

Dnr: 2023/ÄON 0098

Granskningsrapport

Villa Linde

2023-06-16

Karin Östensson & 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
4.5	Bedömning av verksamhetens förutsättningar	8
5	Arbetet i verksamheten	8
5.1	Verksamhetens rutiner och arbetsmetoder	8
5.2	Bemötande, självbestämmande och inflytande	8
5.3	Stödpersonalens uppdrag	9
5.4	Social dokumentation	9
5.5	Bedömning av arbetet i verksamheten	10
6	Kvalitetsarbete	10
6.1	Trygg och säker verksamhet	11
6.2	Systematiskt kvalitetsarbete	11
6.3	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete	11
7	Referenser	13

1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	Verksamheten har tydliga rutiner och en god struktur för det dagliga arbetet.
Grön	Den sociala dokumentationen innehåller händelser av vikt och är skrivna med ett respektfullt språk.
Grön	Det finns en gemensam kompetensutvecklingsplan i syfte att vidareutveckla verksamheten samt komplettera personalens kompetens.
Gul	Verksamheten samarbetar med Nytidias andra gruppbestäder för att erbjuda brukare ett större utbud av aktiviteter och vidga deras sociala kontaktnät. För att säkra förfarandet, bör dock detta planeras med god framförhållning.
Gul	Majoriteten utav personalen har god kännedom om arbetet kring skydds- och begränsningsåtgärder. Verksamheten behöver dock säkerställa att det finns en ordination för de skyddsåtgärder där detta krävs.
Gul	Personalen har ett gott individuellt bemötande, men verksamheten behöver utveckla arbetet med att använda tydliggörande pedagogik.

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 maj och juni 2023.

Denna har omfattat:

- Anmälda och oanmälda besök för observationer vid olika tillfällen.
- Intervjuer med verksamhetschef, gruppchef samt personal.
- Dialoger med personal och brukare.
- 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 kvalitetsarbete¹.

Granskningsresultatet återkopplas muntligt och skriftligt till verksamhetschefen för Villa Linde 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.

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

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 andra².

4.2 Om verksamheten

Villa Lindes gruppbostad är en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Målgruppen är personer som tillhör LSS personkrets 1, det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Verksamheten drivs sedan december 2022 på entreprenad av Nytida som ingår i Ambea koncernen.

Gruppbostraden ligger i ett villaområde i Trollbäcken och består av sex lägenheter som är integrerade i en villa med gemensamt kök och vardagsrum.

Lägenheterna är fullvärdiga bostäder³ och alla har en uteplats.

I gruppbostraden bor sex brukare i en ålder av 28 till 33 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.

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.

² [Lag \(1993:387\) om stöd och service till vissa funktionshindrade](#)

³ 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)

4.3 Ledning

Verksamhetschefen för Villa Linde är även detta för gruppbestäderna Gränsvägen och Tärningen 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 gruppbestaden finns även en gruppchef som har ansvar för personalen och den dagliga driften. Gruppchefen har 20 % schemalagd administrativ tid och använder även annan tid för administrativa uppgifter när verksamheten tillåter detta. Gruppchefen är utbildad undersköterska och har gått enskilda kurser på universitet för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

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 tre personer på morgonen, två under dagen, tre på kvällen och en person som har vaken jour. Personalen har 15 minuter schemalagd tid för muntlig överslagning. Under granskningen framgår det att schemat kommer att förändras i närtid för att anpassas mer utifrån verksamhetens behov.

Det har inte skett någon personalavgång sedan Nytida tog över driften. Korttidsfrånvaron sedan senaste sju månaderna har legat på 4,7 %.

I gruppbestaden arbetar tio tillsvidareanställd personal inklusive nattpersonal och gruppchef. Antalet årsarbetare ligger på 9,07.

Vikariatillgången är enligt intervjuad personal inte tillräcklig. Ett flertal utav personalen framför att det har vid flera tillfällen brustit gällande framförhållning och uttrycker en oro inför kommande semesterperiod.

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

Majoriteten utav personalen har arbetat på Villa Linde sedan verksamheten startade 2016. Flera utav personalen har adekvata grundutbildningar inom

verksamhetsområdet. Vissa saknar formell utbildning, men har en längre erfarenhet inom social omsorg.

All personal har haft medarbetarsamtal och individuella utvecklingsplaner har upprättats. Det finns även en gemensam utvecklingsplan för tillsvidareanställda och de har genomgått utbildningen tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Till hösten är det planerat att all personal ska gå utbildningen diagnos intellektuell funktionsnedsättning.

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 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 månadsvisa arbetsplatsträffar (APT) och personalmöten som leds av verksamhetschefen respektive gruppchefen. Personalmöten syftar till att gå igenom händelser av vikt rörande brukare och på APT tas bland annat rutiner och information upp från verksamhetschefen.

Planeringsdagar sker två gånger per år och ett av tillfällena har skett under granskningsperioden tillsammans med övriga enheter inom Nytidias regi i Tyresö.

På Nytidias intranät finns gemensamma och övergripande rutiner.

Personalen har 15 minuter schemalagd överlappningstid för muntlig informationsöverföring och det finns en tydlig rutin och struktur för hur information ska föras vidare skriftligt.

5.2 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Under granskningsperioden startade verksamheten upp boenderåd på måndagar tillsammans med brukarna. Syftet är att planera gemensamma

aktiviteter och främja gemenskap då verksamheten har haft utmaningar i att planera och utföra detta.

Brukarna har individuella samt gemensamma fritidsaktiviteter under veckan. De går bland annat på kör, träffpunkt och disco.

Under granskningen planeras aktiviteter inför sommaren. För att möjliggöra ett bredare utbud av aktiviteter har verksamheten påbörjat ett samarbete med de två andra gruppbestäderna i Tyresö. Det framförs dock av personalgruppen att de inte fått några besked gällande planeringen trots att semesterperioden börjar snart.

Samtliga måltider köps in och tillagas i det gemensamma köket av personalen. Intervjuad personal framför att brukare är delaktiga i mindre moment utifrån egen förmåga.

Under observationer uppmärksammas att personalen inte använder alternativ och kompletterande kommunikation när behov finns. De använder dock individuella planeringar i lägenheten som är anpassade utifrån brukarnas behov och förmågor.

Då Nytida tog över driften i december 2022, har ingen brukarundersökning utförts ännu under nuvarande regi.

5.3 Stödpersonalens uppdrag

Majoriteten av den ordinarie personalen är stödperson för varsin brukare och även vice stödperson för en annan.

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.

5.4 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 Villa Linde

Det finns genomförandeplaner upprättade digitalt för de flesta brukare. Upprättade genomförandeplaner är skrivna i jag-form och det framgår hur brukaren varit delaktig. Brukares dagliga rutiner är utförligt beskrivna i form av veckoschema.

Genomförandeplaner och veckoscheman skulle dock behöva en tydligare och gemensam struktur för att underlätta för ny personal att ta till sig informationen. Majoriteten av personalgruppen beskriver en osäkerhet kring hur man ska dokumentera genomförandeplaner och önskar mer tid och handledning.

Under granskningen får vi information om att verksamhetschefen har utsett dokumentationsstödare på enheten som kommer få gå en utbildning tillsammans med gruppchef och fördjupa sig i utformningen av genomförandeplan och social dokumentation. Dokumentationsstödare kan i sin tur ge stöd till sina kollegor

Bemötandeplaner finns men skulle kunna beskrivas mer detaljerat.

Den sociala dokumentationen innehåller händelser av vikt och är skrivna med ett respektfullt språk. Det förekommer dock en del hälso- och sjukvårdsanteckningar.

Brukare har två fysiska pärmar. Ena förvaras olåst på kontoret med innehåll om brukarens rutiner, schema och genomförandeplan. Det pågår ett arbete för att se över dessa pärmar och dess innehåll och syfte.

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.

5.5 Bedömning av arbetet i verksamheten

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

Den sociala dokumentationen innehåller händelser av vikt och är skrivna med ett respektfullt språk.

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

Verksamheten behöver fortsätta 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 utvecklas⁴.

⁴ [SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#)

6.1 Trygg och säker verksamhet

Det finns i dagsläget ett fåtal skydds- och begränsningsåtgärder i verksamheten enligt intervjuad personal. Majoriteten utav personalen har god kännedom om arbetet kring skydds- och begränsningsåtgärder och arbetar aktivt för att förebygga användningen av skyddsåtgärder. Åtgärderna är dokumenterade i brukares journaler, men tillfrågad personal vet inte var. Det framgår dock under granskningen att det saknas ordination från legitimerad personal för vissa skyddsåtgärder.

Det finns riskbedömningar ur ett arbetsmiljöperspektiv utförda för samtliga brukare och upprättade handlingsplaner där risker uppmärksammats. Dessa utförs skriftligt och förvaras i en gemensam pärm. Mallarna är svåra att överblicka, vilket försvårar möjligheten till att effektivt överblicka vilka risker som finns i verksamheten.

Brukares riskbedömningar finns i brukares journal. Majoriteten utav tillfrågad personal kan inte uppge var dessa är dokumenterade.

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.

Verksamhetens styrdokument är framtagna för samtliga verksamheter inom Nytida och finns digitalt på intranätet. Intranätet är svårnavigerat och styrdokumentet 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.

All personal har kännedom om hur avvikelser ska rapporteras. De upplever att de får återkoppling från ledningen och att händelserna diskuteras på APT.

Majoriteten av den intervjuade personalen har kännedom om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär och kan uppge exempel.

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 har tydliga rutiner och en god struktur för det dagliga arbetet.

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

Majoriteten utav personalen har god kännedom om arbetet kring skydds- och begränsningsåtgärder. Verksamheten behöver dock säkerställa att det finns en ordination för de skyddsåtgärder där detta krävs.

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:

- Verksamhetsplan 2023
- Personalens utbildning och erfarenhet
- Personalens schema och bemanning
- Styrdokument för verksamheten