

Dnr: 2023/ÄON 0075

# Granskningsrapport

Tärningens gruppbostad

2023 - 05 - 19

Karin Östensson & Sofia  
Pérez

tyresö kommun 



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Syfte .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Metod .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Verksamhetens förutsättningar .....</b>	<b>6</b>
4.1	Verksamhetens uppdrag .....	6
4.2	Om verksamheten .....	6
4.3	Ledning .....	7
4.4	Personal och bemanning .....	7
4.5	Bedömning av verksamhetens förutsättningar .....	8
<b>5</b>	<b>Arbetet i verksamheten .....</b>	<b>8</b>
5.1	Verksamhetens rutiner och arbetsmetoder .....	9
5.2	Bemötande, självbestämmande och inflytande .....	9
5.3	Resultat från nationella brukarundersökningen 2022 .....	9
5.4	Stödpersonalens uppdrag .....	10
5.5	Social dokumentation .....	10
5.6	Bedömning av arbetet i verksamheten .....	11
<b>6</b>	<b>Kvalitetsarbete .....</b>	<b>11</b>
6.1	Trygg och säker verksamhet .....	11
6.2	Systematiskt kvalitetsarbete .....	11
6.3	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete .....	12
<b>7</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>13</b>

## 1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	Verksamheten samarbetar med Nytidans andra gruppbestäder för att erbjuda brukare ett större utbud av aktiviteter och vidga deras sociala kontaktnät.
Grön	Det finns en gemensam kompetensutvecklingsplan i syfte att vidareutveckla verksamheten samt komplettera personalens kompetens.
Grön	Verksamheten har en tillräcklig grundbemanning och ett närvarande stöd från ledningen.
Gul	Verksamheten behöver utveckla den sociala dokumentationen för att skapa en tydlighet gällande utförande av brukarens insatser.
Gul	Verksamheten behöver utveckla kunskap och arbetssätt gällande skydds- och begränsningsåtgärder.
Gul	Verksamheten bör utveckla deras systematiska kvalitetsarbete och involvera medarbetare i högre grad i det arbetet.
Röd	Verksamheten behöver ta fram lokala rutiner för att skapa en tydlighet och enhetlighet i hur det dagliga arbetet ska utföras.
Röd	Verksamheten behöver utöka användningen av tydliggörande pedagogik och utveckla arbetssätt för att öka brukares delaktighet, självständighet och delaktighet.

### 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 en 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 pågick under april och maj 2023.

Denna har omfattat:

- Anmälda besök för observationer vid olika tillfällen.
- Intervjuer med verksamhetschef, gruppchef samt personal.
- Dialoger med personal och brukare.
- Enkätundersökning till närstående/ställföreträdare.
- Granskning av social dokumentation.
- Genomgång av verksamhetens ledningssystem och styrdokument.
- Övriga dokument av vikt (se referenser).

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 kvalitetsarbete<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Granskningsresultatet återkopplas muntligt och skriftligt till verksamhetschefen för Tärningen som då har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till ansvarig förvaltning som avgör vilka eventuella åtgärder verksamheten behöver vidta. Rapporten anmäls slutligen till ansvarig nämnd.

## 4 Verksamhetens förutsättningar

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

### 4.1 Verksamhetens uppdrag

Enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) ska en verksamhet 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 andra<sup>2</sup>.

### 4.2 Om verksamheten

Tärningens gruppbostad är en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS<sup>3</sup>. Målgruppen är personer som tillhör LSS personkrets 1, det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Verksamheten drivs sedan september 2022 på entreprenad av Nytida som ingår i Ambea<sup>4</sup> koncernen.

Gruppboستaden är belägen i ett flerbostadshusområde med gångavstånd till Tyresö centrum. Gruppboستaden är en ombyggd förskola och består av sex lägenheter med gemensamt kök och vardagsrum. De gemensamma utrymmena är trevligt möblerade och är anpassade till målgruppen. Lägenheterna är fullvärdiga bostäder<sup>5</sup> och alla har en uteplats.

I gruppboستaden bor sex brukare i en ålder av 28 till 40 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”.

---

<sup>2</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

<sup>3</sup> Bostaden beviljas genom beslut enligt 9 § 9 LSS

<sup>4</sup> Ambea – Ledande position inom omsorg i Norden

<sup>5</sup> Begreppet fullvärdig bostad ställer särskilda krav på bostadsstandarden. Huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet också ska gälla för en bostad med särskild service. (Boverkets byggregler, BBR, 3:22, 3:221 – 3:223)

- Uppdraget: Med engagemang och expertis gör vi skillnad för varje individ vi möter.
- Värderingar: Respekt, Ansvar, Enkelhet och Kunskap.

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret för brukare som bor på Tärningen. Intervjuad personal beskriver att samarbetet med hälso- och sjukvårdsteamet (HSV) är välfungerande och att dess personal är lättillgängliga. Det framförs även att samverkan och kontakten med myndighet och dess handläggare fungerar väl.

### 4.3 Ledning

Verksamhetschefen är sedan tidigare verksamhetsansvarig för Gränsvägen och Villa Linde som drivs i Nytidans regi och är belägna i Tyresö.

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

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

På gruppboenden finns även en gruppchef som har ansvar för personalen och den dagliga driften. Gruppchefen har 25% schemalagd administrativ tid och använder även annan tid för administrativa uppgifter när verksamheten tillåter detta. Gruppchefen har en högskoleutbildning inom ekonomi och kompletterat sin kompetens med relevanta utbildningar för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Hen har även en lång erfarenhet av arbete med målgruppen.

Gruppchefen beskriver att hen har ett bra stöd från verksamhetschefen och från andra gruppchefer inom Nytida.

### 4.4 Personal och bemanning

Utifrån avtalet med Tyresö kommun, ska utföraren svara för att verksamheten är kontinuerligt bemannad dygnet runt så att erforderlig vård, omsorg och säkerhet för brukare garanteras.

Enheten är bemannad med två personer på morgonen, en under dagen och sedan två till tre på kvällen, varav en har sovande jour.

Det finns ingen överlappningstid mellan dag och kvällspersonal.

Under 2022 var personalomsättningen på 14% då enheten har haft en personal som slutat i samband med pensionsövergång. Korttidsfrånvaron under sista sju månaderna har legat på 9,1%.

I gruppbestaden arbetar sex tillsvidareanställd personal inklusive gruppchef. Det finns två vakanta tjänster i dagsläget. Antalet årsarbetare har skiftat mellan 6,54 och 7,54 när verksamheten varit i behov av tillfällig förstärkning.

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

I tidigare granskningsrapport från 2020 framkommer samarbetssvårigheter och konflikter inom personalgruppen. Sedan övergången till Nytida i september 2022 har verksamheten arbetat med frågor rörande bemötande och samarbete för att skapa ett tryggare klimat och uppnå en bättre arbetsmiljö. Majoriteten av den intervjuade personalen lyfter att samarbetet fungerar överlag bättre jämfört med tidigare.

Vid övergång till Nytida har anställda gått en introduktionsdag och fått information om företagets värdegrund och rutiner. De har även gått grundläggande utbildningar via Nytidans utbildningsportal.

Flera av personalen har adekvata grundutbildningar inom verksamhetsområdet. Vissa saknar formell utbildning, men har en längre erfarenhet inom social omsorg. Verksamhetschefen avser att anställa en stödpedagog i närtid för att komplettera kompetensen i gruppen.

Under medarbetarsamtalen har individuella utvecklingsplaner upprättats. Det finns även en gemensam utvecklingsplan för tillsvidareanställda. De har genomgått utbildningen tydliggörande pedagogik och diagnos intellektuell funktionsnedsättning. Till hösten är det planerat att all personal ska gå utbildning i lågaffektivt bemötande och vid senare tillfälle AKK (alternativ och kompletterande kommunikation).

#### **4.5 Bedömning av verksamhetens förutsättningar**

Verksamheten har en tillräcklig grundbemanning och ett närvarande stöd från ledningen.

Verksamheten har en gemensam utvecklingsplan samt tillgång till intern kompetensutveckling.

Personal som saknar utbildning inom verksamhetsområdet bör komplettera deras reella kompetens med formell kompetens.

### **5 Arbetet i verksamheten**

Här beskrivs de arbetssätt 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 månadsvisa arbetsplatsträffar (APT) och personalmöten som leds av verksamhetschefen respektive gruppchefen. Personalmöten syftar till att gå igenom händelser av vikt rörande brukare.

Planeringsdagar sker två gånger per år och nästkommande tillfälle kommer att ske tillsammans med övriga enheter inom Nytidars regi i Tyresö.

På Nytidars intranät finns gemensamma och övergripande rutiner. I verksamheten finns lokala rutiner från tidigare utförare och som inte längre är aktuella för verksamheten och dess brukare.

Personalen har ingen schemalagd överlappningstid för muntlig informationsöverföring utan denna sker skriftligt. Vid intervjuer och observationer framgår det att det saknas en tydlig struktur för informationsöverföring vilket leder till att personalen har olika sätt att förmedla informationen sinsemellan. Vidare observeras även att det saknas ett tydligt förfarande för hur ansvar fördelas och planeras för dagen.

## 5.2 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Verksamheten har ett gemensamt boendemöte varje söndag där brukare och personal går igenom den individuella och gemensamma planeringen. Personalen föreslår två aktiviteter för kommande lördag som brukare får rösta på samt presenterar matsedeln för kommande vecka.

Brukarna har egna individuella veckoplaneringar och fritidsaktiviteter under veckan. De har även gemensamma aktiviteter på och utanför boendet. De går bland annat på kör, träffpunkt och disco.

Under granskningen planeras aktiviteter inför sommaren. För att möjliggöra ett bredare utbud av aktiviteter samarbetar verksamheten med de två andra gruppboendena i Tyresö.

Brukare handlar och gör egen frukost, men övriga måltider köps in och tillagas i det gemensamma köket av personalen.

Under granskningen uppmärksammas avsaknad av hjälpmedel och visuellt samt pedagogiskt stöd i den fysiska miljön. Även i kommunikationen mellan personal och brukare observeras brister i användningen av bild- och kommunikationsstöd.

## 5.3 Resultat från nationella brukarundersökningen 2022

I bilaga 1 redovisas resultatet från brukarundersökning 2022 för Tärningens gruppboende jämfört med resultaten för alla gruppboenden i Tyresö kommun och i riket. Brukarundersökningen utfördes i anslutning med att Nytida tog över driften för gruppboendet.

Resultatet för Tärningen är högre på samtliga frågor i jämförelse med övriga gruppboendestäder i Tyresö kommun och i riket.

Enheten har arbetat vidare med resultatet med fokus på trygghet med mål om att alla brukare ska känna sig trygga i sitt hem.

#### **5.4 Stödpersonalens uppdrag**

Den ordinarie personalen är stödperson för varsin brukare och även vice stödperson för en annan brukare.

Det finns inom koncernen en digital utbildning samt en skriftlig beskrivning på vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget som stödperson. All intervjuad personal har kännedom om vad som ingår i uppdraget.

#### **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.

##### **Social dokumentation på Tärningens gruppboendestad**

Det finns genomförandeplaner upprättade digitalt för de flesta personer i boendet. De flesta genomförandeplanerna är korta och det saknas information av vikt som finns i fysisk form samt saknar struktur och tydliga mål.

Brukare har främst varit delaktiga genom att läsa igenom genomförandeplanen och godkänna den.

Den sociala journalen består till stor del av daganteckningar för informationsöverföring mellan personal. I den sociala journalen saknas uppgifter som är av betydelse för insatsens genomförande, exempelvis samtycken och överenskommelser. Den sociala journalen innehåller också ovidkommande uppgifter och egna värderingar istället för faktiska omständigheter.

Sekretessbelagd information som exempelvis fysiska akter förvaras oläst på kontoret. Akterna är röriga och innehåller en större del inaktuell information såsom föråldrade genomförandeplaner.

Verksamhetschefen utför kvartalsvis egenkontroller av den sociala dokumentationen som återförs till personalen. Utifrån de brister som har upptäckts planerar verksamhetschefen individuell stöttning i att skriva genomförandeplaner.

## 5.6 Bedömning av arbetet i verksamheten

Verksamheten samarbetar med de två övriga gruppboendena i Nytidars regi för att erbjuda brukare ett större utbud av aktiviteter och vidga deras sociala kontaktnät.

Verksamheten behöver implementera rutiner för hur dagliga arbetsuppgifter ska fördelas och utföras.

Verksamheten behöver utveckla den sociala dokumentationen så att samtliga brukare har en strukturerad och komplett genomförandeplan.

Verksamheten behöver skapa ordning i samtliga dokument som berör brukaren och verksamheten. Vidare behöver sekretessbelagd dokumentation förvaras oåtkomligt för oberoende.

Personalen har ett gott individuellt bemötande, men verksamheten behöver utveckla arbetet med att använda tydliggörande pedagogik.

Verksamheten behöver utveckla arbetssätt för att öka brukares delaktighet, självständighet och inflytande.

## 6 Kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9), kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas<sup>6</sup>.

### 6.1 Trygg och säker verksamhet

Det finns i dagsläget inga skydds- och begränsningsåtgärder i verksamheten enligt intervjuad personal. Det framkommer dock vid observationer att det saknas kunskap om vad som är tillåtet eller otillåtet. Det saknas även tydliga arbetssätt för att undvika och förebygga skyddsåtgärder. Det förekommer även brister i hur eventuella skydds- och begränsningsåtgärder dokumenteras.

Det finns riskbedömningar utförda för samtliga brukare och upprättade handlingsplaner där risker uppmärksammas. Handlingsplanerna är dock inte tillräckligt detaljerade för att möjliggöra ett gemensamt arbetssätt för att förebygga och hantera oönskade händelser.

### 6.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Nytida har ett övergripande ledningssystem för kvalitet. I systemet finns en förbättringslogg vars syfte är att verksamheten ska ha en översikt av vad som behöver förbättras i verksamheten.

---

<sup>6</sup> [SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#)

Verksamhetens styrdokument är framtagna för samtliga verksamheter inom Nytida och finns digitalt på intranätet. Intranätet är svårnavigerat och styrdokumenterna svåra att ta till sig.

Verksamhetsplanen för 2023 har tagits fram av verksamhetschefen.

Verksamheten har inget kvalitetsråd eller kvalitetsombud i dagsläget, utan verksamhetschefen avser att utse någon i framtiden. Idag tas kvalitetsfrågor istället upp på andra möten.

Majoriteten av intervjuad personal har kännedom om hur avvikelser ska rapporteras. De upplever dock brister i återkopplingen och uttrycker ett behov av stöd i arbetet med att skriva avvikelser.

Majoriteten av den intervjuade personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär. De flesta uppger dock att man inte pratat om det i verksamheten eller har kännedom om hur de lokala rutinerna ser ut.

### **6.3 Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete**

Personalen behöver involveras i verksamhetsplanen och målarbetet för att känna större delaktighet och ansvar för verksamhetens utveckling.

Verksamheten har tillgång till digitala verktyg för att rapportera avvikelser och förbättringsåtgärder.

Verksamheten bör utse ett kvalitetsombud för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet på verksamheten och ge stöttning åt personalen vid frågor rörande avvikelser.

Verksamheten behöver utveckla kunskap och arbetsätt om hur oönskade händelser kan förebyggas och undvikas i syfte att begränsa användningen av skydds- och begränsningsåtgärder.

## 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*
- *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet*, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – Socialstyrelsen
- *Kompetens i LSS-boenden* – Socialstyrelsen
- SVENSK STANDARD SS877001:2021, Svenska Institutet för Standarder (SIS)

### Granskningsunderlag:

- Enkät till närstående/ställföreträdare 2023 (Bilaga 2)
- Avtalsuppföljning 2023
- Verksamhetsplan 2023
- Personalens utbildning och erfarenhet
- Personalens schema och bemanning
- Resultat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinderområdet – Sveriges Kommuner och Regioner, SKR