



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-11-06
ON/2023:97

Uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet vid LSS, grupp- och serviceboenden 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av uppföljningen av det systematiska brandskyddsarbetet vid behov. Uppföljningen kommer framöver att genomföras via stickprov samt kontroller från brandförsvaret, som utvärderas av fastighetsintendenten.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen har under våren 2023 följt upp det systematiska brandskyddsarbetet hos stadens femton boenden inom LSS, grupp- och serviceboenden.

I avtalen gällande insatsen vård- och omsorgsboende enligt SoL, Socialtjänstlagen, ska utföraren ansvara för ett systematiskt brandskyddsarbete. Uppföljningen av det systematiska brandskyddsarbetet (SBA) har avsett brandskyddspolicy, brandskyddsorganisation, riskhantering/nödlägesberedskap, utbildningsplan, byggnads- och verksamhetsbeskrivning, kontrollsystem, brandskyddsregler samt tillbudsrapportering och uppföljning.

För att genomföra denna uppföljning har fastighetsintendenten valt en metodik som innefattar distribution av en enkät till samtliga verksamhetschefer. Denna enkät har utformats för att inhämta information om brandskyddsåtgärder och -rutiner. Samtidigt har fastighetsintendenten granskat den dokumentation som har lämnats in av de aktuella verksamheterna och tidigare tillsyn av brandförsvaret.

Samtliga verksamheter har bedömts uppfylla de nödvändiga kraven.

Helena Åman
Förvaltningschef

Aday Barsom
Fastighetsintendent

Avtalsuppföljning Systematiskt brandskyddsarbete SBA - 2023

GRUPP- OCH SERVICEBOSTÄDER



Inledning

Staben för kvalitetsutveckling har som uppgift att regelbundet genomföra uppföljningar av det systematiska brandskyddsarbetet (SBA) inom stadens bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning som har beviljats insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Uppföljningens främsta målsättning är att säkerställa att verksamheterna är i full överensstämmelse med gällande lagar och föreskrifter. År 2023 har avtalsuppföljningen fokuserat på 15 olika verksamheter, varav 12 som är upphandlat enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) och 3 enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV).

För att genomföra denna uppföljning har fastighetsintendenten valt en metodik som innefattar distribution av en enkät till samtliga verksamhetschefer. Denna enkät har utformats för att inhämta information om brandskyddsåtgärder och -rutiner. Samtidigt har fastighetsintendenten granskat den dokumentation som har lämnats in av de aktuella verksamheterna.

Sammanfattande bedömning

Initiativet för det systematiska brandskyddsarbetet togs under året 2016 då verksamheterna saknade ett systematiskt brandskyddsarbete (SBA). Solna Stad beslutade då att påbörja en process för att säkerställa att verksamheterna implementerade ett SBA-system. Denna insats involverade fastighetsintendenten och Stockholms brandförsvaret. Idag uppfyller verksamheterna kraven för ett godkänt SBA-arbete. Framöver kommer uppföljning att genomföras genom stickprov samt kontroller från brandförsvaret, som utvärderas av fastighetsintendenten.

I avtalen gällande insatsen inom vård- och omsorgsboende enligt Socialtjänstlagen (Sol) åligger utföraren att ansvara för ett systematiskt brandskyddsarbete. Uppföljningen av det systematiska brandskyddsarbetet (SBA) omfattar aspekter som brandskyddspolicy, brandskyddsorganisation, riskhantering/nödlägesberedskap, utbildningsplan, byggnads- och verksamhetsbeskrivning, kontrollsystem, brandskyddsregler samt tillbudsrapportering och uppföljning.

Tabellen nedan redogör för de specifika områden som omfattas av SBA. Bedömningen för varje enskilt område framgår under rubriken "Underlag bedömning" i denna rapport. Cirkeldiagrammet visar bedömning på områdesnivå, det vill säga en samlad bedömning per verksamhet utifrån underliggande delområdesbedömningar. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla kraven på dem delområden vid uppföljningen.

Område	Delområde
SBA	Brandskyddsorganisation och ansvarsfördelning
	Riskhantering/Nödlägesberedskap
	Utbildning
	Brandskyddsbeskrivning

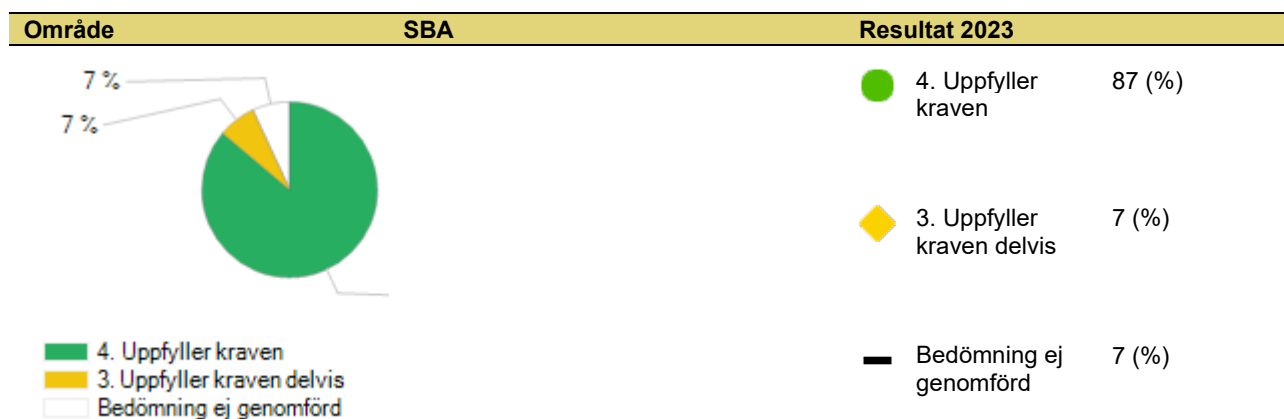
Bedömning

Cirkeldiagrammet presenterar en övergripande bedömning på områdesnivå som fastighetsintendenten valt ut för att följa upp, vilket innebär en sammanvägd utvärdering av varje verksamhet baserat på dess prestation på de underliggande delområdena. Samtliga verksamheter har bedömts uppfylla de nödvändiga kraven. De tre faktorer som resulterar i att vissa verksamheter inte helt uppfyller kraven är:

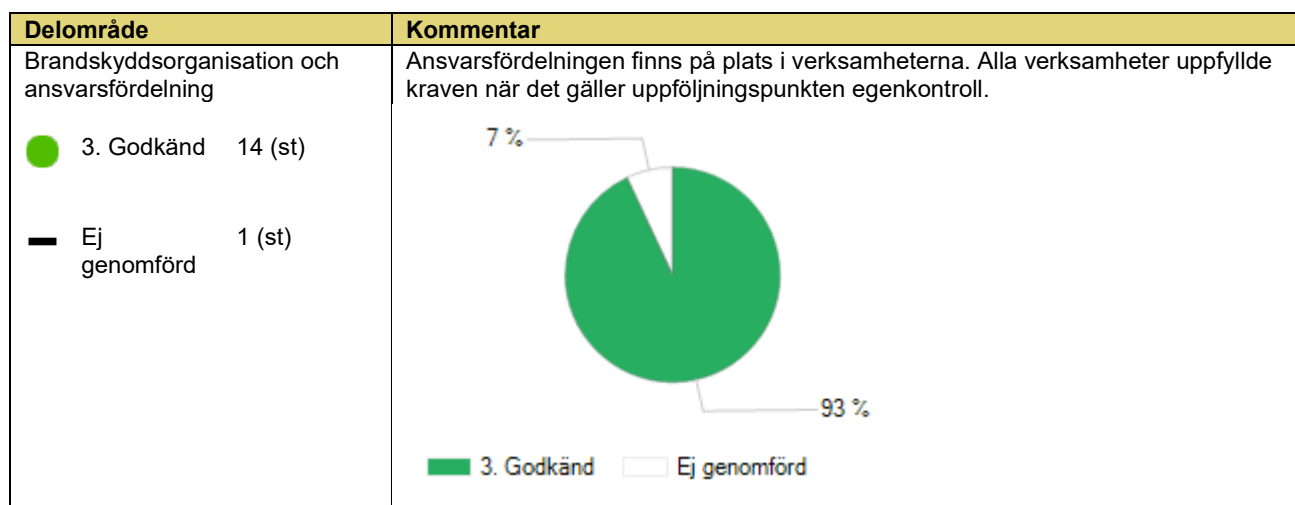
Vissa mindre lägenheter som används som lokal/personalyta saknar genomförda brandövningar, vilket delvis beror på att kraven för sådana övningar inte är relevanta för sådana små utrymmen.

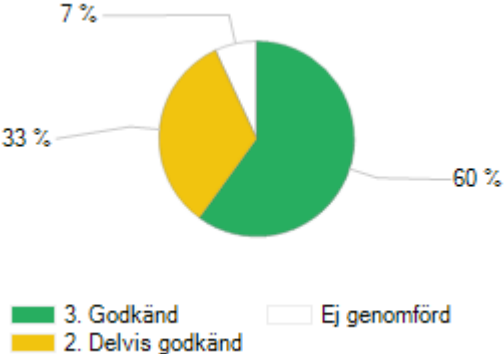
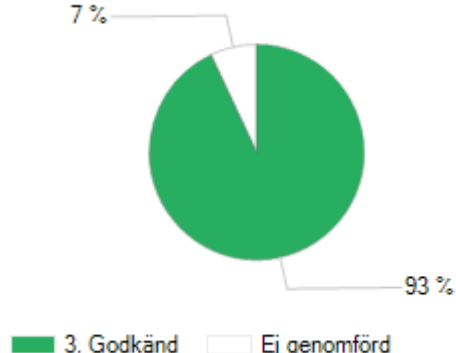
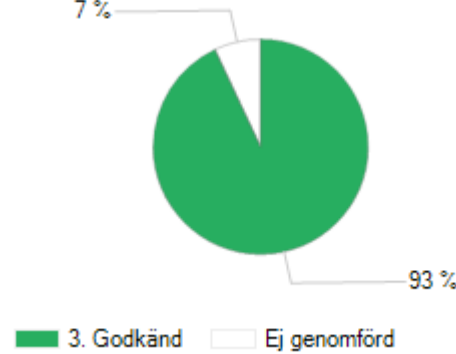
Starten av en ny verksamhet har skett inom det granskade tidsramen och hann inte fullständigt anpassa sig till kraven innan uppföljningen avslutades.

Den procenten som gäller ej genomförd är för Parkvägen som har avvecklats.



SBA



Delområde	Kommentar
<p>Riskhantering/Nödlägesberedskap</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3. Godkänd 9 (st) ◆ 2. Delvis godkänd 5 (st) ■ Ej genomförd 1 (st) 	<p>Riskhantering/nödlägesberedskap finns hos samtliga verksamheter. Verksamheter som delvis uppfyllde kraven har inte samma krav som resterande verksamheter när det kommer till utrymningsrutiner.</p>  <p>7 % 33 % 60 %</p> <p> ■ 3. Godkänd ■ Ej genomförd ■ 2. Delvis godkänd </p>
<p>Utbildning</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3. Godkänd 14 (st) ■ Ej genomförd 1 (st) 	<p>Gällande brandutbildning har de flesta verksamheterna utbildat sina medarbetare. Verksamheterna har även en god dokumentation gällande utförda och planerade utbildningar.</p>  <p>7 % 93 %</p> <p> ■ 3. Godkänd ■ Ej genomförd </p>
<p>Brandskyddsbeskrivning</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3. Godkänd 14 (st) ■ Ej genomförd 1 (st) 	<p>Brandskyddsbeskrivning. Dokumentationen ska innehålla vilka brandskyddsinstallationer som finns, var brandsläckarna, brandfiltarna och annan brandskyddsutrustning är placerade och hur de ska användas i händelse av brand.</p>  <p>7 % 93 %</p> <p> ■ 3. Godkänd ■ Ej genomförd </p>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-11-01
ON/2023:98

Avtalsuppföljning av boendestöd 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen har LOV avtal för insatsen boendestöd och har avtal med fem utförare. Uppföljning görs i de verksamheter som har fler än fem brukare och ingen uppföljning har gjorts hos Frösunda omsorg och Lindahlens omsorg. Under året har en utförare, Lavis omsorg sagt upp avtalet med omvårdnadsförvaltningen, avtalet upphör 2024-04-30.

Avtalsuppföljningen för innevarande år har haft fokus på verksamheternas utvecklingsplan efter uppföljning 2022 och omfattar två av tre verksamheter. Nyttida boendestöd hade inga utvecklingsområden och där har ingen uppföljning genomförts.

Avtalsuppföljningen omfattar två verksamheter, Sympati AB och Funkisgruppen som ger stöd till sammanlagt 38 klienter i Solna.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av verksamhetens utvecklingsplan och inhämtat skriftligt hur arbetet fortlöpt innan uppföljningen. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams där verksamhetschef och andra nyckelpersoner har deltagit. Under uppföljningen har en diskussion genomförts gällande kvarvarande utvecklingsområden. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober 2023.

Verksamheterna har ett tydligt och nära ledarskap, verksamheterna har gemensamma utvecklingsområden inom den sociala dokumentationen och avvikelser. Verksamheterna har ett systematiskt arbetssätt gällande avvikelser som är implementerade hos medarbetare. Verksamheterna arbetat på ett systematiskt sätt att utveckla den sociala dokumentationen och genom egenkontroller följa upp vidtagna åtgärder ger effekt. Verksamheterna dokumenterar i digitala system vilket förbättrat journalföringen i stort. Verksamheterna behöver fortsätta utveckla arbetet med social journal.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där det framgår hur arbetet fortlöpt under året.

Handlingar

Avtalsuppföljningar boendestöd 2023



Helena Åman
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare

Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom boendestöd. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Avtalsuppföljning 2023

FUNKISGRUPPEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	3
Underlag bedömning.....	4

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en avtalsuppföljning varje år. I år har verksamhetens utvecklingsplan från uppföljningen 2022 följts upp.

Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Funkisgruppen sedan maj 2015.

Funkisgruppen är ett svenskt aktieföretag där Transport IT Group AB, är majoritetsägare och bedriver förutom boendestöd även daglig verksamhet, ledsagning, personlig assistans och avlösarservice enligt lagen om stöd och service (LSS).

Funkisgruppen har beviljats tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva boendestöd. Funkisgruppen ger boendestöd till 25 medborgare i Solna.

Funkisgruppen har sina lokaler på Korta gatan i Solna där personalmöten äger rum och där personalen kan dokumentera. Där finns även möjlighet för personalen att träffa sina klienter.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i via teams den 5 oktober 2023.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2022. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde samt hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams och på mötet deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning





Verksamheten har en tydlig organisation och ett nära ledarskap. Verksamheten har genomfört kompetensutveckling inom social dokumentation under 2022. Verksamheten har ett flexibelt arbetssätt med ett tydligt klientfokus för att skapa dialog och delaktighet vid insatsernas genomförande. Vidare har verksamheten utvecklat sitt arbete med avvikelser som visar en positiv utveckling med fler som skriver.

Verksamhetens medarbetare för social journal i Life care utförare som tillhandahålls av omvårdnadsförvaltningen och den social journalen har utvecklats positivt sedan föregående uppföljning. Verksamheten genomför egenkontroller för social dokumentation som presenteras för medarbetargruppen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller vid behov under året.

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns för social dokumentation och egenkontroller finns i verksamheten. Verksamhetens har utvecklat sina arbetsätt med genomförandeplaner och behöver fortsätta sitt arbete med att få ihop helheten av den sociala dokumentationen.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Social dokumentation och egenkontroll
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.



Underlag bedömning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Det finns rutiner för avvikelserapportering och avvikelser diskuteras löpande på arbetsplatsträffar. Verksamheten påminner medarbetarna om vikten av att skriva avvikelser i sitt månadsbrev och veckobrev. Avvikelser har en stående punkt på arbetsplatsträffar för att hela tiden vara aktuell. Verksamhetschef och kvalitetskoordinator för samtal med medarbetare för att arbeta förebyggande och ledningen presenterar och följer upp vidtagna åtgärder för ett lärande i medarbetargruppen. Verksamheten har ett systematiskt arbete med avvikelser som kommer att följas upp i kvalitetsberättelsen 2024

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamhetens samtliga klienter har en upprättad och aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanen innehåller mål och hur stödet ska utföras har förtydligats. Verksamheten har utvecklat sin mall för genomförandeplan och den enskildes delaktighet har förtydligats med hur den enskilde varit delaktig vid upprättandet. Det framgår av planen i vilken utsträckning samverkan ska ske med andra samt att inhämtat samtycke finns i personakten. Det finns datum för uppföljning i genomförandeplanen som är inom avtalat intervall det vill säga sex månader.

Delområde	Kommentar
Social journal  2. Delvis godkänd	Verksamheten dokumenterar i ett digitalt system och den sociala journalen förs löpande och i kronologisk ordning samt att journalanteckningar signeras. Verksamheten arbetar med att utbilda medarbetare i social dokumentation och verksamhetens egenkontroller med fördjupade granskningar har gett resultat. Verksamhetens arbete med social dokumentation kommer att vara ett fokusområde för nästkommande år. Verksamheten behöver vidmakthålla det påbörjade utvecklingsarbetet för att utveckla den enskildes sociala journal.
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som är aktuella utifrån föreskriften. Rutinen är implementerad och verksamheten har genomfört utbildningssatsningar under våren och hösten 2022 och 2023. Utförarens kvalitetsansvarig gör egenkontroller utifrån ett förutbestämt antal parametrar av den sociala dokumentation som förs av medarbetargruppen. Egenkontrollen sammanställs med utgångspunkt på det som fungerar bra men också där det finns utvecklingsområden. Resultatet presenteras för medarbetargruppen och diskuteras för att öka kunskapen där det finns förbättringsområden samt att ta fram åtgärder och riktade utbildningssatsningar.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Funkisgruppen Rating 90
Skattekontroll  3. Godkänd	<p>Funkisgruppen</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 556881-625883</p> <hr/> <p>Namn: Funkisgruppen</p> <p>Godkänd för F-skatt JA</p> <p>Registrerad för moms JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare JA</p> <p>Sept-23 1 204 170</p> <p>Aug -23 1 242 556</p> <hr/>

Avtalsuppföljning 2023

SYMPATI AB



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	3
Underlag bedömning.....	4

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför uppföljningar varje år. Sympati AB erbjuder boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL). Solna stad. Omvårdnadsförvaltningen har LOV-avtal med Sympati sedan mars 2017. Verksamheten är belägen i Stockholm på Tegelviksgatan 42B och där äger arbetsplatsträffar och handledningstillfällen rum samt där kan medarbetarna dokumentera i den sociala journalen och upprätta genomförandeplaner.

Vid uppföljningen har 13 Solna medborgare insatser från Sympati. Kvalitetsutvecklaren hade uppföljning med verksamhetschefen via teams den 6 oktober 2023.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har haft fokus på att följa upp utvecklingsplanen från 2022 års uppföljning. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat med respektive utvecklingsområde under det verksamhetsåret och om arbetet fortlöpt som planerat. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams med verksamhetschefen för boendestödet och kvalitetsutvecklare.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Ledarskapet är nära och beslutsvägarna korta och den förändring som genomfördes i ledningsstrukturen här väl implementerad i organisationen. Verksamheten har engagerade medarbetare med ett stort klientfokus. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska arbetsplatsträffar och följer sin mötesstruktur. Verksamheten har återupptagit sitt aktiva arbete med avvikelser vilket behöver följas över tid.

Verksamheten gör en ny översyn av sitt ledningssystem och rutiner är uppdaterade och finns tillgänglig på verksamhetens intranät.

Medarbetarna dokumenterar på kontoret och det finns avsatt tid för detta en gång i veckan. Den sociala journalen kan utvecklas med en tydligare koppling till beställning och med koppling till målen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller under året.

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens rutiner
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklats sina arbetssätt och rutiner har implementerats hos medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Egenkontroll av social dokumentation
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Rutiner för klagomål, synpunkter och rapport om missförhållanden finns i verksamheten. Rutinerna är implementerade hos alla medarbetare. Alla avvikelser redovisas på arbetsplatsträffar och handlingsplaner upprättas. Verksamhetens arbete med avvikelser är implementerat och avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar. Avvikelser har ökat över tid.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har utvecklat den sociala journalen och det skrivs inte längre sammanfattningar utan journalanteckningar görs i kronologisk ordning. Verksamheten har infört nya rutiner för social journal som är implementerade i verksamheten. Den sociala dokumentationen kommer att vara ett fokusområde under 2024 och då kommer verksamhetens arbete med social journal att följas upp.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin hur för hur egenkontroll av socialdokumentation ska genomföras på ett systematiskt sätt och egenkontrollerna genomförs som planerat. Egenkontrollen efter att åtgärder vidtagits har gett effekt och den sociala dokumentationen har utvecklats och förbättrats.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sympati AB Rating 81
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Sympati AB <hr/> Organisationsnummer: 559025-2325 <hr/> Namn: Sympati AB Godkänd för F-skatt JA Registrerad för JA moms Registrerad som arbetsgivare JA Sept-23 473 913 Aug -23 473 538 <hr/>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-11-03
ON/2023:100

Avtalsuppföljning av daglig verksamhet enligt LSS 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar fem verksamheter med fem eller fler personer som bor i Solna och uppföljningen omfattar 77 personer. Ingen uppföljning av daglig verksamhet gjordes under 2022 och årets uppföljning har utgått från verksamheternas utvecklingsplan från 2021.

Avtalsuppföljningen för innevarande år har haft fokus på verksamheternas utvecklingsplan efter uppföljning 2021 och omfattar fem av sju verksamheter. Under 2022 har två verksamheter utvecklats.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av verksamhetens utvecklingsplan och inhämtat skriftligt svar hur arbetet fortlöpt innan uppföljningen. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams där verksamhetschef och andra nyckelpersoner har deltagit. Under uppföljningen har en diskussion genomförts gällande kvarvarande utvecklingsområden. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september/oktober 2023.

Verksamheterna har arbetat med sina utvecklingsplaner och har rutiner för att säkra kvaliteten vis chefsbyten. Uppföljningen visar också att verksamheterna har utvecklat sina arbetssätt med avvikelser. Den sociala dokumentationen har utvecklats och alla verksamheter har system att dokumentera i vilket har underlättat för medarbetarna. Verksamheterna behöver även framöver arbeta med att utveckla den sociala journalen och de egenkontroller som görs.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där det framgår hur arbetet fortlöpt under året.

Handlingar

Avtalsuppföljningar daglig verksamhet LSS 2023

Helena Åman
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom boendestöd. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Avtalsuppföljning 2023

FUNKISGRUPPEN - INRIKTNING ARBETSMARKNAD



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	3
Underlag bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska genomföra en uppföljning varje år. Ingen uppföljning genomfördes under 2022 utan uppföljning av utvecklingsplanen för 2021 genomfördes under hösten 2023. Funkisgruppen är ett företag som växer och bedriver förutom daglig verksamhet även boendestöd, ledsagning, korttidsvistelse, personlig assistans, avlösarservice i flera kommuner i Stockholmsområdet. Funkisgruppen har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt 50 platser och det är 15 personer från Solna som deltar i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Funkisgruppens verksamhet drivs i ljusa fina lokaler på Korta gatan i Solna. Verksamheten har avtal med Solna stad enligt LOV sedan januari 2014. Funkisgruppen är en arbetsinriktad daglig verksamhet där fokus ligger på att finna praktikplatser på den öppna arbetsmarknaden som sedan kan resultera i en anställning.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning via teams den 26 september 2023

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde samt hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams och på mötet deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.









Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat aktivt med sin utvecklingsplan sedan avtalsuppföljningen 2021 och arbetet har återgått till sin ordinarie verksamhet som före pandemin. Verksamheten har tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten vid chefsbyten som är implementerad. Verksamheten har fortsatt att utveckla arbetet med avvikelser och det arbetet är väl förankrat i medarbetargruppen och är en stående punkt på arbetsplatsmöten. Sedan föregående uppföljning har verksamheten börjat föra den sociala journalen i Life care och det har lett till stora förbättringar. Egenkontroller genomförs av kvalitetsansvarig var tredje månad. Verksamheten behövde utveckla sin rutin för hot och våld och den är implementerad hos medarbetarna.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller vid behov under året.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2023
Ledning och organisation	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation och ledning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra rutinen för avvikelserapportering
✓ Aktiviteten är slutförd.	Arbetet med egenkontroller

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklat bra egenkontroller och har på så sätt utvecklat sin sociala journal och genomförandeplaner.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Egenkontroll
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Genomförandeplan
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal
✓ Aktiviteten är slutförd.	Samtycke

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Hot och våld

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetens organisation är beskriven i en rutin med tydlig ansvarsfördelning som är förankrad hos medarbetare. Namngiven ersättare finns vid uppdragschefens frånvaro. Ledningsorganisationen har utvecklats till två ledningsgrupper med olika fokus, en operativ ledningsgrupp och en administrativ ledningsgrupp. Uppdragschefen för daglig verksamhet har relevant högskoleutbildning utifrån uppdraget och har två samordnare som sköter den dagliga planeringen. Verksamhetschefen ansvar även för boendestödet i Solna. Verksamheten har rutiner för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyten och dessa är implementerad i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för avvikelserapportering. Samtliga typer av avvikelser rapporteras i ett digitalt avvikelssystem som kommer direkt till ansvarig chef. Uppdragschefen och den strategiska chefen ansvarar för att utreda avvikelser och inhämtar erforderlig information från berörda. Utredningen presenteras sedan på efterföljande personalmöte och där man gemensamt fattar beslut om åtgärder. Det är ett arbetssätt föra att försäkra sig om att alla medarbetare informeras om fattade beslut. Protokoll finns tillgängliga för dem som ej deltar på mötet. Genomgång av rutin och inrapporterade avvikelser är en stående punkt på APT-agendan. I verksamhetens ledningsgrupp går man igenom inrapporterade avvikelser för att söka systematik och vidta åtgärder på strategisk nivå.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete 3. Godkänd	<p><u>Riskanalyser</u></p> Verksamheten genomför riskanalys på verksamhetsnivå inom fördefinierade områden samt utifrån vad som sker i verksamheten för tillfället. Detta görs två gånger per år. Riskanalys på individnivå görs på samtliga deltagare i verksamheten. Det finns en framtagen mall för de områden inom vilken risk alltid bedöms. Riskbedömningen följs upp i samband med uppföljning av genomförandeplan. Verksamheten har rutin för riskbedömning utifrån förändrat arbetssätt.
	<p><u>Egenkontroll</u></p> Verksamheten genomför egenkontroll inom ett antal fördefinierade områden fyra gånger per år. Områden som då följs upp är bl.a. aktuella genomförandeplaner, kvaliteten i social journal, SBA, att inrapporterade avvikelser och klagomål utretts och åtgärder vidtagits mm. Verksamhetschef har ett årshjul som stöd för att säkerställa att aktiviteter under verksamhetsåret genomförs som planerat och även detta följs upp i samband med egenkontroll.
	<p><u>Rutiner</u></p> Kvalitetschef/strategisk chef ansvarar för att rutiner är aktuella, såväl datumässigt som till sitt innehåll. Att rutiner hålls aktuella ingår som en del i egenkontrollen. Vid revidering av rutiner utgår verksamheten från inrapporterade förbättringsförslag och avvikelser samt resultatet i egenkontrollen, omvärldsbevakning och sådant som fångas upp i det dagliga arbetet. Samordnarna är oftast med då nya rutiner tas fram.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan 3. Godkänd	Samtliga deltagare har en aktuell genomförandeplan och den regelbundna egenkontroller säkerställer att inget minnas. Innehåll och mål finns beskrivet men verksamheten kan arbeta med mätbara mål för att det ska blir en röd tråd mellan beställning, genomförandeplan och social journal. Genomförandeplanen beskriver

Delområde	Kommentar
	hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av planen. Verksamheterna har sett över blanketten för att inhämta samtycke och att det där beskrivs kring vilka frågor samverkan omfattar.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten dokumenterar i Life care som är det dokumentationsstöd som omvårdnadsförvaltningen använder. Den social journalen har utvecklats och fler anteckningar görs i kronologisk ordning. det digitala systemet och egenkontroll har medfört att dokumentationen har förbättrats. Kvalitetsutvecklare kommer att följa upp arbetet med social journal under 2024.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för egenkontroll som genomförs var tredje månad. Verksamheten har rutin för att vidta åtgärder och följa upp att åtgärderna ger önskar resultat.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld och rutinerna är förankrade hos medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Funkisgruppen - inriktning arbetsmarknad Rating 90
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Organisationsnummer: 556881-625883</p> <hr/> <p>Namn: Funkisgruppen</p> <p>Godkänd för F-skatt JA</p> <p>Registrerad för moms JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare JA</p> <p>Sept-23 1 204 170</p> <p>Aug -23 1 242 556</p> <hr/>

Avtalsuppföljning 2023

LUNDA DAGLIG VERKSAMHET



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	3
Underlag bedömning.....	4

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska genomföra en uppföljning varje år. Ingen uppföljning genomfördes under 2022 utan uppföljning av utvecklingsplanen för 2021 genomfördes under hösten 2023.

Lundagatans dagliga verksamhet drivs av Nytida sedan 2018. Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har tillstånd om 16 platser och det är 8 personer från Solna som deltar i verksamheten.

Verksamheten vänder sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har sina lokaler i bottenvåningen på ett flerfamiljshus på Lundagatan i Solna. Verksamheten har avtal med Solna stad enligt LOV sedan 2016. Verksamheten är arbetslivsinriktad där fokus ligger på att hitta praktikplatser på den öppna arbetsmarknaden. Det finns också möjlighet att delta i teater- och tidningsverksamhet.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i verksamheten den 25 september 2023.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan efter avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har skickat utvecklingsplanen till verksamhetschefen innan uppföljningen och fått skriftliga svar på vidtagna åtgärder. Uppföljning har genomförts genom teammöte med verksamhetschef och enhetschef för verksamheten.

Kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft en viss personalomsättning och en ny enhetschef tar över verksamheten under hösten 2023 och överlämning pågår. Verksamhetschefen kommer att bjudas till uppstartsmöte under 2024.







Verksamheten har en liten medarbetargrupp som har ett stort engagemang för brukarna. Verksamheten har återgått till sin ordinarie verksamhet efter pandemin och erbjuder återigen praktikplatser och andra aktiviteter både inomhus och utomhus. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt och implementerat nya rutiner.

Verksamheten har rutiner för att säkra kvaliteten vid chefsbyte och verksamhetens fortsatta arbete med avvikelser kommer att följas upp i kvalitetsberättelsen.

Åtgärd

Verksamheten inkommer med sin kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur verksamhetens arbete med egenkontroller fortlöper under året vid behov.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2023
Ledning och organisation	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation och ledning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven enligt avtal.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen har arbetat i verksamheten sedan 2021 och ansvarar för den dagliga driften. Under sommaren har en ny enhetschef rekryterats som kommer att ta över verksamheten under oktober 2023. Enhetschefen arbetar direkt i verksamheten med att ge stöd. Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning och det finns namngiven ersättare finns vid chefsfrånvaro. Ledningsstrukturen är känd i medarbetargruppen. Funktionsbeskrivningar finns där det framgår vilket ansvar och mandat respektive funktion har. Verksamheten har utifrån Nytidias strategiska arbete med att handleda nya chefer och ge stöd vid övergångar upprättat en lokal rutin för överlämning för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Rutin för avvikelshantering finns och är förankrad hos medarbetare. Avvikelser rapporteras i systemet Q-maxit, när en avvikelse rapporteras får ansvarig chef ett mail om detta och ansvarar för utredning och förslag till åtgärder som därefter lyfts på APT. För allvariga avvikelser som klassas som 3 eller 4 på en fyrgradig skala så skickas ett mail till regionchef, sektorchef, affärsområdeschef och kvalitetschef som sedan ska bevaka utredningen och de åtgärder som vidtas. Verksamheten har haft ett fåtal inrapporterade avvikelser och därutöver inkommer andra avvikelser utifrån egenkontroller. Då en avvikelse avslutas får rapportören ett mail och kan då följa hur ärendet fortlöpt och vilka åtgärder som planerats eller

Delområde	Kommentar
	vidtagits. Avvikelsen avslutas först då uppföljning skett av planerade åtgärders effekt. Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah lyfts minst två gånger per år utifrån årsplaneringen som enhetschef och verksamhetschef ansvarar för. Verksamhetens lokala rutin har setts över och förankrats i chefsledet för att säkerställa att beställande nämnd får kännedom om när en rapport om missförhållande inleds.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Lundagatans dagliga verksamhet Rating 75
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Lundgatan Organisationsnummer: 556434-5691
	Namn: Nytida stöd och resurs
	Godkänd för F-skatt JA
	Registrerad för moms JA
	Registrerad som arbetsgivare JA
	Sept-23 770 948
	Aug -23 886 607

Avtalsuppföljning 2023

SMEDJAN I DANDERYD



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	3
Underlag bedömning.....	4

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska genomföra en uppföljning varje år. Ingen uppföljning genomfördes under 2022 utan uppföljning av utvecklingsplanen för 2021 genomfördes under hösten 2023. Smedjans dagliga verksamhet i Danderyd ingår som en av Solna stads LOV-upphandlade verksamheter och drivs av Nytida. Smedjan har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt 60 platser och 6 personer från Solna deltar i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS. I huvudsak är det personer med Aspergers syndrom/högfungerande autism som erhåller stöd i verksamheten.

Smedjan dagliga verksamhet drivs i fina lokaler i Danderyd. Verksamheten har en tydlig inriktning mot arbetsträning, i syfte att förbereda arbetstagarna för den öppna arbetsmarknaden. Utöver externa praktikplatser, erbjuder verksamheten aktiviteter inom snickeri, textil, ateljé, musikproduktion, media, körkortsteori, kontorsarbete och har även en servicegrupp där arbetstagare tar emot och utför serviceuppdrag på andra enheter.

Avtalsuppföljningen genomfördes den 26 september 2023.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan efter avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har skickat utvecklingsplanen till verksamhetschefen innan uppföljningen och fått skriftliga svar på vidtagna åtgärder. Uppföljning har genomförts genom teammöte med verksamhetschef och enhetschef för verksamheten.

Kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning







Verksamheten är välfungerande och har en engagerad personalgrupp och ett nära ledarskap med korta beslutsvägar. Verksamheten har återgått till sin tidigare planering efter pandemin och den fysiska närvaron är som innan pandemin. Möten sker fortfarande via teams ibland med antalet fysiska möten har ökat.

Verksamheten har utvecklat sin sociala dokumentation och den uppfyller kraven i avtalet. Verksamheten har sett över sina rutiner för samverkan och det finns rutiner för att säkra kvaliteten vid chefsbyte. Verksamhetens fortsatta arbete med avvikelser kommer att följas upp i kvalitetsberättelsen.

Åtgärd

Verksamheten inkommer med sin kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur verksamhetens arbete med egenkontroller fortlöper under året vid behov.


Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2023
Ledning och organisation	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation och ledning

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Extern samverkan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Intern samverkan

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller uppställda krav.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Enhetschef som ansvarar för verksamheten finns i verksamheten i stort sett alla dagar. Enhetschefen ansvarar för att fördela arbetet, personalansvar och kan avropa stöd från enhetsstöd med vissa egenkontroller och visst administrativt arbete. Det finns även möjlighet att få stöd i olika personalfrågor. Rutin för ersättare vid chefs frånvaro finns och är förankrad i medarbetargruppen. Enhetschefen har arbetat flera i samma verksamhet. Inom Nytida finns stöd att få för nya chefer. Nytida arbetar på en strategisk nivå med att säkra överlämningen vid chefsbyte för att säkra kvaliteten. Nytida har framtagna rutiner och checklistor, varje ny chef har en mentor som stöd vid ett övertagande av en ny verksamhet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan som följs upp varje år. Verksamheten behöver se över rutinen med anledning av att verksamheten utvecklas och nya samverkanspartner blir aktuella. Verksamheten beskriver hur samverkan ska ske med omvårdnadsförvaltningen. Därutöver sker samverkan utifrån respektive arbetstagares individuella behov och önskemål. Samtycke inhämtas innan kontakt tas. Verksamheten har ett medvetet arbetssätt i de fall en arbetstagare ej kommer till verksamheten. Rutin finns för när LSS-handläggare ska informeras och individuell bedömning görs för hur arbetstagaren ska kontaktas vid frånvaro. Om arbetstagaren bor i bostad med särskild service kontaktas bostaden efter att samtycke inhämtats, för att samverka kring att motivera arbetstagaren att komma till sin dagliga verksamhet.
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	Verksamheten har en sittning varje morgon, där medarbetarna går igenom dagen innan arbetstagarna börjar. I samband med detta kan sådant som frånvaro hanteras och alla får en bild av hur dagen är tänkt att fortlöpa. Tisdagsmötena är ett forum där intern samverkan sker mellan samtliga medarbetare. Fokus på dessa möten är arbetstagarna och hur insatserna fortlöper för respektive individ. Verksamheten har sett över rutinen för intern samverkan och implementerat den i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Smedjan i Danderyd Rating 70
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Smedjan</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 556487-0771</p> <hr/> <p>Namn: Smedjan i Danderyd</p> <p>Godkänd för F-skatt JA Registrerad för JA moms Registrerad som arbetsgivare JA</p> <p>Sept-23 2 288 54 0 Aug -23 2 494 67 2</p> <hr/>

Avtalsuppföljning 2023

SOLNA DAGLIGA VERKSAMHET



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	3
Underlag bedömning.....	4

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska genomföra en uppföljning varje år. Ingen uppföljning genomfördes under 2022 utan uppföljning av utvecklingsplanen för 2021 genomfördes under hösten 2023.

Solna dagliga verksamhet drivs av Waxö omsorg som har tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten har sammanlagt tillstånd för 25 platser varav 8 omfattar personkrets 2. Verksamheten tar emot 25 personer i verksamheten som är belägen i Huvudsta i Solna.

Verksamheten erbjuder aktiviteter inom ett flertal områden, såsom exempelvis fysisk aktivitet, måleri, enskilda arbeten, musik & drama, miljö, vardagliga sysslor och hushållsgöromål, datorkunskap, bad & spa samt rörelseträning.

Avtalsuppföljningen har genomfört via teams den 30 oktober 2023.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde samt hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams och på mötet deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Solna dagliga verksamhet har ett tydligt individfokus. Verksamheten har även en uttalad strategi att inom ramen för utvecklingsarbetet utgå från det som fungerar väl, i syfte att dra lärdomar av detta som kan överföras till områden där utvecklingsbehov finns.









Företaget har tagit fram en rutin och checklista för att säkra kvalitén vid chefsbyte. Verksamheten har fortsatt sitt arbete med utbildning i social dokumentation då verksamheten har bytt dokumentationsstöd och övergår till att dokumentera utifrån IBIC.

Verksamheten har arbetat bra med sin utvecklingsplan och arbetet med avvikelser har fortskridit och medarbetarna har kännedom om rutin och arbetssätt. Verksamheten behöver fortsätta med sitt arbete på social dokumentationen och de egenkontroller som behövs för att följa upp den sociala journalen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller vid behov under året.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2023
Ledning och organisation	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation och ledning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd	Verksamhetens arbete med rutiner

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Egenkontroll av social Dokumentation
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven enligt avtal.



Underlag bedömning

Ledning och organisation


Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är ansvarig för en verksamhet och har sitt kontor på den dagliga verksamheten. Ledarskapet är nära och tydligt. Vem som äger mandat att fatta beslut i olika frågor är tydligt beskrivet. Solna dagliga verksamhet har en namngiven ersättare när den ordinarie verksamhetschefen är frånvarande. Ersättare har god verksamhetskännedom och är känd hos medarbetarna. Det finns rutiner och checklista för att säkra upp att kvaliteten inte påverkas negativt

Delområde	Kommentar
	vid chefsbyte.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	<p>Rutiner finns i verksamheten och avvikelser av olika slag kan rapporteras i en och samma blankett. Verksamhetschef sorterar rapporterade avvikelser och säkerställer att dessa utreds i rätt mötes forum. Avvikelser kopplade till verksamhetens rutiner lyfts på de så kallade verksamhetsträffarna och avvikelser kopplade till omsorgstagarna lyfts på de så kallade innehållsträffarna eller på kontaktmannaskapsträffarna.</p> <p>Antalet avvikelser fortsätter att öka under året som varit. Medarbetare behöver stöd i vad som är en avvikelse vilket diskuteras både på personalträffar och individuella träffar med verksamhetschefen. Verksamhetschefen upplever att medarbetare inte längre känner sig osäkra i att lämna in avvikelser vilket har utvecklat verksamhetens kvalitetsarbete.</p> <p>Rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts årligen i medarbetargruppen utifrån terminsplanering och ingår i verksamhetens årshjul.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p><u>Risakanlys</u></p> <p>Verksamheten bedömer risker knutna till omsorgstagarna i samband med ny omsorgstagare, därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan samt därutöver vid behov. Risker bedöms dels ur ett omsorgstagarperspektiv och dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplan utifrån identifierade risker formuleras och förs in i de arbetsbeskrivningar som finns i respektive omsorgstagares APO-pärm.</p> <p>Arbetsmiljörisker finns med som stående punkt på personalmöte. I samband med detta lyfts nya identifierade risker och handlingsplaner som formulerats utifrån dessa.</p> <p>Vad gäller risker för omsorgstagaren så utgår verksamheten från sådant som kommit verksamheten till kännedom från LSS-handläggare, närstående eller annan aktör. En checklista används vid riskbedömning för att säkerställa att ett antal aspekter alltid beaktas då risker bedöms.</p> <p><u>Egenkontroll & åtgärder</u></p> <p>Identifierade utvecklingsbehov som framkommer i t.ex. enkätundersökningar och avtalsuppföljningar utgör underlag för den genomförandeplan för verksamheten som formuleras årligen. Verksamhetschef ansvarar för att följa upp den genomförandeplan vilken också lyfts i medarbetargruppen. Det finns en röd tråd mellan den genomförandeplan på organisations-, verksamhets- och individnivå för chef och medarbetare.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Medarbetare med särskilt ansvar inom något område ansvarar även för att rutiner inom området hålls aktuella och revideras regelbundet. Att regelbundet säkerställa att samtliga rutiner är aktuella och reviderade gör verksamhetschefen utifrån egenkontroller som ingår i verksamhetens årshjul. Vid verksamhetens egenkontroll så framkom det att vissa rutiner inte reviderats som planerat och det är nu åtgärdat.</p> <p>Vid revidering av rutiner lyfts detta på efterföljande personalmöte eller kommuniceras ut via e-post som skrivs ut och sätts i pärm som samtliga medarbetare ska ta del av och signera.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har bytt dokumentationsstöd till care builder som är uppbyggt efter IBIC och livsområden. Verksamheten har haft och har utbildning i social dokumentation med fokus på att stärka journalföringen till målen i genomförandeplanen, verksamheten kallar arbetssättet för gula tråden. Det kommer ytterligare utbildningar till våren 2024 där livsområden ska implementeras hos medarbetare. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla den sociala journalen och genomförandeplaner utifrån att de byter dokumentationssystem.</p>

Delområde	Kommentar
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som håller på att uppdateras med förnyat arbetssätt. Verksamheten erbjuder utbildning i social dokumentation och arbetssättet är förankrat hos medarbetarna. Verksamheten gör egenkontroller med fokus på loggar, APO och samtlig dokumentation. Verksamhetschefen följer upp egenkontrollerna individuellt med medarbetaren.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Solna dagliga verksamhet Rating 96
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Solna dagliga verksamhet</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 559025-2325</p> <hr/> <p>Namn: Sympati AB</p> <p>Godkänd för F-skatt JA Registrerad för JA moms Registrerad som arbetsgivare JA</p> <p>Sept-23 473 913 Aug -23 473 538</p> <hr/>

Avtalsuppföljning 2023

VINGEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	3
Underlag bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska genomföra en uppföljning varje år. Ingen uppföljning genomfördes under 2022 utan uppföljning av utvecklingsplanen för 2021 genomfördes under hösten 2023.

Vingen drivs av Waxö omsorg. Waxö omsorg har tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheterna har tillstånd för 25 platser och det är 23 personer från Solna som deltar i verksamheten.

Verksamheten riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS. Vingen ligger i Råsunda i Solna och erbjuder arbete i secondhandaffär, musikskapande verksamhet, film, drama, tidningen Draken och transportservice.

Avtalsuppföljningen genomfördes via teams den 6 oktober 2023.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde samt hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams och på mötet deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Vingen är välfungerande verksamheter med omsorgstagarna i fokus. Verksamheterna har en uttalad strategi att inom ramen för utvecklingsarbetet utgå från det som fungerar väl, i syfte att dra lärdomar av detta som kan överföras till områden där utvecklingsbehov finns.

Verksamheten har fortsatt sitt arbete med utbildning i social dokumentation då verksamheten byter dokumentationsstöd. Verksamheten har arbetat bra med sin utvecklingsplan och arbetet med avvikelser har fortskridit och medarbetarna har kännedom om rutin och arbetssätt. Företaget har tagit fram en rutin och checklista för att säkra kvalitén vid chefsbyte. Verksamheten behöver fortsätta med sitt arbete på social dokumentationen och de egenkontroller som behövs för att följa upp den sociala journalen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller vid behov under året.

Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2023
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Arbetsätt finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation och ledningsstruktur

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Samverkan externt

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschefen ansvarar för både Vingen och Hagavillan och fördelar sin tid mellan verksamheterna. Verksamhetschefen har sitt fysiska kontor på Hagavillan. Vem som äger mandat att fatta beslut i olika frågor är tydligt beskrivet. Verksamhetscheferna inom Waxö omsorg ersätter varandra vid frånvaro. och har god kännedom om verksamheten. Medarbetare har god kännedom om verksamhetens organisation och får information vem som ersätter chefen vid frånvaro. Det finns rutiner och checklista för att säkra upp att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Personal och utbildning

Samverkan



Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Rutin för samverkan finns och externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Verksamheten beskriver att samverkan med externa parter i huvudsak sker utifrån omsorgstagarnas önskemål och uttryckta behov. Detta dokumenteras i ett så kallat samverkansavtal. Verksamheten har tagit fram en rutin för extern samverkan som är implementerad.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser 3. Godkänd	Verksamheten införde ett nytt arbetssätt under föregående år för att underlätta för medarbetare att rapportera avvikelser. Alla typer av avvikelser rapporteras i en och samma blankett, som sedan lämnas i avsett fack till verksamhetschef som sedan äger utredningen. Det finns skriftlig rutin för arbetssätt som nu har implementerat hos medarbetarna på planeringsdagar. Medarbetarna har rutin för att rapportera in avvikelser som utreds och återkopplas till medarbetare. Verksamhetschefen sammanställer inkomna avvikelser som presenteras i kvalitetsberättelsen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete 3. Godkänd	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete beskrivs utifrån tre processer, omsorgsprocessen, personalprocessen och verksamhetsprocessen. <u>Riskanalys</u> Verksamheten bedömer risker knutna till omsorgstagarna i samband med ny omsorgstagare, därefter i samband med uppföljning av genomförandeplan samt därutöver vid behov. Risker bedöms dels ur ett omsorgstagarperspektiv och dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. Handlingsplan utifrån identifierade risker formuleras och förs in i de arbetsbeskrivningar som finns i respektive omsorgstagares APO-pärm. Checklista finns som stöd vid riskbedömning ur ett omsorgstagarperspektiv, med aspekter som alltid ska beaktas. Verksamheten behöver se över hur de arbetar med riskanalyser inför förändringar i verksamheten som kan påverka det systematiska kvalitetsarbetet. <u>Egenkontroll</u> Verksamheten har rutin för egenkontroll. En tydlig mötesstruktur finns, där uppföljning av tidigare beslut och utvärdering av vidtagna åtgärder är en stående punkt. Tre olika interna enkäter används som underlag för verksamhetsplan och fortsatt utvecklingsarbete. Verksamhetscheferna inom Waxö omsorg besöker varandras verksamheter årligen, i syfte att se om de lokala rutiner som finns i verksamheten utgör ett tillräckligt stöd för en utomstående i det dagliga arbetet.

Delområde	Kommentar
	<p><u>Rutiner</u></p> <p>Rutiner finns i huvudsak utskrivna i pärmar och några finns på datorn. Verksamheten har på övergripande nivå tagit fram en rutin för vilken chef som ansvarar för. Rutiner revideras på förekommen anledning och respektive medarbetare med tilldelat ansvarsområde har ansvar och mandat att revidera rutiner så att dessa är ständigt aktuella. Verksamheten har i sin årsplanering att samtliga rutiner ska revideras två gånger per år. Verksamheten uppger att rutinerna är uppföljda och att den planering som är efterlevs.</p> <p>I de fall nya rutiner upprättats eller befintliga rutiner reviderats, anges detta i ett dokument som alla medarbetare ska ta del av i anslutning till påbörjat arbetspass och därefter signera att man tagit del av informationen. Verksamheten har sett över sina rutiner som nu är aktuella och uppdaterade.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Social journal  2. Delvis godkänd	Verksamheten har bytt dokumentationsstöd till care builder som är uppbyggt efter IBIC och livsområden. Verksamheten har haft och har utbildning i social dokumentation med fokus på att stärka journalföringen till målen i genomförandeplanen, verksamheten kallar arbetssättet för gula tråden. Det kommer ytterligare utbildningar till våren 2024 där livsområden ska implementeras hos medarbetare. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla den sociala journalen och genomförandeplaner utifrån att de byter dokumentationssystem.
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som håller på att uppdateras med förnyat arbetssätt. Verksamheten erbjuder utbildning i social dokumentation och arbetssättet är förankrat hos medarbetarna. Verksamheten gör egenkontroller med fokus på loggar, APO och samtlig dokumentation. Verksamhetschefen följer upp egenkontrollerna individuellt med medarbetaren. Verksamheten behöver säkra att egenkontrollen omfattar de bister som finns i social journal.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 96
Skattekontroll  3. Godkänd	Hagavillan <hr/> Organisationsnummer: 559025-2325 <hr/> Namn: Sympati AB Godkänd för F-skatt JA Registrerad för moms JA Registrerad som arbetsgivare JA Sept-23 473 913 Aug -23 473 538 <hr/>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-11-02
ON/2023:88

Yttrande över motion av Nataliya Hulusjö (KD), Zanna Mårtensson (M) och Marianne Damström Gereben (L) om att Solna ska söka medlemskap i föreningen Funkisglädje

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner förvaltningens yttrande över motion för vidare hantering i kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Den 19 juni 2023 väckte Nataliya Hulusjö (KD), Zanna Mårtensson (M) och Marianne Damström Gereben (L) en motion om att Solna ska söka om medlemskap i den ideella föreningen Funkisglädje. Föreningen Funkisglädje anordnar varje år en Funkisfestival som är en musiktävling för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

Solna stad, omvårdnadsförvaltningen har tidigare varit med i föreningen Funkisglädje men avslutade sitt medlemskap 2020.

Kristdemokraterna anser att ett medlemskap i Funkisglädje signalerar att Solna är en inkluderande stad som främjar inflytande, delaktighet och livskvalitet för LSS-personer. Funkisfestivalen är en uppskattad arena där målgruppen får glänsa och utvecklas på egna villkor. Medlemskapet i Funkisglädje kostar 50 000 kr per år.

I motionen föreslås kommunfullmäktige att besluta:

- Att ansöka om medlemskap i föreningen Funkisglädje
- Att deltävlingar ska ske i ett nära samarbete mellan arbetsmarknad, kultur och fritidsförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen än tidigare

Föreningen Funkisglädje fyller en viktig funktion i att stärka personer med funktionsnedsättning som har ett musikaliskt intresse och vilja att synas på scenen. Utifrån tidigare anordnade deltävlingar har det varit svårt att locka målgruppen att delta i uttagningarna. Omvårdnadsförvaltningen åtar sig att utreda om intresse finns hos målgruppen att delta i Funkisfestivalen och därmed gå med i föreningen Funkisglädje 2025.

Bakgrund till yttrandet

Omvårdnadsförvaltningen har tidigare varit med i föreningen Funkisglädje fram 2020 och varit aktiva i att anordna deltävlingar till Funkisfestivalen tillsammans med tidigare kultur- och fritidsförvaltningen. Under de år som förvaltningen har arrangerat deltävlingar så har det varit svårt att nå ut till målgruppen och locka dem att delta. Antalet artister minskade för varje år och trots annonser i lokaltidningen, flyers, affischer och annan media.



Omvårdnadsförvaltningen är positiva till ett medlemskap i föreningen Funkisglädje som vänder sig till personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Innan ett medlemskap behöver aktuella förvaltningar arbeta för att öka intresset hos målgruppen att medverka i aktiviteter kopplat till musik, teater eller annan estetisk verksamhet samt utreda förutsättningar för en deltävling och intresset hos målgruppen på sikt. Kultur- och fritidsförvaltningen har den kompetens och de resurser som behövs för att genomföra aktiviteter som ökar intresset för sång, musik och dans hos målgruppen.

Omvårdnadsförvaltningens medarbetare har stor kännedom om målgruppen och de verksamheter som de verkar i kan vara med att bidra med sina erfarenheter vid tidigare arrangemang och vara ett bollplank och bidra till att öka intresset för aktiviteterna.

Helena Åman
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen.

Motion om att Solna ska söka medlemskap i föreningen Funkisglädje

Funkisfestivalen är en årlig sångtävling för personer med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inom LSS. Medlemskommunerna arrangerar egna deltävlingar för artister inom LSS, varefter en vinnare från varje kommun skickas till semifinal och slutligen final. Festivalen arrangeras av den ideella föreningen Funkisglädje.

Senaste året Solna representerades i Funkisfestivalen var år 2020. När Solna stad valde att inte fortsätta medlemskapet var tanken att staden skulle anordna en egen sångtävling för målgruppen. Detta har dock inte realiserats.

Kristdemokraterna anser att ett medlemskap i Funkisglädje signalerar att Solna är en inkluderande stad som främjar inflytande, delaktighet och livskvalitet för LSS-personer. Funkisfestivalen är en uppskattad arena där målgruppen får glänsa och utvecklas på egna villkor. Medlemskapet kostar årligen 50 000 kr.

Solna har redan erfarenheter av att arrangera deltävlingar i Funkisfestivalens regi och kan därför lätt delta i festivalen, men ett framtida medlemskap bör med fördel ske i ett ännu närmare samarbete mellan omvårdnadsförvaltning och förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid än tidigare.

Vi föreslår därför kommunfullmäktige besluta

Att Solna ska bli medlemskommun i den ideella föreningen Funkisglädje och därmed kunna delta i Funkisfestivalen.

Nataliya Hulusjö
Kristdemokraterna

Zanna Mårtensson
Moderaterna

Marianne Damström Gereben
Liberalerna



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-11-09
ON/2023:103

Omvårdnadsnämndens sammanträdesdagar 2024

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden fastställer följande sammanträdesdagar under 2024, med start kl.18:00 om inget annat framgår av föredragningslistan.

Våren

20 februari
19 mars
16 april
14 maj
11 juni

Hösten

24 september
22 oktober
19 november
11 december (onsdag)

Sammanfattning

Omvårdnadsnämndens sammanträdesdagar ska fastställas för år 2024. I förslaget har hänsyn tagits till helgdagar, andra nämnders sammanträden, tillgång till lokal och när beslut om ekonomiska underlag (såsom årsredovisning, delårsrapporter samt verksamhetsplan och budget) ska fattas. Omvårdnadsnämndens sammanträden hålls vanligtvis på tisdagar.

Helena Åman
Förvaltningschef

Nadja Palovaara
Nämndsekreterare