

Dnr. 2023/ÄON 0041

# Granskningsrapport

Sköndalsvillan, Stiftelsen Stora Sköndal

2023 - 03 - 24

Sofia Pérez  
Karin Östensson

tyresö kommun 



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Syfte .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Metod och process .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Verksamhetens förutsättningar .....</b>	<b>7</b>
4.1	Om Stiftelsen Stora Sköndal .....	7
4.2	Om Sköndalsvillan .....	7
4.3	Lokaler och miljö .....	8
4.4	Ledning .....	8
4.5	Personal och bemanning .....	9
4.5.1	Utbildning och erfarenhet .....	9
4.5.2	Bemanning .....	9
4.5.3	Introduktion av nyanställd personal .....	10
4.5.4	Bedömning av verksamhetens förutsättningar .....	10
<b>5</b>	<b>Arbetet i verksamheten .....</b>	<b>10</b>
5.1	Processer och arbetssätt .....	10
5.1.1	Mötesstruktur .....	10
5.1.2	Välfärdsteknik och digitalisering .....	11
5.2	Bemötande, självbestämmande och inflytande .....	12
5.3	Omsorgsamordnarens uppdrag .....	12
5.4	Social dokumentation .....	12
5.4.1	Arbetet med social dokumentation .....	12
5.4.2	Granskning av social dokumentation .....	13
5.5	Mat och måltider .....	13
5.6	Aktiviteter och utevistelse .....	14
5.7	Rehabilitering och träning .....	14
5.8	Bedömning av arbetet i verksamheten .....	14
<b>5</b>	<b>Kvalitetsarbete .....</b>	<b>15</b>
5.1	Brukarundersökning och individuppföljning <b>.Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>	

5.2	Systematiskt kvalitetsarbete.....	15
5.2.1	Bedömning av kvalitetsarbete.....	16
<b>6</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>17</b>

## 1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	Verksamhetschefen och övriga i ledningen är närvarande och tillgängliga för brukare, anhöriga och personal.
Grön	All personal är utbildade undersköterskor och har erfarenhet och goda kunskaper om omsorgsarbetet.
Grön	Personal på demensavdelningarna erbjuder brukarna ändamålsenliga och uppskattade aktiviteter.
Gul	Måltidsmiljön behöver förbättras på de avdelningar där brister uppmärksammas.
Gul	Verksamheten behöver erbjuda en större variation av aktiviteter utifrån brukares önskemål.
Gul	Arbetet med att implementera rutiner kring utevistelse behöver fortlöpa så att alla brukare erbjuds möjlighet till utevistelse.

### 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

Granskningen har genomförts av kvalitetscontrollers från juridik- och utredningsenheten.

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 och benämns brukare i denna rapport.

Granskningen belyser vidare eventuella utvecklingsområden vilket utgör ett underlag för åtgärder att vidta för att förbättra verksamheten.

## 3 Metod och process

Granskningen pågick under februari och mars 2023.

Denna har omfattat:

- Anmälda och oanmälda besök för observationer vid olika tillfällen (morgon, dag, kväll, natt och helg).
- Intervjuer med verksamhetschef, verksamhetssamordnare, teamchef, hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal.
- Dialoger med personal, brukare och anhöriga.
- 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 och gällande avtal/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 Sköndalsvillan 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

### 4.1 Om Stiftelsen Stora Sköndal

Sköndalsvillan drivs på entreprenad av Stiftelsen Stora Sköndal som är en idéburen och icke vinstutdelande organisation med verksamhet inom stöd, omsorg, sjukvård, utbildning och forskning.

Stora Sköndals arbete utgår från deras vision *Ett samhälle med självklar plats för alla* och utifrån deras ledord:

- Jämlikhet – för att alla människor är lika mycket värda.
- Omtanke – för att det är så vi bygger ett gott samhälle.
- Förändring – för att vi inte är där än.

### 4.2 Om Sköndalsvillan

Sköndalsvillans verksamhet bedrivs i ett nybyggt femvåningshus nära centrum. Byggnationen är Sveriges första NollCO<sub>2</sub>-certifierade<sup>2</sup> äldreboende, vilket innebär att fastighetens totala klimatpåverkan i produktionskedet minskades med minst 30 procent jämfört med traditionellt byggande.

Verksamheten öppnade i maj 2022 efter flera veckors förseningar på grund av pågående byggnation av fastigheten. Sköndalsvillan består av 92 lägenheter, varav 12 platser för personer med behov av korttidsplacering med somatisk inriktning eller växelvård, 20 vård- och omsorgsplatser för brukare med somatisk sjukdom och 40 vård- och omsorgsplatser för brukare med demenssjukdom. Ett plan med 20 platser är för närvarande tomt.

Tyresö kommun har avtalat sex korttidsplatser, 10 platser för brukare med somatisk sjukdom och 20 platser för demenssjukdom och en option till ytterligare 10 demensplatser som har avropats. Sköndalsvillan har för övriga platsers räkning gått in i Stockholms och Huddinges kundval.

---

<sup>2</sup> [Sveriges första NollCO<sub>2</sub>-certifierade äldre- och korttidsboende](#)

### 4.3 Lokaler och miljö

Lokalerna är ljusa och inredningen går i harmoniska naturfärger. Varje plan har tillgång till en större balkong och gemensamma utrymmen med soffa och TV. Matsalen på varje plan kan delas på mitten alternativt öppnas upp genom en skiljevägg. Detta möjliggör för brukare att ha sociala kontakter över avdelningsgränserna eller tvärtom, hålla de gemensamma utrymmena mindre och mer ombonade för målgruppens skull.

Högst upp i huset finns en större samlingslokal för gemensamma aktiviteter samt kök- och konferensrum som används främst vid utbildning och större möten som APT (arbetsplatsträff). Lokalerna nyttjas även för större evenemang och kan bokas av brukare för födelsedagsfiranden. I anslutning till dessa lokaler, finns en takterrass med växthus och odlingslådor.

I anslutning till entrén finns en mindre trädgård med odlingslådor och nyplanterade träd. I övrigt omringas huset av en grusparkering och byggnationer, vilket försvårar möjligheten att vistas eller promenera i naturliknande miljöer. Närheten till centrum ger dock brukare möjlighet till att besöka fik och affärer.

### 4.4 Ledning

Verksamheten leds av en verksamhetschef som påbörjade sin anställning i Stiftelsen september 2021.

I verksamheten finns även en verksamhetssamordnare som har det övergripande ansvaret för frågor som rör fastigheten och har det administrativa ansvaret kring bland annat fakturering och hyreskontrakt.

På varje plan finns en teamchef som är verksamhetschefens närmsta stöd på enheten. Teamcheferna arbetar 80 % i omsorgen och har 20% schemalagd tid för administrativa uppgifter. Teamcheferna ansvarar för bland annat att handleda personalgruppen, säkerställa bemanning, verka för att ekonomiska mål nås, rekrytera medarbetare samt leda mål-, utvecklings- och lönesamtal.

Vid större händelser, finns ett krisberedskap med ett krisnummer att ringa. Telefonen bemannas av direktör, kvalitetschef och affärsområdeschef.

Majoriteten av intervjuad personal beskriver att de upplever att ledningen, som innefattar teamchef och verksamhetschef, är närvarande och lyhörda samt att samarbetet fungerar väl. Även samverkan med hälso- och sjukvårdspersonal och journalsjuksköterskor beskrivs som välfungerande.



## 4.5 Personal och bemanning

### 4.5.1 Utbildning och erfarenhet

All tillsvidareanställd omsorgspersonal är utbildade undersköterskor. En del av undersköterskorna har sedan tidigare en Silviautbildning<sup>3</sup> och medarbetarna står på kölista för att genomföra utbildningen och möjliggöra en Silviacertifiering<sup>4</sup> för Sköndalsvillan.

Kompetensen i personalgruppen bedöms vara hög. De flesta av den intervjuade personalen har en lång och gedigen erfarenhet av vård- och omsorgsarbetet, samt förvärvat kunskap genom flertal utbildningar och kurser genom åren.

### 4.5.2 Bemanning

Verksamheten har 47 omsorgspersonal som arbetar dagtid/kväll (46,4 årsarbetare). Nattpersonalen består av 16 personer (14,2 årsarbetare).

Enligt grundschema arbetar på varje plan fem till sex personer dagtid respektive fyra till fem på kvällen. På korttidsavdelningen som har färre platser arbetar de fyra på dagen och tre på kvällen. Efter en intensiv höst med många inflyttningar upplever intervjuad personal att de idag har en tillräcklig bemanning och tid att utföra sina arbetsuppgifter. De berättar att ledningen är lyhörd och stöttar upp bemanningen om personalen uttrycker det behov. Vikarietillgången bedöms vara god enligt verksamhetschefen och intervjuad personal. Det lyfts även att det är samma vikarier som återkommer.

På natten arbetar en personal med 20 brukare per våningsplan. En arbetar som löpare och stöttar upp sina kollegor vid behov.

Verksamheten är bemannad med fem sjuksköterskor och varje plan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. De arbetar vardagar mellan 07:00-16:00 och var femte helg. Kvällar och nätter är det företaget Klara T som ansvarar för sjuksköterskeinsatserna. Från och med 1 april kommer Sköndalsvillan istället att anlita företaget Adept. Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB ansvarar för läkarinsatser och är på plats för rond två gånger i veckan. Samverkan med dessa aktörer fungerar väl enligt intervjuad personal.

En fysioterapeut och en arbetsterapeut anställda på 100 % jobbar vardagar och ansvarar för hjälpmedelsförskrivning, handledning och individuella träningar.

En aktivitetscoach är anställd på 100% och arbetar vardagar samt vissa helger vid exempelvis högtider. Aktivitetscoachen ansvarar för de större aktiviteterna som planeras på boendet. Det är även hen som håller i samverkan med andra

---

<sup>3</sup> [Silviasystem – specialisering i demensvård för undersköterskor | Sophiahemmet Högskola \(shh.se\)](https://www.silviahemmet.se)

<sup>4</sup> [Silviahemscertifiering — Silviahemmet](https://www.silviahemmet.se)

organisationer och civilsamhället, som till exempel Tyresös väntjänst och Svenska kyrkan.

All personal som anställs på Sköndalsvillan har en initialt en provanställning på sex månader. Under uppstartsperioden från maj till december 2022 har totalt 12 personer avslutat deras anställning. Under samma period har sjukfrånvaron pendlat mellan 0,51% till 9,44%.

#### **4.5.3 Introduktion av nyanställd personal**

En stor del av personalgruppen fick i avvaktan på att Sköndalsvillan skulle startas upp en längre introduktion med flertal utbildningar.

När en ny personal börjar i verksamheten utses en undersköterska som blir ens handledare under introduktionen. Rutin för introduktion och tillhörande checklista används. Teamchefen ansvarar för att följa upp introduktionen och stämmer av med handledare och nyanställd hur introduktionen fortskrider. Sjuksköterskor och rehabpersonal ansvarar för vissa delar av introduktionen, såsom läkemedelsdelegering och utbildning i lyftteknik.

Under introduktionen ska även den nyanställda genomföra ett flertal digitala utbildningar för att säkerställa att hen har fått tillräckligt med utbildning och information för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

#### **4.5.4 Bedömning av verksamhetens förutsättningar**

Sköndalsvillan bedöms ha förutsättningarna för att bedriva en verksamhet av god kvalitet. Bemanningen av samtliga professioner uppges vara tillräcklig för att kunna utföra arbetet. Verksamhetschefen och övriga med ledningsansvar är tillgängliga och närvarande för medarbetare, brukare och anhöriga.

## **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 Processer och arbetsätt**

#### **5.1.1 Mötesstruktur**

Det finns en upprättad mötesstruktur som fortfarande håller på att implementeras och utvärderas.

Verksamheten har APT en gång i månaden. Personal i tjänst närvarar utifrån verksamhetens förutsättningar. Ledig personal som önskar delta får då tidsersättning för detta. Nattpersonal ska närvara minst fyra gånger årligen.

Det finns i nuläget inga regelbundna nattmöten, men verksamhetschefen beskriver att flera nattmöten har skett sedan uppstarten då behovet har funnits.

Varje plan har månadsvisa möten som leds av teamchefen och utgör tid för att bland annat informera, diskutera rutiner, ta upp förbättringsförslag och avvikelser. Kvalitetsforum hålls en gång i månaden (se rubrik 6.2 systematiskt kvalitetsarbete för mer detaljerad beskrivning).

Hälso- och sjukvårdspersonalen träffas tillsammans med ledningen en gång i månaden för att diskutera övergripande rutiner och arbetssätt.

Teammöten är ett tillfälle för att planera och diskutera brukarens vård och omvårdnad och ska ske inom 14 dagar efter inflyttning. Detta är idag under implementering på grund av en intensiv höst med många inflyttningar samtidigt.

Personalen har muntliga överrapporteringar mellan arbetspassen och tid för gemensam rapport där dagen planeras. Även om rapporttiden kan utnyttjas för kortare reflektioner och diskussioner, uttrycker ett flertal av den intervjuade personalen ett behov av mer tid för reflektion. Verksamhetschefen berättar att reflektionsmöten planeras startas upp en gång i månaden på varje plan inom kort.

Verksamhetschefen och intervjuade medarbetare berättar att verksamheten fortfarande är i en nystartsfas där verksamhetsrutiner, värdegrundsarbete och arbetssätt fortfarande är under implementering.

### **5.1.2 Välfärdsteknik och digitalisering**

I telefonen använder medarbetare digitala verktygen Alfa eCare Planit<sup>5</sup> för planering och utförande av insatser enligt SoL samt Alfa eCare SignIt<sup>6</sup> för signering av hälso- och sjukvårdsinsatser (läkemedel). Personalen kan även dokumentera den sociala dokumentationen genom telefonen. Verktygen är uppskattade av medarbetare som hjälper dem att få en tydlig överblick över arbetet som behöver utföras för dagen.

Brukarna har tillgång till digital trygghetsskapande teknik i form av individuella trygghetslarm och rörelselarm. Intervjuad personal upplever tekniken som pålitlig och välfungerande.

I enlighet med avtalet har hotellås installerats på dörrarna till lägenheterna som är avsedda för Tyresöbor. Det pågår en del kvarstående arbete med dessa för att personalen ska uppleva en friktionsfri användning.

---

<sup>5</sup> [Alfa eCare Epsilon - Dokumentation och planering för utförare inom välfärden - Alfa eCare](#)

<sup>6</sup> [Alfa eCare SignIt - Digital signering - Alfa eCare](#)

## 5.2 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Under samtal med brukare framgår att de flesta utav personalen är trevliga och bemöter dem väl, men ibland upplever de att personalen inte hinner med att hjälpa dem på en gång.

På plan 1 har brukarna boenderåd en gång i månaden där ett tema tas upp vid varje tillfälle, såsom önskemål om aktiviteter eller maträtter. På demensavdelningarna fångar man upp brukares önskemål och synpunkter i stunden.

Anhörigträffar har inte kunnat erbjudas under pandemin och verksamhetens uppstart, men planeras att startas upp under våren med en träff per termin. Verksamhetschefen ska även börja skicka ut månadsbrev till anhöriga.

## 5.3 Omsorgssamordnarens uppdrag

Den ordinarie personalen är omsorgssamordnare för två brukare och vice omsorgssamordnare för två. I huvudsak innebär uppdraget att ha ett övergripande ansvar för att brukarens insatser utförs samt upprätta och följa upp genomförandeplanen, delta vid möten som rör brukaren, ha kontakt med anhöriga och planera in egen tid och individuella aktiviteter med den enskilde.

Det finns en befattningsbeskrivning för vad som ingår i uppdraget som omsorgssamordnare som berörd personal har kännedom om.

Intervjuad omsorgspersonal bedöms vara väl insatta i uppdragets omfattning och innebörd.

## 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.

### 5.4.1 Arbetet med social dokumentation

Sköndalsvillan var först inom Stiftelsen med att dokumentera i verksamhetssystemet Epsilon<sup>7</sup> då övriga verksamheter planerade för en närliggande övergång. Av den anledningen har dokumentationen varit en stor utmaning för verksamheten och det pågår därför ett övergripande arbete inom stiftelsen med mål om att skapa en gemensam dokumentationsstruktur.

Det finns en grundstruktur för egenkontroll och granskning av dokumentation som ska utföras årligen.

---

<sup>7</sup> [Alfa eCare Epsilon - Dokumentation och planering för utförare inom välfärden - Alfa eCare](#)

#### 5.4.2 Granskning av social dokumentation

Cirka hälften av brukares journaler har granskats.

Myndigheten för äldre och funktionsnedsättning i Tyresö dokumenterar uppdragen i ett annat verksamhetssystem än Sköndalsvillan och därför skickas uppdragen från handläggare via fax. Vid granskningen framgår det att uppdragen inte förs in i verksamhetssystemet, men att en del av informationen tas till vara och finns i genomförandeplanen utifrån olika livsområden.

Kvalitén i genomförandeplanerna är överlag god och beskriver tydligt och välformulerat hur insatsen ska utföras och på vilket sätt brukaren är delaktig i utförandet.

Journalanteckningarna dokumenteras dock systematiskt under samma rubrik, vilket medför svårigheter i att urskilja händelser av vikt och avvikelser från genomförandeplanen från löpande daganteckningar.

### 5.5 Mat och måltider

Det frysta huvudmålet och efterrätten levereras från Kleins Kitchen<sup>8</sup>.

Personalen tillreder den levererade maten och måltidstillbehören som potatis, ris, pasta och grönsaker på plats. Personalen bakar frukostbröd och kaffebröd regelbundet.

Frukost serveras vartefter brukarna kommer upp och lunchen serveras 12:30 och middag serveras 17:00 på samtliga plan.

Under helgen erbjuds en tre-rätters lunch samt vin eller öl till maten. Borden dukas upp med finare glas och servetter. Högtider och teman ska uppmärksammas genom att det serveras kopplat till högtiden och att det dukas extra fint.

På varje plan finns ett kostombud som har det övergripande ansvaret över matbeställningen och att fånga upp vad brukarna tycker om maten. Verksamhetschefen beskriver att de har behövt ta ett omtag gällande kostombudets ansvar och roll, då brukarna upplevde ett stort missnöje över maten som serverades. Detta bekräftas av brukarna själva som framför varierande svar när de tillfrågas om vad de tycker om maten. En del är väldigt nöjda, medan andra uttrycker att det är en för stor mängd fisk och vegetarisk kost och att de önskar mer kött- och husmanskost. Kostombuden ska därför involvera brukarna i högre grad gällande vilken mat de önskar beställa. När någon brukare inte vill äta maträtten som serveras, så kan personalen erbjuda smörgåsar, yoghurt eller annan snabblagad maträtt.

Under utförda måltidsobservationer uppmärksammas att två avdelningar har ofta Tv:n på i bakgrunden samt diskar och kör diskmaskinen vilket skapar

---

<sup>8</sup> [Kleins Kitchen](#)

mycket ljud. De andra två avdelningarna bedöms ha en välfungerande och lugn måltidsmiljö där personalen sitter med brukarna under måltiden.

## **5.6 Aktiviteter och utevistelse**

Det finns en aktivitetscoach i verksamheten som arbetar heltid och har det övergripande ansvaret för större aktiviteter som planeras och genomförs på boendet. I uppdraget som aktivitetscoach ingår även att handleda och inspirera personalen till att hitta på egna aktiviteter med brukarna på avdelningarna.

På varje plan finns det två aktivitetsombud som ansvarar för att planera in vem som ska utföra aktiviteterna.

Varje vecka upprättas ett aktivitetsschema för två veckor framåt med gemensamma aktiviteter. En del brukare upplever att det inte är tillräckligt med aktiviteter och ingen variation på dessa, utan att det är främst Tv-program som erbjuds enligt schemat.

Det varierar mellan planen i vilken omfattning planerade och oplanerade aktiviteter sker och hur väl strukturerade och ledda dessa är.

Enligt rutin ska brukarna erbjudas utevistelse och promenader dagligen. Under utförda verksamhetsbesök är det dock få brukare som är ute på promenad. En del brukare berättar att de sällan är ute på promenader då personal inte har tid för det.

## **5.7 Rehabilitering och träning**

Verksamhetschefen berättar att det har funnits en del missförstånd och därmed missnöje kring rehabiliteringens omfattning. Av den anledningen har välkomstbrev som brukarna får i samband med inflyttning formulerats om för att tydliggöra vad brukarna kan förvänta sig av träning och rehabilitering.

Vid verksamhetsbesök upplevs verksamheten inte genomsyras av ett rehabiliterande förhållningsätt. Det bedöms finnas förbättringspotential gällande strukturen för handledning och uppföljning av utförandet på både individ- och gruppnivå.

## **5.8 Bedömning av arbetet i verksamheten**

Verksamheten befinner sig fortfarande i en nystartsfas, men är på god väg att skapa en verksamhet med tydliga rutiner och med en väl implementerad värdegrund som genomsyrar arbetet.

Verksamheten har skapat en tydlig grundstruktur för möten och planerar att tillgodose personalens behov och önskemål gällande mer tid för reflektion. Det finns en tydlighet i överlämningen mellan arbetspassen och avsatt tid för detta.

Verksamheten nyttjar digitaliseringens möjligheter och använder digitala verktyg i det dagliga arbetet för att underlätta personalens arbete och kvalitetssäkra utförandet av brukarens insatser.

Den sociala dokumentationen bedöms överlag vara av god kvalitet, dock behöver verksamheten fortsätta arbetet med att ta fram en tydligare och gemensam struktur för dokumentationen.

Arbetet med att erbjuda maträtter som brukarna uppskattar behöver fortsätta utvecklas. Måltidsmiljön behöver även förbättras på de avdelningarna där brister uppmärksammats.

Rutiner, strukturer och ansvarsfördelningen kring aktiviteterna bör utvecklas med syfte att samtliga avdelningar ska erbjuda ändamålsenliga aktiviteter enligt brukares önskemål. Verksamheten bör även arbeta vidare och följa upp arbetet med att implementera ett rehabiliterande förhållningssätt och skapa förutsättningar för gruppträning.

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att implementera rutiner kring utevistelse så att alla brukare erbjuds möjligheten till daglig utevistelse.

## **5 Kvalitetsarbete**

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

### **5.1 Systematiskt kvalitetsarbete**

Sköndalsvillan har sitt ledningssystem i Stratsys där mål och handlingsplaner för verksamheten är beskrivna och egenkontroller dokumenteras.

Avvikelse rapporteras in digitalt och tas upp på planmöten, kvalitetsforum och APT. På kvalitetsforum deltar ledningen och representanter från samtliga våningsplan och yrkesgrupper. Syftet med kvalitetsforumet är att analysera mönster och identifiera eventuella systemfel, för att föreslå och besluta om förbättringsåtgärder.

Intervjuade medarbetare känner till lex Sarah och rapporteringsskyldigheten som åligger dem. Lex Sarah är en del av introduktionen vid nyanställning och tas upp årligen på APT. Vid rapporterat missförhållande enligt lex Sarah, diskuteras detta på planmöte, kvalitetsråd och APT i bland annat lärande syfte.

Personal som arbetar på demensavdelningarna har fått utbildning och information om hot och våld. Verksamhetschefen berättar att även övriga plan ska få utbildning i ämnet.

Vid dokumentationsgranskningen finns inga riskbedömningar rörande medarbetares brukarnära arbete, utan arbetet är under uppstart. Det har dock vid enskilda händelser upprättats handlingsplaner för att säkra personalens arbetsmiljö.

### **5.1.1 Bedömning av kvalitetsarbete**

Verksamheten har ett väl implementerat och fungerande arbetssätt gällande det systematiska kvalitetsarbetet.

Personalen är involverad i kvalitetsarbetet. Genom att händelser lyfts och diskuteras tillsammans i olika forum bidrar detta till verksamhetens förbättringsarbete och kvalitetsutveckling.

Personalen har en god kunskap om bestämmelserna gällande lex Sarah.



## 6 Referenser

- Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.
- Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9.
- Socialstyrelsen (2021); Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten.

### Granskningsunderlag:

- Verksamhetens avtal och anbud, 2022
- Avtalsuppföljning, 2023
- Verksamhetsberättelse, 2022
- Verksamhetsplan, 2022
- Social dokumentation i verksamhetssystemet Epsilon
- Fysiska akter
- Ledningssystem
- Individuppföljning resultat Sköndalsvillan, 2022 Tyresö myndighet för äldre och funktionshinder, bilaga 1
- Personalens schema och bemanning