dessa, är att verksamheten uppfyller samtliga åtaganden:

- Verksamheten arbetar mot en ökad självständighet för brukarna, tydliggjorda rutiner och rätt teknikstöd.
- Tydlig struktur för omvärldsbevakning och kunskapsutveckling. Medarbetare och ledning utbildas kontinuerligt inom evidensbaserade metoder i syfte att skapa delaktighet för brukarna.
- Tydlig process med grundutbildningsprogram för samtliga medarbetare och en tydlig plan för att behålla personal.
- Brukarna får vara delaktiga vid nyrekrytering, i form av kravspecifikation inför en annonsering samt är med och ställer frågor på intervjun med tilltänt personal. Användning av delaktighetsmodellen.
- Tydlig beskrivning av utbildning för brukarna inom området våld i nära relationer. Arbetssätten fokuserar på brukarna och att höja deras medvetenhet.

### **Dokumentationsgranskning**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Samtliga brukare i de granskade ärendena har aktuell genomförandeplan. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

Genomförandeplanerna är tydliga och konkreta, och anger generellt tydligt vad, när och hur insatser ska genomföras. Målen är bra och

brukarorienterade. Det framgår att genomförandeplanerna följts upp inom planerat uppföljningsdatum, men det går inte att utläsa i den löpande sociala dokumentationen vad resultatet av uppföljningen blev. Om dokumentationen endast görs i genomförandeplansdokumentet, går detta inte att ta del av i systemet efter att en ny genomförandeplan upprättats. Verksamheten uppmuntras därför att dokumentera uppföljningen i den löpande dokumentationen.

Det finns ett tydligt brukarfokus i den sociala dokumentationen. Dokumentationen visar brukarens självbestämmande och utgår inte från allmän norm. Verksamheten har en bra löpande dokumentation i samtliga ärenden. Avvikelse samt hälso- och sjukvård har i de flesta fall skrivits under separata rubriker.

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

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2022.

### **Brugarundersökning 2022**

Deltagandet för verksamheten 2022 låg på 65 %, vilket var lägre än 2021, då deltagandet låg på 86 %. Verksamheten avser jobba med att öka deltagandet 2023. De brukare som önskat hjälp att fylla i undersökningen har fått det av icke ordinarie personal.

Resultatet av brukarundersökningarna har arbetats med tillsammans med boende och med hjälp av bildstödsmaterial från stödteamet. Åtgärdsplan har tagits fram tillsammans med boende och finns synlig på enheterna.

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplýsningscentralen maj 2023 framkommer att Olivia 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 tecknat ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.

## **Södermalms grupp- och servicebostäder samt Teckentullens dagliga verksamhet**

### **Förvaltningens samlade bedömning**

Förvaltningens samlade bedömning är att Prima LSS Omtanke Sverige AB bedriver Södermalms grupp- och servicebostäder och Teckentullens dagliga verksamhet i enlighet med upprättat avtal och följer gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter, stadens riktlinjer inklusive uppdragsbeskrivning. Verksamheterna bedrivs med god kvalitet.

### **Resultat av uppföljning**

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

#### **Goda exempel:**

- Verksamheten har en tydlig inriktning på att bibehålla brukarnas självständighet och delaktighet.
- Verksamheten har en tydligt uttalad metodik för hur bemötande och stöd till brukaren ska ges, som sätter ord på tyst kunskap och därmed bland annat maximerar brukarens delaktighet och självständighet.
- Det systematiska kvalitetsarbetet är mycket väl utvecklat och involverar medarbetare.
- Verksamheten har ett väl utvecklat arbetssätt för egenkontroll, med tydliga rutiner för vad som ska kontrolleras samt hur eventuella brister ska hanteras.
- Verksamheten har ett aktivt värdegrundsarbete där de exempelvis tar upp olika fiktiva situationer med moraliska dilemman på personalmöten som medarbetarna får diskutera kring.
- Verksamheten har en tydlig Lex Sarah-rutin och beskriver en tillåtande avvikelsekultur, som medför ett aktivt arbete kring detta.
- Primas kvalitetsundersökning finns som komplement utifrån låg svarsfrekvens på brukarundersökning.

#### **Områden att arbeta vidare med:**

- Att verksamheten upprättar en rutin för orosanmälan enligt 14 kap. 1§ Socialtjänstlagen samt kartlägger vid vilka situationer inom verksamheten som det kan finnas behov av ett barnperspektiv.

- Verksamheten önskar utforma ett tydligt introduktionspaket med vad ny personal behöver få information om den första tiden på jobbet.
- Personalen kommer att göra studiebesök på habiliteringens resurscenter, där det finns en visningsmiljö med kommunikativt och kognitivt stöd.

Gäller endast Södermalms grupp- och servicebostäder:

- Att arbeta för att hitta metoder för ett ökat deltagande i Stockholm stads brukarundersökning. Detta för att få ett redovisat resultat för enheterna.
- Att i den löpande dokumentationen alltid dokumentera att uppföljning av genomförandeplan gjorts, och kort om utfallet av utförd insats.
- Att inom verksamheten förtydliga vilka rubriker i den löpande dokumentationen som ska användas och när.

### **Tidigare års utvecklingsområden**

Vid besök i verksamheten följdes förra årets utvecklingsområden upp. Inget utvecklingsområde kvarstår vid uppföljningen 2023.

### **Mervärden**

Verksamheten har åtagit sig att uppfylla ett antal mervärden. Verksamheten har redovisat hur man har arbetat med mervärdena under året.

Förvaltningens bedömning är att verksamheten uppfyller samtliga mervärden:

- Arbetsätt följs upp systematiskt över tid. Arbetsätt bygger på helhetssyn när verksamheten arbetar med brukarnas självständighet.
- 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.
- 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.
- Brukardelaktighet på individnivå. Tydlig beskrivning hur verksamheten samverkar.

- Tydligt arbetssätt hur verksamheten tillvaratar kunskapen (kunskapsöverföring) på ett bra sätt. Använder fallbeskrivningar samt producerar egna filmer i utbildningssyfte.

### **Dokumentationsgranskning**

#### **Södermalms grupp- och servicebostäder**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för sex brukare. Fyra av brukarna har aktuell genomförandeplan. Vid verksamhetsbesök framgår att verksamheten är medvetna om de brukare som saknar aktuell genomförandeplan och arbetar med att åtgärda detta. I de granskade ärendena finns det beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna är tydliga och konkreta, samt innehåller mätbara mål och delmål. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

I ungefär hälften av de granskade ärendena framgår det tydligt att genomförandeplanerna följts upp kontinuerligt och i enlighet med planerat uppföljningsdatum. I den andra hälften är det svårare att utläsa i systemet att genomförandeplanen följts upp samt vad resultatet av uppföljningen blev. Om dokumentationen endast görs i genomförandeplansdokumentet, går detta inte att ta del av i systemet efter att en ny genomförandeplan upprättats. Verksamheten uppmuntras därför att dokumentera uppföljningen i den löpande dokumentationen.

Verksamheten har en bra löpande dokumentation i samtliga ärenden. Det finns en bra balans mellan väsentlig och tillräcklig information. Avvikelser samt hälso- och sjukvård har skrivits under separata rubriker. Verksamheten uppmuntras att inom verksamheten förtydliga rubrikanvändandet i andra fall.

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

#### **Teckentullens dagliga verksamhet**

Förvaltningen har granskat dokumentationen för två brukare. Aktuell genomförandeplan finns i de granskade ärendena. Det finns beskrivet hur brukarna deltagit i upprättandet av sina genomförandeplaner. Genomförandeplanerna uppfyller ställda krav.

Genomförandeplanerna innehåller mät- och uppföljningsbara mål och delmål.

Alla de granskade ärendena har följts upp kontinuerligt och i enlighet med uppföljningsdatum. Det går att utläsa resultat/måluppfyllelse från uppföljningarna. Dokumentationen visar väl uppföljda insatser där brukaren har varit delaktig i uppföljningen.

Verksamheten har en bra löpande dokumentation i samtliga ärenden. Det finns en bra balans mellan väsentlig och tillräcklig information. Avvikelse samt hälso- och sjukvård har skrivits under separata rubriker. Rubriken planerad och utförd insats används återkommande, vilket skulle kunna användas mer som en sammanfattning för att skapa bättre överblick.

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

### **Kvalitetsberättelse**

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2022.

### **Brukarundersökning 2021**

Resultat för gruppboendena och Teckentullens dagliga verksamhet redovisas ej på grund av för låg svarsfrekvens. Verksamheten har en egen kvalitetsundersökning där de intervjuar deltagarna utifrån ett antal teman.

### **Ekonomisk seriositet**

Vid kontroll med Upplysningscentralen maj 2023 framkommer att Prima LSS Omtanke Sverige 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 tecknat ansvarsförsäkring som motsvarar angivna krav i avtal.