

Dnr: 2022/ÄON 0099

Granskningsrapport

Gränsvägens gruppbostad

2022 - 10 - 10

Eva Lindgren & Sofia Pérez

tyresö kommun 

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Syfte	5
3	Metod	5
4	Verksamhetens förutsättningar	6
4.1	Verksamhetens uppdrag	6
4.2	Om verksamheten	6
4.3	Ledning	7
4.4	Personal och bemanning	7
4.4.1	Bedömning av verksamhetens förutsättningar.....	8
5	Arbetet i verksamheten.....	8
5.1	Verksamhetens rutiner och arbetsmetoder.....	8
5.2	Bemötande, självbestämmande och inflytande	9
5.3	Resultat från nationella brukarundersökningen 2021	9
5.4	Stödpersonalens uppdrag	10
5.5	Social dokumentation.....	10
5.5.1	Bedömning av arbetet i verksamheten.....	11
6	Kvalitetsarbete.....	11
6.1	Trygg och säker verksamhet	11
6.2	Systematiskt kvalitetsarbete.....	12
6.2.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete.....	12
7	Referenser.....	13

1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	Verksamhetens personal har gott bemötande gentemot de som bor i boendet.
Grön	Vid granskningen pågår ett utvecklingsarbete att skriva genomförandeplaner utifrån SMARTA mål.
Grön	Personalen har tid och forum för reflektion i sitt arbete.
Grön	Verksamhetschefen arbetar systematiskt med planering, utveckling och uppföljning av verksamheten.
Gul	Måltiderna behöver utvecklas för att öka delaktigheten och den sociala gemenskapen för de boende.
Gul	Verksamheten behöver säkerställa att personalen dokumenterar sociala journalanteckningar i enlighet med de krav som ställs.

Kvalitetsnivåer

Grön	Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.
Gul	Gult innebär att verksamheten har områden som behöver utvecklas.
Röd	Rött innebär att verksamheten uppvisar brister som måste åtgärdas.

2 Syfte

Syftet med granskningen är att beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. Med medborgare menas här de personer som är direkt berörda av den granskade verksamheten. Ansvarig nämnd i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. Granskningarna utförs av kvalitetscontrollers från enheten för juridik och utredning.

Syftet med granskningarna är att belysa arbetssätt ur ett kvalitetsperspektiv samt att tydliggöra förbättringsområden som underlag för åtgärder för att förbättra verksamheten.

3 Metod

Granskningen har omfattat observationer vid flera tillfällen och intervjuer med verksamhetschef, gruppchef, och personal. Den sociala dokumentationen som rör enskilda har också granskats. Vid granskningen har kvalitetscontrollers tagit del av styrdokument som rör verksamheten. Förteckning över de dokument som granskats finns under rubriken Referenser.

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamhetschef som också har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till ansvarig förvaltning som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Den färdiga rapporten anmäls till ansvarig nämnd och publiceras på www.tyreso.se

Bedömning av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen utgår från Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

¹ Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

4 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs verksamhetens förutsättningar i form av gällande lagstiftning, föreskrifter, organisation, ledning, personal, lokaler samt övriga resurser.

4.1 Verksamhetens uppdrag

En verksamhet enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Verksamheten ska vara av god kvalitet och insatserna ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra².

4.2 Om verksamheten

Gränsvägens gruppbostad är en bostad med särskild service för vuxna enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS³, personkrets 1.

Verksamheten drivs sedan 2010 på entreprenad av Nytida som ingår i Ambea⁴ koncernen.

Gruppboستaden ligger i ett villaområde nära service och allmänna kommunikationer och består av sex lägenheter och ett mindre gemensamt kök- och vardagsrum samt uteplats och trädgård. Lägenheterna är fullvärdiga bostäder och har egna uteplatser. Personalutrymmena består av ett jourrum med dusch och toalett samt ett litet kontor för dokumentation.

Målgruppen är personer med intellektuella funktionsnedsättningar och autism. I gruppboستaden bor sex personer i åldrarna 30 – 45 år.

För att förverkliga vision, värdegrund och uppdrag används Nytidans ramverk för pedagogik som utgår från evidensbaserad praktik och har individen i centrum.

Företagets vision: Vår värld, ” Vi gör världen lite bättre, en människa i taget”.

Uppdraget: Med engagemang och expertis gör vi skillnad för varje individ vi möter.

Värderingar: Respekt, Ansvar, Enkelhet och Kunskap.

Personalen upplever att samverkan mellan hälso- och sjukvårdsteamet (HSV) har fungerat bättre tidigare och under de senaste två åren har det skett en försämring. De uppger att det finns behov att klargöra vilket uppdrag och vilka ansvarsområden som HSV har. Under granskningen framkommer att

² 5, 6, och 7 §§ LSS

³ Bostaden beviljas genom beslut enligt 9 § 9 LSS

⁴ [Ambea – Ledande position inom omsorg i Norden](#)

gruppchef varit i kontakt med ansvarig sjuksköterska som informerar att det har varit en hög arbetsbelastning och det är nu beslutat att sjuksköterska kommer delta på verksamhetens personalmöten framåt och även finnas mer tillgänglig vid kontakt.

Samverkan mellan fysioterapeut och arbetsterapeut har fungerat bra och personalen upplever att de fått mycket stöd och hjälp därifrån.

4.3 Ledning

Verksamhetschefen har innehaft tjänsten sedan 2016 och hon var tidigare gruppchef på gruppboenden. Hon har också ansvar för två mindre gruppboenden i Haninge kommun. Dessa kommer hon att lämna över i samband med att hon övertar ledningsansvar två nya gruppboenden i Tyresö, Tärningen och villa Linde.

Verksamhetschefen har högskoleutbildning⁵ och lång erfarenhet av arbete med målgruppen. Hon har även genomgått olika ledarskapsutbildningar samt interna chefsutbildningar inom Ambea.

Verksamhetschefen deltar i en ledningsgrupp tillsammans med andra verksamhetschefer inom företaget. Hon anser att hon får bra stöd i sitt arbete genom de resurser som finns inom företaget.

På gruppboenden finns även en gruppchef som har en beteendevetenskaplig utbildning. Hon har bland annat arbetat som verksamhetschef, enhetschef och gruppchef tidigare inom företaget och i Stockholms stad.

4.4 Personal och bemanning

I gruppboenden arbetar sju personer (6,37 årsarbetare) inklusive gruppchef. Verksamheten är bemannad dygnet runt med sovande jour.

Under 2021 var enligt avtalsuppföljningen personalomsättningen på cirka 11 procent. Verksamheten har haft flera ordinarie personal som slutat och valt att vidareutbilda sig och därför har man behövt rekrytera ny personal.

Verksamheten har några vikarier som kontinuerligt återkommer och är välkända i verksamheten.

Den tillsvidareanställda personalen har adekvata grundutbildningar inom verksamhetsområdet och en lång yrkeserfarenhet från arbete inom vård och omsorg.

Personalen har individuella utvecklingsplaner. Under introduktionen går man igenom vilka tidigare utbildningar personalen gått och behöver komplettera

⁵ Med lämplig utbildning enligt SOSFS 2012:6 föreskrivs att den som förestår verksamheten ska ha en högskoleutbildning som är relevant för uppdraget. Personen ska dessutom ha erfarenhet av liknande verksamhet och ha tillräcklig kunskap för att leda den.

med. Nytida har en egen utbildningsportal med olika specifika utbildningar inom koncernen. Några av dessa gemensamma utbildningar är exempelvis lågaffektivt bemötande, att leda utan att vara chef, från begränsningsåtgärd till pedagogisk lösning, diagnos autism och ADHD och förståelse av kvalitetsansvar-Den röda tråden.

Vid introduktion av nyanställda utgår man från en checklista vad man ska gå igenom och lära sig. Under introduktionen går den nyanställda bredvid en ordinarie personal vid tre olika tillfällen.

4.4.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Personalen har den kompetens som behövs för uppdraget.

Verksamheten har tillgång till intern kompetensutveckling.

5 Arbetet i verksamheten

Här beskrivs de arbetsätt som används i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp verksamheten riktar sig till.

5.1 Verksamhetens rutiner och arbetsmetoder

Verksamheten har APT-möten en gång i månaden och de har även planeringsdagar regelbundet. De har extern handledning var tredje vecka och vid behov. Personalen uppger att det finns tid för diskussioner och reflektion.

De har tillsammans arbetat fram fungerande rutiner och har hittat ett koncept som fungerar. Rutinerna är grunden för verksamheten. De använder sig av exempelvis arbetsblad för varje dag där det står vad som ska göras och när det har gjorts stryks det på listan. Detta har visat sig vara mycket effektivt.

Gruppbestadens personal arbetar med tecken och bilder och använder sig av ett program som heter Inprint⁶. Där kan personalen skriva sociala berättelser, vilket är ett pedagogiskt arbetsätt för personer som har svårt att förstå verbal kommunikation. Utifrån det materialet kan de sedan förbereda den boende inför olika händelser och aktiviteter.

Under pandemin av covid-19 klarade sig alla boende utan att bli smittade. Som en förebyggande åtgärd skapade verksamheten aktiviteter i boendet istället för daglig verksamhet. De ordnade även fler digitala möten för att hålla kontakt med sin familj och vänner och även disco skedde digitalt.

⁶ <https://www.symbolbruket.se/produkter/inprint3>

5.2 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Verksamhetens personal har ett gott bemötande gentemot de som bor i boendet. Det visar sig bland annat genom personalens fokus på den boende och genom att skapa både grupp- och individuella aktiviteter utifrån den boendes önskemål och behov i första hand, samt en flexibilitet hos personalen som är gynnsam för den boende.

De boende har egna individuella veckoplaneringar och fritidsaktiviteter under veckan. De har även gemensamma aktiviteter på boendet och personalen motiverar och utvecklar aktiviteter. De går bland annat och tränar tillsammans på Friskis och Svettis en gång i veckan och deltar på disco på Bergfotens fritidsklubb en gång i veckan.

Verksamheten har gemensamt boendemöte på måndagar där de boende kan vara delaktiga i planeringen. Tillsammans planerar de bland annat vad de ska äta nästkommande vecka, aktiviteter för helgen och pratar om olika aktuella teman.

Personalen tillagar alla måltider maten i det gemensamma köket. De flesta vill äta gemensamt, men för de som önskar tillagas även maten i lägenheten. De som bor i gruppboenden har möjlighet att lämna önskemål om maträtter för kommande veckans matsedel och turas om att välja en egen maträtt till helgen.

Det framkommer vid måltiderna att personalen inte sitter med och äter tillsammans med de boende, utan de äter senare. Det är även personalen som lägger upp maten till de boende och maten står på spisen och inte på bordet eller på en närliggande vagn.

5.3 Resultat från nationella brukarundersökningen 2021

I tabellen redovisas resultatet från brukarundersökning 2021 avseende boendes upplevda trygghet, inflytande och förtroende för personal. Redovisningen visar resultat för Gränsvägens gruppboende jämfört med resultaten för alla gruppboenden i Tyresö kommun och i riket.

Resultat nationell brukarundersökning 2021⁷.

Fråga från nationella brukarundersökning 2020	Riket 2021	Tyresö 2021	Gränsvägens gruppboende 2021
---	------------	-------------	------------------------------

⁷ Resultaten från brukarundersökningen är hämtade från Kolada, och har tagits fram av SKR och RKA

Brukaren känner sig trygg med alla i personalen?	78	81	83
Brukaren är aldrig rädd för något hemma?	67	63	67
Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?	78	90	100

5.4 Stödpersonalens uppdrag

Den ordinarie personalen är stödperson för varsin person i boendet.

Gruppchefen håller samtal regelbundet med de boende för att stämma av hur de tycker att det fungerar med deras stödperson. Upplever den boende att det inte fungerar med den utsedda stödpersonen, så finns det också möjlighet att byta.

I verksamheten finns en skriftlig beskrivning på vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget som stödperson.

5.5 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och andra dokument som har betydelse för insatsens genomförande. Den sociala dokumentationen är lagstyrd och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt möjliggöra uppföljning av genomförda insatser. För att möjliggöra en systematisk uppföljning ska den sociala journalen innehålla uppgifter om faktiska omständigheter och händelser av betydelse i insatsens genomförande.

Syftet med genomförandeplanen är att skapa tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genomförandeplanen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Social dokumentation på Gränsvägens gruppbostad

Vid granskningstillfället har alla personer som bor i gruppboenden en aktuell genomförandeplan. Det framgår tydligt på vilket sätt den enskilda varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen. Det är ett pågående arbete att alla genomförandeplaner ska skrivas utifrån SMARTA^{8 9} mål.

I den sociala journalen finns ovidkommande uppgifter i form av arbetsanteckningar. Personalen har bland annat dokumenterat när man har varit ute på en promenad, eller ätit glass med grannen etc.

Det finns aktuella dokument som riskbedömningar, inhämtade samtycken och skyddsåtgärder. Det sker regelbundna uppföljningar av vidtagna åtgärder.

5.5.1 Bedömning av arbetet i verksamheten

Personalen har ett gott och individuellt bemötande mot de boende.

Verksamheten behöver systematiskt fortsätta arbetet med tydliggörande pedagogiska arbetsmetoder.

Verksamheten behöver förbättra delaktigheten och den sociala gemenskapen vid måltiderna på boendet.

Verksamheten behöver säkerställa att personalen dokumenterar i enlighet med de krav som ställs.

6 Kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9), kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas¹⁰.

6.1 Trygg och säker verksamhet

Enligt 6 § LSS¹¹ ska en verksamhet vara av god kvalitet och systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges.

Inom verksamhetsområdet finns tydliga skriftliga rutiner för bl.a. riskbedömningar, avvikelserapporteringar och rapporteringar enligt lex Sarah.

De intervjuade har kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.

⁸ Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer - Socialstyrelsen

⁹ SMARTA mål står för Specifikt, Mätbart, Accepterat, Realistiskt och Tidssatt

¹⁰ Lag (1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade)

6.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Nytida har ett övergripande ledningssystem för kvalitet (Qualimax), syftet med systemet är att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Dokumentationen av verksamhetens kvalitetsarbete sker i den så kallade ”förbättringsloggen” som är ett digitalt dokumentationsstöd i Qualimax. Förbättringsloggen innefattar att alla förbättringsärenden från medarbetare, möten, kvalitetsråd, verksamhetsuppföljning etc. läggs in i förbättringsloggen för åtgärder och uppföljning. Syftet med förbättringsloggen är att Nytida ska ha översikt av vad som behöver förbättras i verksamheterna.

Syftet med Qualimax är att varje kund upplever en trygg och säker omsorg, service och vård som svarar mot dennes behov och att alla medarbetare ska förstå och ta ansvar fortlöpande i det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetsplanen tas fram tillsammans med personalen och följs upp med jämna mellanrum för att säkerställa att arbetet går framåt enligt plan.

Verksamheten har APT-möte en gång i månaden där bland annat klagomål, synpunkter och avvikelser kontinuerligt lyfts. Chefen och personalen har en medvetenhet om vikten av att arbeta aktivt med avvikelser för att förbättra verksamheten.

6.2.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete

Samtliga av den intervjuade personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

Ledningen arbetar systematiskt tillsammans med personalen och det finns en tydlig medvetenhet om kvalitetsarbetet och en pågående utveckling av verksamheten.

7 Referenser

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna, SOSFS 2002:9

SVENSK STANDARD SS877001:2021, Svenska Institutet för Standarder

Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten – Socialstyrelsen

Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning – Socialstyrelsen

Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer - Socialstyrelsen

Kompetens i LSS-boenden – Socialstyrelsen

Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – Socialstyrelsen

Vad har IVO sett 2020? – IVO

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Myndigheten för delaktighet

Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder – Bo Hejlskov Elvén

Granskningsunderlag:

Avtalsuppföljning Tyresö kommuns riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete

Verksamhets-/enhetsplan 2022

Verksamhetsberättelse 2021

Personalens utbildning och erfarenhet

Personalens schema och bemanning

Resultat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinderområdet – Sveriges Kommuner och Regioner, SKR