

## Uppföljning av Långsjöns dagliga verksamhet

**Enhetens namn:**

Långsjöns dagliga verksamhet

**Enhetschef:**

Martin Pietsch

[martin.pietsch@stockholm.se](mailto:martin.pietsch@stockholm.se)

**Närvarande från utföraren:**

Biträdande enhetschef Helena Hartford Nerby och vårdare Christer Petersson

**Regi:**

Kommunal

**Uppföljning utförd av:**

Verksamhetsutvecklare Madeleine Peatt

**Tidpunkt:**

2017-10-17

**Metod för uppföljning:**

Planerat platsbesök med intervjuer och granskning av ledningssystem, rutiner samt av den sociala dokumentationen.

**Insats:**

Daglig verksamhet.

Öppettider: 09:00-15:00.

**Målgrupp:**

Lindrig och måttlig utvecklingsstörning samt autismspektrumstörning.

**Antal brukare i verksamheten:**

Sju stycken besökare/brukare.

**Sammanfattning**

Utföraren följer till största del kraven i avtal, lagar och föreskrifter och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet.

**Ekonomi och administration**

- Fakturorna kan verifieras
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

**Ledning och personal**

Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning.

Biträdande enhetschef har mer än tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2000.

33 procent av sin arbetstid arbetar biträdande enhetschef för enheten.

All personal, 100 procent har adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning.

All personal behärskar svenska språket i tal och skrift.

Det finns 15 anställda på enheten, varav sex tillsvidareanställda. Det finns sex helårsanställda.

Korttidsfrånvaron är 3,86 procent

Långtidsfrånvaron är 1,69 procent

Enheten har ingen personalomsättning då ingen i personalgruppen har slutat eller börjat sin anställning under det senaste året.

- Det finns en plan för personalens kompetensutveckling
- Enheten har extern handledning
- Det finns skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda och om tystnadsplikt

**Dokumentation**

Genomförandeplaner finns för samtliga brukare och samtliga brukare och/eller dess företrädare har varit delaktig i upprättandet av planerna enligt utföraren. Samtliga planer följs upp var sjätte månad.

Vid årets uppföljning av dokumentationen kontrollerades tre brukares journaler. Samtliga genomförandeplaner innehåller mål, vad, hur och när insatserna ska utföras. Planerna innehåller datum för uppföljning och det framgår att den enskilde och/eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av planen.

Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar) och den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter,

händelser av vikt, måluppfyllelse samt avvikelser från genomförandeplaner.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, det vill säga inlåst.

### **Kvalitetsledningssystem**

Enheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. Enheten ska dock fortsätta arbeta med sitt ledningssystem för att utveckla det ytterligare i syfte att främja implementeringen.

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Avvikelsehantering, klagomål och synpunkter
- Lex Sarah
- Samverkan
- Dokumentation enligt LSS
- Hot och våld
- Dödsfall och/eller traumatiska händelser
- Vikarieanskaffning
- Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har inte genomfört riskanalys och egenkontroll under de senaste 12 månaderna. Verksamheten har en verksamhetsberättelse för föregående år.

Enheten har inte tagit emot några synpunkter eller klagomål, rapporterat eller anmält Lex Sarah under de senaste 12 månaderna.

Utvecklingsmöjligheter:

- Rutinerna för egenkontroll och samverkan kan tydliggöras och bli mer beskrivande.
- Enheten bör göra en riskanalys och egenkontroll av verksamheten.

### **Hälso- och sjukvård**

Verksamheten hanterar inte brukares mediciner.

### **Arbetsätt**

- Det finns skriftlig policy kring gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör skriva en rutin för hur de arbetar för att säkerställa att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar.

### **Brukarinflytande**

Enheten har inga brukarråd/möten. Enheten genomför inte egna brukarundersökningar och har inte i år fått ett eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör genomföra egna brukarundersökningar då de inte fått ett eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning.

### **Hjärt- och lungräddning**

All personal har genomgått hjärt- och lungräddning.

### **Kost**

All personal stöttar brukarna med att handla, laga och i vissa fall äta mat. Personalen har inte genomgått utbildning kring kost eller livsmedelshygien.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör erbjuda personalen utbildning kring kost och livsmedelshygien.

### **Hygien och smittskydd**

Personal stöttar brukarna med personlig hygien. Enligt utföraren arbetar personalen utifrån basala hygienrutiner. Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial. Personalen har inte i nutid genomgått utbildning i basala hygienrutiner.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör erbjuda all personal utbildning i basala hygienrutiner.

### **Systematiskt brandskyddsarbete**

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation, handlingsplan för brand, tydlig anslagen utrymningsplan och plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning. Utrymning övas regelbundet. Senaste utrymningsövningen genomfördes hösten 2016.

### **Lokaler och inredning**

Lokaler och inredning är i gott skick, ändamålsenliga och städade vårdade och hygieniska.