

Bilaga O5

Verksamhetsuppföljning
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 2018	3
Uppföljningsmetod	3
Dokumentationsgranskning	3
Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar	3
Uppföljning av enhetsmål	4
God kvalitet.....	4
Kvalitetsberättelse	5
Brukarundersökningar.....	5
Verksamhetsbesök	5
Återkoppling	6
Förvaltningens samlade bedömning	6
Resultat av uppföljningen	9
Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder	9
Klubb Reimersholme	10
Drakenbergs gruppbo­städer	12
Lignagatans och Mältplåtens gruppbo­städer	13
Malmens grupp- och servicebostäder	15
Södermalms dagliga verksamhet	17
Blecktornet och Äppelgårdens dagliga verksamheter	18
Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder	20
Söders korttidshem	22
Aktivitetshuset	23

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.

Huvudman	Verksamhet	Inriktning	Antal LSS-platser	Könsfördelning (%)		Antal brukare från Södermalm
				Kvinnor	Män	
Egen regi	Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	19	47	53	19
Egen regi	Klubb Reimers	Dagverksamhet/ Daglig verksamhet	4	50	50	3
Egen regi	Drakenbergs grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	6	83	17	6
Egen regi	Lignagatan och Mältplåtens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	18	61	39	18
Egen regi	Malmens grupp- och servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	32	34	67	32
Egen regi	Södermalms DV	Daglig verksamhet	39	54	46	23
Egen regi	Blecktornet och Äppelgårdens dagliga verksamhet	Daglig verksamhet	34	47	53	14

Egen regi	Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder	Grupp- och servicebostäder	21	43	57	21
Egen regi	Söders korttids	Korttidsverksam het	25	36	64	4
Egen regi	Aktivitetshuset	Dagverksamhet/ Daglig verksamhet	5	80	20	5

Verksamheter inom sociala avdelningen som följts upp under hösten 2018

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 följs upp och resultaten/måluppfyllelsen dokumenterats.

Uppföljning utifrån stadens uppdragsbeskrivningar

Förvaltningen har utformat en enkät med frågor till utförarna. Frågorna fokuserar på hur verksamheterna säkerställer att de uppfyller olika krav utifrån Stockholms stads beslutade uppdragsbeskrivningar för respektive verksamhetsområde. Frågorna har fokuserat på bland annat hur verksamheten bemannas samt verksamhetens ledningssystem.

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 har en fungerande vardag
- Vuxna erbjuds meningsfulla kulturaktiviteter i verksamheten.
- Verksamheternas resurser fördelas likvärdigt mellan män och kvinnor, flickor och pojkar
- Män, kvinnor, flickor och pojkar har lika rättigheter och är fria från diskriminering, trakasserier och kränkande särbehandling
- Barn och vuxna har en fungerande vardag och 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 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 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.

Brukarundersökningar

Förvaltningen har tagit del av resultaten från stadens brukarundersökningar år 2018. Inom bostad med särskild service har brukarundersökningen i år genomförts med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Detta som en så kallad ”pilot” samordnad av stadsledningskontoret avseende deltagande i den nationella brukarundersökningen för LSS.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har besökt de olika verksamheterna för att träffa medarbetare och brukare samt för ömsesidigt informationsutbyte. Kompletterande frågor om kvalitetsområdena och stadens uppdragsbeskrivningar 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 och stadens uppdragsbeskrivningar.

Dokumentationsgranskning

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

Förvaltningen konstaterar att flera verksamheter har höjt kvaliteten när det gäller att upprätta genomförandeplaner samt utforma konkreta/mätbara mål och delmål gentemot 2017 års uppföljning.

Generellt uppger verksamheterna att det pågår ett arbete med att ytterligare utveckla och förbättra målformulering och uppföljning av målen i genomförandeplanerna. Detsamma gäller den löpande dokumentationen.

I de allra flesta av de granskade ärendena förs regelbundna journalanteckningar vilket gör det möjligt att följa ärendena/utförandet av insatserna. Journalanteckningarna bedöms i stort uppfylla kraven att 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. Vissa verksamheter behöver arbeta med att tydliggöra sitt ledningssystem och anpassa rutiner till sin respektive målgrupp. Vissa verksamheter behöver utveckla sitt kvalitetsarbete avseende sammanställning av synpunkter och klagomål. Förvaltningen ser att det generellt finns en risk hos flera

verksamheter att synpunkter och klagomål inte hanteras korrekt och inte sammanställs för att hitta eventuella mönster. Se kvalitetsområde ”Självbestämmande och integritet”.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheterna uppfyller samtliga sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Alla verksamheter utom tre har fysiskt tillgängliga lokaler. De allra flesta verksamheterna använder metoder för kommunikationsanpassning.

Helhetssyn och samordning

De flesta verksamheterna har skriftliga rutiner för samordning av insatser kring enskilda med behov av flera insatser. En stor del av verksamheterna använder sig av så kallade ”stöd- och servicepärmar” som ett sätt att tydliggöra samordningen kring varje individ. I dessa pärmar kartlägger verksamheterna viktiga aktörers ansvarsområden. Det som i stor utsträckning saknas är i vilka sammanhang varje viktig aktör behöver kontaktas samt vilka regelbundna samverkansforum finns för aktörerna. Förvaltningen bedömer att arbetet med samordningen genom stöd- och servicepärmar är ett fungerande sätt att beskriva samordningen men metoden kan generellt bli ännu tydligare.

Kunskapsbaserad verksamhet

Arbetet med att förebygga och upptäcka våld samt hur stöd ges till våldsutsatta personer behöver förbättras för att uppnå ställda kvalitetskriterier.

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 gruppnivå enligt intentionerna i SOSFS 2011:9. Vissa verksamheter har påbörjat ett arbete med sammanställningen och förvaltningen avser att följa upp detta vid nästkommande verksamhetsuppföljning.

Självbestämmande och integritet

De flesta verksamheterna använder resultatet av stadens brukarundersökningar i utvecklingen av verksamheten och återkopplar resultatet till brukarna. Verksamheterna använder även beprövade metoder och hjälpmedel för att stärka brukarnas delaktighet på både individ- och verksamhetsnivå. Verksamheternas registrering, sammanställning och analys av inkomna synpunkter

och klagomål behöver i många fall utvecklas för att uppnå detta kvalitetsområde.

Trygghet och säkerhet

Verksamheterna har rutiner för att ta emot rapporter om missförhållanden/risk för missförhållande enligt lex Sarah. Hälften 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 på att missförhållanden enbart registreras som avvikelser i stadens system för arbetsmiljöavvikelser ”KIA”.

Effektivitet

Samtliga verksamheter uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheterna har lämnat in kvalitetsberättelser för år 2017. Förvaltningen bedömer att kvalitetsberättelserna är utformade i enlighet med SOSFS 2011:9.

Jämställdhetsanalys

Könsfördelningen varierar mellan de uppföljda verksamheterna. I samband med uppföljningarna har förvaltningen ställt frågor om bland annat könsuppdelad statistik och arbete med jämställdhetsintegrering. Cirka hälften av de uppföljda verksamheterna har påbörjat ett arbete med att analysera resursfördelningen utifrån kön. Exempelvis har en verksamhet mätt i vilken utsträckning kvinnor respektive män bestämmer gemensamma fritidsaktiviteter. En annan verksamhet har mätt i vilken utsträckning kvinnor respektive män nyttjar gemensamhetslokalen. Förvaltningens bedömning är att arbetet med jämställdhetsintegrering generellt behöver utvecklas även om det är viktigt att lyfta att vissa verksamheter börjat integrera ett jämställdhetsperspektiv i sitt arbete.

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

Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår inte i något av ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Utifrån detta går det inte heller att utläsa något resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena. Att säkerställa att det även framgår av genomförandeplanerna hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

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 av sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

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.
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2017. 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 2017.

Brukarundersökning 2018

År 2018 ingick Hammarbyhamnens grupp- och servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 78 procent avseende trivsel. För servicebostadsdelen visar resultatet en positiv andel på 71 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 100 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 21 november 2018.

Klubb Reimersholme

Dokumentationsgranskning

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

Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas i två av ärendena är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

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 av sina enhetsmål.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar redovisning och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål avseende år 2018.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2017. 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 2017.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 12 oktober 2018.

Drakenbergs gruppbestäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms till viss del vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår endast i ett av ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. I det ärendet går det även att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det även framgår av genomförandeplanerna hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp alla mål/planer och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningarna.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i de granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterade. I två av ärendena finns information om annan brukare som ej bedöms vara nödvändig i den andres journal. Förvaltningen bedömer att verksamheten behöver säkerställa att dokumentationen görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen 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
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten har redovisat tre inkomna synpunkter/klagomål.

Förvaltningen bedömer att verksamhetens rutiner för synpunkt- och klagomålshantering är förankrade i verksamheten då synpunkter registreras, sammanställs och redovisas.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah under 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.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 19 juni 2018.

Lignagatans och Mältplåtens gruppbofäst

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena.

Genomförandeplanerna uppfyller till viss del uppsatta minimikrav.

Det som saknas är hur brukaren deltagit i planeringen, vilka övriga

som deltagit samt en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål kan vara mer konkreta och därmed möjliga att mäta och följa upp. Det framgår inte fullt ut i något av ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Utifrån detta går det inte heller att utläsa något resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena.

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

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.

God kvalitet

Tillgänglighet

Uppfyller Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

Kunskapsbaserad verksamhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Utbildningsprogram/samtalsgrupper för brukare som tar upp frågor om våld i nära relation. Ex. VIP-grupper (Viktig Intressant Person)
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Dokumentation av resultat avseende måluppfyllelse på individnivå.
- Sammanställning av konsupplade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar redovisning och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål avseende år 2018.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah under 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.

Brukarundersökning 2018

År 2018 ingick Lignagatan och Mältplåtens gruppbestäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 66 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 66 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 30 november 2018.

Malmens grupp- och servicebestäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tio brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till viss del uppsatta minimikrav. Det som saknas i tre av ärendena är hur brukaren deltagit i planeringen, vilka övriga som deltagit samt en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Det framgår inte fullt ut i något av ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Utifrån detta går det inte heller att utläsa något resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena.

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

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 av sina enhetsmål.

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).
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2017.

Brucarundersökning 2018

År 2018 ingick Malmens grupp- och servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 94 procent avseende trivsel. För servicebostadsdelen visar resultatet en positiv andel på 60 procent. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 95 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 15 oktober 2018.

Södermalms dagliga verksamhet

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för åtta brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går i fyra av ärendena att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det även framgår av genomförandeplanerna hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde.

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 av 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.

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).

- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på grupp nivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar redovisning och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål sedan föregående verksamhetsuppföljning.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning våren 2017.

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 2017.

Brukarundersökning 2018

Brukarundersökningen visar att av de 66 procent som svarat, var 86 procent nöjda med verksamheten. För staden totalt visar undersökningen att 90 procent var positiva till sin dagliga verksamhet.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 21 november 2018.

Blecktornet och Äppelgårdens dagliga verksamheter

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för åtta brukare.

Aktuell genomförandeplan finns i sju av de åtta granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är vilka personer som deltagit i upprättandet samt hur målen/genomförandeplanerna ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår av dokumentationen att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och i sex ärenden går det att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det även framgår av genomförandeplanerna hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningarna har förts regelbundet i sju av de åtta granskade ärendena och det går att följa hur insatserna genomförts. Avvikelse är dokumenterad. I det åttonde ärendet finns ett tidsmässigt glapp på tre månader utan att orsak går att utläsa. Förvaltningen bedömer att dokumentationen i stort görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

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.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser.

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).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar redovisning och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål sedan föregående verksamhetsuppföljning.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition. Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah under 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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Brukarundersökning 2018

Brukarundersökningen visar att av de 77 procent som svarat, var 90 procent nöjda med verksamheten. För staden totalt visar undersökningen att 90 procent var positiva till sin dagliga verksamhet.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 31 oktober och 7 november 2018.

Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för fem brukare. Aktuell genomförandeplan finns i alla de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till allra största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas i tre ärenden är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går att utläsa resultat/måloppfyllelse.

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 av sina enhetsmål.

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).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Verksamheten har påbörjat ett arbete med sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå. Förvaltningen kommer att följa upp detta vid nästa verksamhetsuppföljning.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2017.

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 2017.

Brukarundersökning 2018

År 2018 ingick Södermalms neuropsykiatriska servicebostäder i den nationella brukarundersökningen med hjälp av verktyget Pict-O-Stat. Resultatet av undersökningen visar en positiv andel på 83 procent avseende trivsel. Verksamheten hade en svarsfrekvens på 86 procent.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 23 oktober 2018.

Söders korttidshem

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Aktuell genomförandeplan finns i två av de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller till största delen uppsatta minimikrav. Det som saknas är en beskrivning av hur mål/genomförandeplan ska följas upp.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår inte fullt ut i något av de granskade ärendena att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum. Utifrån detta går det inte heller att utläsa något resultat/måluppfyllelse i de granskade ärendena.

Att säkerställa att det även framgår av genomförandeplanerna hur målen ska följas upp är ett utvecklingsområde. Detsamma gäller att kontinuerligt och systematiskt följa upp målen/planerna och även dokumentera måluppfyllelsen/resultatet av uppföljningen.

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 Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Helhetssyn och samordning

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten saknar följande:

- Rutiner för samordning kring enskilda med behov av flera insatser. Verksamheten har dock påbörjat ett arbete med att tydliggöra samordningen kring varje brukare. Arbetet kommer att följas upp vid nästa verksamhetsuppföljning.

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).
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Effektivitet

Uppfyller Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten har lämnat in kvalitetsberättelse för år 2017.

Brukarundersökning 2018

Brukarundersökningen visar att av de 52 procent som svarat, var 90 procent nöjda med verksamheten. För staden totalt var 90 procent nöjda med sitt korttidshem.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 18 oktober 2018.

Aktivitetshuset

Dokumentationsgranskning

Förvaltningen har granskat dokumentationen för tre brukare. Aktuell genomförandeplan finns i två av de granskade ärendena. Genomförandeplanerna uppfyller uppsatta minimikrav.

Mål och delmål bedöms vara konkreta och möjliga att mäta och följa upp. Det framgår i stort att målen har följts upp i enlighet med uppföljningsdatum och det går att utläsa resultat/måluppfyllelse.

Att säkerställa att det finns aktuella och kompletta genomförandeplaner i alla ärenden är ett utvecklingsområde.

Journalanteckningarna kan föras mer regelbundet för att det fullt ut ska gå att följa hur insatserna genomförts. Avvikelser är dokumenterade. Förvaltningen bedömer att dokumentationen i stort görs i enlighet med SOSFS 2014:5.

Uppföljning av enhetsmål

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller samtliga av 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.

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).
- Anpassad information om var en våldsutsatt brukare kan vända sig för stöd och hjälp.
- Sammanställning av könsuppdelade resultat av insatser till enskilda på gruppnivå.

Självbestämmande och integritet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsen kvalitetsdefinition.

Trygghet och säkerhet

Uppfyller till viss del Socialstyrelsens kvalitetsdefinition.

Verksamheten har inte haft några rapporter enligt lex Sarah sedan föregående verksamhetsuppföljning hösten 2017.

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 2017.

Verksamhetsbesök

Förvaltningen har genomfört besök i verksamheten den 5 november 2018.
