



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Abborre hemtjänst städ & personlig assistans AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Abborre hemtjänst/Rinkeby-Kista sdn

Verksamhetschef/enhetschef:

Tekle Tuku

Adress:

Finlandsgatan 64 164 74 Kista

Telefon:

072-312 33 70

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

18

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	0
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	1
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	8
Skarpnäck	0
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	5
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	2

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren, utredare

Datum för uppföljningen:

2015-03-31

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Tekle Tuku verksamhetschef, Ghebremeskel Abraham, enhetschef samt Mahari Mengisti arbetsledare.

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju utifrån uppföljningsmallen. Dokumentations- och dokumentgranskning.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Ett litet hemtjänstföretag som funnits några år. Har påbörjat arbetet med ledningssystem och skapande av därtill hörande rutiner. Mycket behöver dock fortfarande utvecklas inom detta område. I stort ger företaget ändå ett seriöst intryck och förefaller villiga till att utveckla och förbättra sin verksamhet.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

- Verksamhetens väsentliga processer är ej tydligt identifierade.
 - Det saknas dokumentation om hur samverkan bedrivs i den egna organisationen och hur samverkan säkerställs med andra aktörer.
 - Det saknas en beskrivning av hur enheten bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten samt en redogörelse för hur enheten arbetar för att förebygga och hantera ev. risker.
 - Det framgår inte tydligt vilka områden som ingår i egenkontrollen.
- Ovanstående ska vara åtgärdat vid nästa års uppföljningstillfälle.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vissa brister har funnits i den sociala dokumentationen. Förefaller nu vara åtgärdat. Den sociala dokumentationen har förbättrats både kvantitativt och kvalitativt genom införandet av mobilerna för registrering.

Ekonomi och administration:

- ☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

- ☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

4

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

60

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidsrapport:

Beviljat antal timmar:	
1-9 h	1
10-25 h	1
26-49 h	2
50-80 h	1
81-119 h	0
120-199 h	0

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Företaget avser att utbilda 4 stycken av medarbetarna till undersköterskor under 2015. 6 av medarbetarna är anhöriganställda. Inga kunder har de högsta timnivåerna.

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☐	☐	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☐	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☒	☐	☐	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Ledningssystemet är känt hos personalen enligt ledningen. Vid introduktionen av nyanställda går enheten igenom alla riktlinjer och rutiner och en gång per år uppdateras de om nya och befintliga riktlinjer och rutiner.

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☐	☐	☒	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☐	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☐	☐	☒	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☐	☒	☐	☐

Samverkan har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☒	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☒	☐	☐	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☒	☐	☐	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Dokumentation om riskområden och riskanalys saknas helt.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☒	☐	☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelshantering

--

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns (3 p)	behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☐	☒	☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☐	☒	☐	☐

Egenkontroll har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

--

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens kompetensutveckling	☐	☒	☐	☐	☒
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☐	☒	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐	☐	☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Företaget använder sig inte av någon underleverantör.

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☒	☐	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☒	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

Brukare/kunder från Stockholms stad:

- ☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Den sociala dokumentationen har förbättrats avsevärt sedan tidigare uppföljningar.

Övergripande kvalitetssäkring:

- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Enheten behöver utveckla arbetet med att kvalitetssäkra sin verksamhet.



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Akedo Omsorg AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Akedo Omsorg AB/Rinkeby-Kista sdn

Verksamhetschef/enhetschef:

Maria Mahbobe Zaade

Adress:

Sjöängsvägen 17 19272 Sollentuna

Telefon:

08-6262000 el. 076-213 27 99

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

170

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	0
Enskede-Årsta-Vantör	0
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	0
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	6
Skarpnäck	0
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	0
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-09-09

**Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:**

Maria Mahbobe Zaade verksamhetschef

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju utifrån uppföljningsmallen. Dokumentations- och dokumentgranskning.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Företaget har goda förutsättningar att bedriva god omsorg enligt avtal.
Har avtal med flera kommuner runt storstockholm. Flest kunder i Sollentuna. Där man också fått kvalitetsutmärkelse. Företaget ger ett seriöst intryck med struktur, ordning och engagemang.

**Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:**

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

88

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

50

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidsrapport:

Beviljat antal timmar:	
1-9 h	
10-25 h	
26-49 h	
50-80 h	2
81-119 h	2
120-199 h	2

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Inga kunder från Stockholm ligger i de lägsta timnivåerna

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☒	☐	☐	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☒	☐	☐	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☒	☐	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐	☐

Samverkan har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☒	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☐	☐	☒	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☐	☐	☐	☐

Risikanalys har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☒	☐	☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelshantering

--

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns (3 p)	behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☐	☐	☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☐	☒	☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☐	☐	☒	☐

Egenkontroll har redovisat:

- ☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

--

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens kompetensutveckling	☒	☐	☐	☐	☒
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☐	☒	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐	☐	☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Företaget använder sig inte av underleverantörer

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☒	☐	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☒	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Hälften av de granskade genomförandeplanerna var undertecknade. Enligt verksamhetschef är dock alla genomförandeplaner väl kända och godkända av brukarna. Inte alla kan skriva under.

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Alerta Omsorg AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Alerta Omsorg AB/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Eyyup Surek

Adress:

Norgegatan 1 164 21 Kista

Telefon:

08-59909936

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

77

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	4
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	9
Kungsholmen	4
Norrmalm	3
Rinkeby-Kista	27
Skarpnäck	2
Skärholmen	2
Spånga-Tensta	14
Södermalm	5
Älvsjö	0
Östermalm	3

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-10-15

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Eyyup Surek verksamhetschef och Lena Svensson usk

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju utifrån uppföljningsmallen och granskning av dokumentation

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att verksamheten följer kraven i avtal, lagar och föreskrifter och har därigenom förutsättningar för en god och säker omvårdnad.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☐ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

58

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

34

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:

Beviljat antal timmar:	1
1-9 h	2
10-25 h	3
26-49 h	2
50-80 h	1
81-119 h	0
120-199 h	

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Inte riktigt all personal kan dokumentera på svenska men får hjälp och stöd av samordnaren. 5 stycken av omvårdnadspersonalen utbildar sig nu till usk på distans.

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐	☐	☒
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☒	☐	☐	☒

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☐	☒	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☐	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☐	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☐	☒	☐	☐

Samverkan har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☒	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☒	☐	☐	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☒	☐	☐	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☒	☐	☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelshantering

--

Egenkontroll:

	Finns, men Finns behöver utvecklas Påbörjats Saknas			
	(3 p)	(2 p)	(1 p)	(0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☒	☐	☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☐	☒	☐	☐

Egenkontroll har redovisat:

- ☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

--

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens kompetensutveckling	☒	☐	☐	☐	☒
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐	☐	☒
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☒	☐	☐	☒
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☒	☐	☐	☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☐	☒	☐	☐	☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Underleverantör Alminia besvarar alla larm och ansvarar för nattinsatser.

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☒	☐	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☒	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

100

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Övergripande kvalitetssäkring:

☒ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Anita Care AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Anita Care/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Monica Winge

Adress:

Österögatan 1 164 40 Kista

Telefon:

08-758 44 44

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

3

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	0
Enskede-Årsta-Vantör	0
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	0
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	1
Skarpnäck	0
Skärholmen	2
Spånga-Tensta	0
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-10-05

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Monica Winge och Jessica Törnqvist

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju. Granskning av dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Företaget är nystartat. Har även avtal med Täby kommun och har ca 20 kunder där. Verksamhetschefen är tillförordnad och har bara arbetat några veckor. En ny verksamhetschef är på gång.
Företaget har upprättat ett ledningssystem i Täby och kommer att anpassa det även för Stockholm.
I dagsläget svårt att utifrån denna uppföljning bedöma om företaget har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystem saknas i stora delar. Enligt verksamhetschefen finns ett utvecklat ledningssystem för deras verksamhet i Täby. Detta ska anpassas och kompletteras för att tillämpas även i Stockholm. Arbetet kommer att göras under hösten.
Uppföljning sker vid nästa verksamhetsuppföljning som kommer att planeras in under första halvåret 2016.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

☐ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

1,5

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

100

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:

Beviljat antal timmar:

1-9 h

10-25 h

26-49 h

50-80 h

81-119 h

120-199 h

1
1

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Foto saknas på identifikationen. Företaget kommer att erbjuda utbildning för ej utbildad vårdpersonal. Vid nyanställning krävs usk-utbildning. Namn på ansvarig verksamhetschef stämmer inte med aktuellt tillstånd. Beror på att ny verksamhetschef nyligen rekryterats

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☐	☐	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☐	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☐	☒	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Ledningssystem ej komplett.

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☐	☒	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☐	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☐	☐	☒	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☐	☐	☒	☐

Samverkan har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Området behöver utvecklas.

Risikanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☐	☐	☒	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☐	☐	☒	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☐	☐	☒	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☐	☐	☒	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Området behöver utvecklas.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☐	☐	☒	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☐	☐	☒	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelshantering

Området behöver utvecklas.

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns (3 p)	behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☐	☐	☐	☒
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☐	☐	☐	☒
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☐	☐	☐	☒

Egenkontroll har redovisat:

☐ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

Ingen typ av egenkontroll kunde uppvisas som genomförd, inte heller några rutiner.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☐	☐	☒	☐	☐
Personalens kompetensutveckling	☐	☒	☐	☐	☒
Introduktion för nyanställd personal	☐	☒	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☐	☒	☐	☐	☒
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☐	☒	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☐	☒	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☐	☐	☒	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☐	☐	☐	☒	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

--

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☐	☒	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☒	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

0

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Underskrift saknas i genomförandeplanerna. Enligt verksamhetschef är de genomförandeplaner som finns hos kunden undertecknade.

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Aman Care AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Aman Care/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Nasra Bottan

Adress:

Degerbygränd 33 Spånga

Telefon:

08-369050

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

35

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	0
Enskede-Årsta-Vantör	3
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	5
Kungsholmen	0
Norrmalm	1
Rinkeby-Kista	11
Skarpnäck	0
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	12
Södermalm	1
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren, utredare

Datum för uppföljningen:

2015-03-26

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Nasra Bottan, verksamhetschef

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret, intervju enligt stadens gemensamma uppföljningsmall samt granskning av dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utföraren behöver uppdatera rutiner och skapa ett ledningssystem. Många delar saknades vid uppföljningstillfället. Dock har företaget nu inkommit med de rutiner som saknades.

**Följande avvikelser/brister finns som
skall vara åtgärdade senast:**

Företaget har uppmanats att inkomma med upprättade rutiner inom ledningssystemets olika delar vilka inkom till förvaltningen 2015-10-22.

Arbetet med att utveckla ledningssystemet ska fortsätta och vara klart vid nästa års uppföljning.

Även värdegrundsarbetet behöver utvecklas mer.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd
(avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:

Svenska språket:

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:

Beviljat antal timmar:	
1-9 h	0
10-25 h	1
26-49 h	0
50-80 h	1
81-119 h	1
120-199 h	2

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☐	☐	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☐	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☐	☒	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

Utföraren behöver arbeta vidare med identifiera processer och utveckla sitt ledningssystem.

Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☒	☐	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐	☐

Samverkan har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☒	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☒	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☒	☐	☐	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☐	☒	☐	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☒	☐	☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☐	☒	☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelshantering

--

Egenkontroll:

	Finns, men			
	Finns (3 p)	Finns behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☒	☐	☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☐	☒	☐	☐

Egenkontroll har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

--

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☒
Personalens kompetensutveckling	☐	☒	☐	☐	☒
Introduktion för nyanställd personal	☐	☒	☐	☐	☒
Hantering av privata medel eller motsvarande	☐	☐	☐	☒	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☒
Uppföljning av underleverantörer	☐	☒	☐	☐	☒
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☐	☐	☒	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☐	☐	☐	☒	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☒	☐	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☒	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:

☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (inga decimaler):

100

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Enheten har påbörjat ett värdegrundsarbete men arbetet måste fortsätta och utvecklas.

