

Dnr: 2021/ÄON 0062 013

Granskningsrapport

Villa Strandvägens gruppbostad

2021 - 08 - 18

Eva Lindgren & Yvonne
Lavrell

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	7
4.3	Ledning	7
4.4	Personal och bemanning	7
4.3.1	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	Anhörigas och ställföreträdarens synpunkter på verksamheten	9
5.4	Stödpersonalens uppdrag	10
5.5	Social dokumentation	11
5.5.1	Bedömning av arbetet i verksamheten	11
6	Kvalitetsarbete	12
6.1	Trygg och säker verksamhet	12
6.2	Systematiskt kvalitetsarbete	13
6.2.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete	14
7	Referenser	15

1 Sammanfattning



Verksamheten behöver ha en plan för verksamhetens behov av kompetensutveckling.



Verksamheten behöver säkerställa att det finns rutiner för informationsöverföringen kring enskilda.



Samverkan mellan verksamheten och myndigheten behöver förbättras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.



Verksamheten måste identifiera och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och se till att dessa tillämpas.



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



Verksamheten måste säkerställa att otillåtna tvång- och begränsningsåtgärder inte förekommer.



Verksamheten måste säkerställa att samtlig personal och ledning har tillräcklig kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder och vad som är tillåtet och otillåtet.



Verksamheten måste skapa en tydligare struktur och systematik för arbetet i verksamheten samt utveckla arbetssätt och arbetsrutiner för att undvika tvångs- och begränsningsåtgärder.



Verksamheten måste säkerställa att personalen har kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

Kvalitetsnivåer



Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.



Gult innebär att verksamheten har områden som behöver utvecklas.



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 bland annat att belysa arbetssätt ur ett kvalitetsperspektiv samt att tydliggöra förbättringsområden som underlag för åtgärder för att förbättra verksamheten.

Granskning har tidigare lagts på begäran av avdelningen Omsorg om personer med funktionsnedsättning.

3 Metod

Granskningen har genomförts av kvalitetscontrollers från enheten för juridik och utredning. Mot bakgrund av uppmärksammade brister har kvalitetscontrollers haft regelbundna avstämningar med ansvariga för verksamheten.

Granskningen har omfattat observationer vid olika tillfällen, intervjuer med verksamhetschefen, enhetschefen, samordnaren, stödpersonal. En enkät skickades även till boendes närstående/legala företrädare som i vissa fall kompletterats med samtal. 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 verksamheten 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 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 kvalitetsarbete¹.

4 Verksamhetens förutsättningar

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

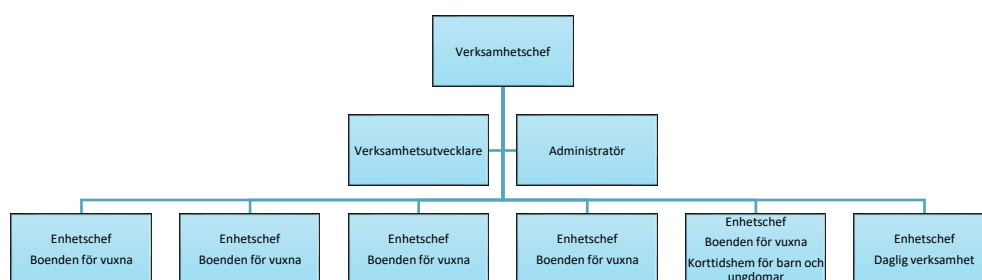
4.1 Verksamhetens uppdrag

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 andra.²

Avdelningen omsorg om personer med funktionsnedsättning ansvarar för utförarverksamheter i kommunal regi inom funktionshinderområdet.

Avdelningen utför insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) på uppdrag av myndighet LSS och SoL.

I Verksamhetsplanen för 2021 framgår att verksamhetsområdets uppdrag är att genom olika former av omsorg och stöd skapa förutsättningar för Tyresöbor med funktionsnedsättning att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, välja sitt boende, har en givande fritid och delta i samhällslivet.



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

² 5, 6, och 7 §§ LSS

4.2 Om verksamheten

Villa Strandvägens gruppbostad är en bostad med särskild service för vuxna enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS³.

Gruppboستaden öppnade i september 2020 och drivs av avdelningen omsorg om personer med funktionsnedsättning i Tyresö kommun.

Gruppboستaden är en nybyggd villa i två plan belägen i ett villaområde i närheten av Tyresö slott. Gruppboستaden består av sex lägenheter med gemensamt kök vardagsrum, gemensamma ytor och personalutrymmen. De gemensamma utrymmena är trevligt möblerade. Lägenheter är fullvärdiga bostäder⁴ och alla har en egen uteplats eller en så kallad fransk balkong.

I gruppboستaden bor sex personer i en ålder mellan 20 – 28 år, tre kvinnor och tre män som tillhör LSS personkrets 1. Målgruppen är personer med intellektuella funktionsnedsättningar, autism och vissa med utmanande beteende.

Enligt personalen fungerar samverkan med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen bra.

4.3 Ledning

I bostadsenhet sex ingår förutom Villa Strandvägens gruppbostad, Pastellgränd och Hasselbacken som är två servicebostäder. Under våren 2021 har enhetschefen endast haft ansvar för Villa Strandvägens gruppbostad. Enhetschefen har adekvat utbildning och lång erfarenhet från olika chefsuppdrag inom vård och omsorg.

Enhetschefen för Villa Strandvägen ingår i ledningsgruppen tillsammans med de övriga enhetschefer, verksamhetschefen och verksamhetsutvecklaren.

I verksamheten finns en samordnare som förutom tjänsten som stödassistent har administrativa arbetsuppgifter och uppdrag att bemanna vid frånvaro. I verksamhetsområdet finns en uppdragsbeskrivning för den funktionen.

4.4 Personal och bemanning

I gruppboستaden arbetar 10 personer (9,0 årsarbetare) inklusive samordnaren. Därutöver har verksamheten tre nattjänster (2,4 årsarbetare). Verksamheten är bemannad dygnet runt med en vaken nattpersonal. Vid intervjuer med nattpersonalen framförs att de även finns ett behov av en sovande jour under natten.

³ Bostaden beviljas genom beslut enligt 9 § 9 LSS

⁴ 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)

All tillsvidare personal har adekvata utbildningar för verksamhetsområdet. De har även tidigare yrkeserfarenhet från arbete inom vård och omsorg.

Vid personalintervjuerna framför personalen att de behöver kompetensutveckling inom funktionsnedsättningar och i lågaffektivt bemötande. Vid granskningen framkommer att personalen har tillgång till kompetensutveckling via intranätet, den så kallade "kunskapsboken".

Vid granskningen framkommer att det saknas en övergripande plan på vilken kompetensutveckling som personalen behöver för att möta verksamhetens behov.

Vid intervjuerna uppger personalen att de har ett stort behov av metodhandledning med fokus på boendes behov. De uppger att de efterfrågat metodhandledning sedan verksamheten startade.

4.3.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Verksamheten behöver ha en övergripande plan för verksamhetens behov av kompetensutveckling.

Personalen är behov av handledning för att bättre kunna tillgodose de boendes individuella behov.

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

Personalen tycker att det finns tillräckligt med mötestid för metoddiskussioner och reflektioner i arbetet vid verksamhetsmöten. Vid verksamhetsmötet diskuteras olika arbetssätt och aktiviteter och beslut kan fattas om exempelvis förändringar kring enskildas rutiner. Vid granskningen uppmärksammas att det saknas en tydlig struktur för vem som ansvarar för att beslut om förändrade rutiner och aktiviteter genomförs, dokumenteras och följs upp.

Av intervjuerna framkommer att det inte finns några tydliga rutiner för hur informationen om beslut som tas på mötet kring enskilda förs ut till samtlig dag- och nattpersonal. Personalen uppger att det därför finns en risk för att personalen arbetar på olika sätt med enskilda.

Vid intervjuer med nattpersonalen framgår det att de saknar skriftliga rutiner för omvårdnaden kring enskilda. De saknar även skriftliga verksamhetsrutiner för att utföra andra arbetsuppgifter som de ska genomföra på natten. Nattpersonalen deltar vid dagpersonalens verksamhetsmöten var tredje vecka.

Vid granskningstillfället är det bestämt att nattpersonalen även ska ha egna möten. Vid faktagranskningen framkommer att verksamheten upprättat de skriftliga rutinerna som saknades vid granskningstillfället.

De intervjuade uppfattar att det saknas en tydlig rutin när de introducerar nyanställd personal. De efterfrågar en checklista för vad som ska ingå i introduktionen och vem som ansvarar för vad.

Vid granskningen framkom att det saknas tydliga dagliga rutiner och strukturer för genomförandet av de boendes individuella behov. Det saknas en systematik för att planera, genomföra, och utvärdera de dagliga aktiviteterna som finns angivna i genomförandeplanerna.

Vid granskningen uppmärksammas att personalen inte arbetar systematiskt med tydliggörande pedagogiska arbetsmetoder som till exempel alternativ kompletterande kommunikation, (AKK) i tillräcklig omfattning.

Vid granskningen framkom att det har kommit in många klagomål och synpunkter på att verksamheten inte genomför enskilda och gemensamma kultur- och fritidsaktiviteter. Vid granskningstillfället har dock verksamheten skapat en struktur för planering av kommande helgs aktiviteter.

5.2 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Vid intervjuer framförs att personalen frågar och visar på olika alternativ för att enskilda ska kunna vara med och välja kläder, maträtter etc. Det framgår inte tydligt i genomförandeplanerna på vilket sätt den enskilde är delaktig och utövar sitt inflytande

Vid granskningen pågår ett arbete med att fotografera personalen för att de som bor i boendet ska veta vilken personal som arbetar under olika tider på dygnet.

Vid intervjuerna uppger personalen att de planerar att starta ett ”Boråd” för att öka de boendes inflytande över verksamheten.

5.3 Anhörigas och ställföreträdares synpunkter på verksamheten

Enkät skickades ut till närstående och legala företrädare och samtal har också genomförts. Enkäten besvarades av sex personer.

Av kommentarerna i enkäten och vid samtal framkommer synpunkter på att de boende har begränsad tillgång till gemensamma utrymmen. Det framkommer även synpunkter på att det saknas individuella och gemensamma fritidsaktiviteter och att det saknas informationskanaler såsom nyhetsbrev eller dylikt.

Av kommentarerna framkommer synpunkter på bristande följsamhet till de rutiner som finns upprättade i enskildas genomförandeplan. De framkommer också synpunkter på brister i verksamhetens styrning och ledning.

Redovisningen nedan avser ett urval frågorna i enkäten.

Upplever du att personalen har ett gott bemötande?	Antal	Procent
Ja	4	67
Nej	2	33
Total	6	100

Får du tillräcklig information om det som är viktigt för din anhöriga/huvudman så att du känner dig trygg?	Antal	Procent
Ja	2	33
Nej	4	67
Total	6	100

Är du nöjd med de individuella och gemensamma fritidsaktiviteterna som verksamheten erbjuder din anhöriga/huvudman?	Antal	Procent
Ja	1	17
Nej	5	83
Total	6	100

5.4 Stödpersonalens uppdrag

Inom verksamhetsområdet finns en gemensam skriftlig beskrivning på vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget som stödpersonal.

Vid granskningen framförs att personalen är stödpersonal för en boende. När verksamheten startade planerades det för att de också skulle vara stödpersonal för ytterligare en person som reserv men det har fallit bort. Vid faktagranskningen framkommer att verksamheten har bildat ett stödteam kring varje boende där två dagpersonal och en nattpersonal ingår.

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. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Social dokumentation på Villa Strandvägens gruppbostad

Vid granskningstillfället har alla personer som bor i boendet en aktuell genomförandeplan. Det framgår inte tydligt på vilket sätt enskilda varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen. Det saknas uppgifter på hur personalen ska arbeta för att uppnå de mål som finns uppsatta i genomförandeplanerna.

I den sociala journalen finns arbetsanteckningar för informationsöverföring mellan personal. Det finns också ovidkommande uppgifter exempelvis personalens egna värderingar om enskildas känslolägen.

I den sociala dokumentationen saknas händelser av vikt exempelvis dokumentation om individuella bedömningar och inhämtade samtycken om tvångs- och begränsningsåtgärder.

Vid granskningen framkom att det saknas dokumentation om tydliga dagliga rutiner och strukturer för genomförandet av de individuella behoven. Det saknas en systematik för att planera, genomföra, och utvärdera aktiviteterna i genomförandeplanerna.

5.5.1 Bedömning av arbetet i verksamheten

Verksamheten måste fastställa tydliga verksamhetsrutiner och säkerställa att dessa tillämpas.

Rutiner för genomförandet av de boendes individuella behov behöver tydliggöras och tillämpas.

Verksamheten behöver säkerställa de boendes behov av kultur- och fritidsaktiviteter tillgodoses.

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

Verksamheten behöver säkerställa att det finns rutiner för informationsöverföring kring enskilda.

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.

6.1 Trygg och säker verksamhet

Enligt 6 § LSS⁵ 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.

Vid intervjuer uppger personalen att de har kännedom om sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Samtidigt framför några i personalgruppen att de är medvetna om att de egentligen skulle ha rapporterat händelser som inträffat i verksamheten.

De personer som bor på gruppboenden har olika funktionsnedsättningar och vissa med komplexa behov vilket ställer stora krav på personalens kompetens och förhållningssätt.

Vid intervjuerna framförs att det är svårt tillgodose de boendes individuella behov utifrån boendegruppens sammansättning.

Tvångs- och begränsningsåtgärder⁶

Begränsningsåtgärder⁷ kan i vissa fall vara en tillåten åtgärd som har till syfte att skydda eller underlätta för den enskilde. Detta förutsätter dock att den enskilde lämnat samtycke till åtgärden.

⁵ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade)

⁶ [Tvångs- och begränsningsåtgärder - Kunskapsguiden](#)

⁷ [Kompetens i LSS-boenden \(socialstyrelsen.se\), Vad har IVO sett 2020? | IVO.se](#)

Inom avdelningen omsorg om personer med funktionsnedsättning finns en rutin för införande av begränsande åtgärd. Syftet med rutinen är att begränsande åtgärder inte ska vidtas mot någons vilja i någon av verksamheterna.

Vid granskningen framkommer att personal och ledning inte har tillräcklig kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder och vad som är tillåtet och otillåtet.

Vid granskningen av verksamheten framkommer att det förekommer otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. I verksamheten finns bland annat låst lägenhetsdörr och låst dörr ut till de gemensamma utrymmen, låsta skåp i lägenheter, dörr- och rörelselarm etc. I huvudsak saknas det dokumentation i den sociala dokumentationen om de åtgärder som är vidtagna i verksamheten. Det saknas också dokumentation om individuella bedömningar, inhämtade samtycken och uppgifter om hur och när vidtagna åtgärder ska följas upp.

Verksamheten har inte några fungerande rutiner och arbetssätt för att undvika och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder.

6.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten arbetar utifrån Äldre- och omsorgsförvaltningens riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen och enhetschefen har ansvar för att identifiera och beskriva de aktiviteter som ingår i verksamheten samt ta fram de rutiner och stöddokument som behövs för att uppnå kvalitet.

Det finns en verksamhets-/enhetsplan för hela bostadsenheten där villa Strandvägen är en av enheterna. Verksamhetsplanen är av övergripande karaktär och utgår från målområden för hela bostadsenheten. Vid intervjuerna framkommer att personalen inte känner sig delaktiga vid upprättandet av denna plan.

Inom verksamhetsområdet finns ett årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet med fasta aktiviteter för att följa upp de policys, riktlinjer och rutiner som är fastställda.

Vid intervjuerna framkom att personalen efterfrågade en bättre struktur och tydligare arbetsrutiner för hela verksamheten. De efterfrågar även ett mer nära ledarskap.

Vid intervjuerna framför personalen att de inte haft någon samverkan med beslutande myndighet under året. De har inte heller skett några uppföljningar om hur insatserna fungerar för de individer som flyttat in i verksamheten.

6.2.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete

Verksamheten måste säkerställa att otillåtna tvång- och begränsningsåtgärder inte förekommer.

Verksamheten måste säkerställa att samtlig personal och ledning har tillräcklig kunskap om tvångs- och begränsningsåtgärder och vad som är tillåtet och otillåtet.

Verksamheten måste skapa en tydligare struktur och systematik

för arbetet i verksamheten samt utveckla arbetssätt och arbetsrutiner för att undvika tvångs- och begränsningsåtgärder.

Verksamheten måste säkerställa att personalen har kunskaper om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

Samverkan mellan verksamheten och myndigheten behöver förbättras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.

Förvaltningen bör utarbeta en övergripande struktur vid uppstart av ny verksamhet.

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

Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten – Socialstyrelsen

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

Tyresö kommuns riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete (2019)

Verksamhets-/enhetsplan 2021

Personalens utbildning och erfarenhet

Personalens schema och bemanning