



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Humana AB - Husby/Kista/Spånga/Tensta

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Humana hemtjänst/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Anna Söderström

Adress:

Trondheimsgatan 7 164 32 Kista

Telefon:

08-52281344

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

128

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	124
Skarpnäck	0
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	4
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-10-22

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Anna Söderström verksamhetschef, Neda Ghadeshi samordnare och Gullvor Kastberg vårdbiträde.

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju utifrån uppföljningsmallen samt granskning av dokument.

Samlad bedömning av uppföljningen:

En samlad bedömning utifrån denna uppföljning är att utföraren har de förutsättningar som krävs för att bedriva god och säker omvårdnad.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystem finns men behöver utvecklas inom vissa delar så att det tydligare framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med sina processer, riskanalyser och egenkontroller.

Mer tydliga rutiner behöver upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt.

Åtgärdas till nästa års uppföljning.

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):

24

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

25

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	1
10-25 h	2
26-49 h	2
50-80 h	1
81-119 h	6
120-199 h	10

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

Uppgifterna är lämnade av ledningen.

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

Mer tydliga rutiner behöver upprättas för hur samverkan ska bedrivas internt och externt.

Risakanalys:

	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	☒		☒	☐

Risakanalys har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Ingen riskanalys på övergripande nivå kunde uppvisas. Riskanalyser på individnivå finns.

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:**Övergripande kvalitetssäkring:**

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

**Stockholms
stad**

Bilag 12-21

Hemtjänstenhet: Kista Hemtjänst AB (tidigare S.T Care Sweden AB)**Uppföljande stadsdelsförvaltning: Rinkeby-Kista****Avtalspart/Nämnd:**

Kista Hemtjänst AB/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Suzan Douglass

Adress:

Sibeliussgången 22 16477 Kista

Telefon:

076-4147482

Verksamhetens regiform:☐ Kommunal regi☒ Privat regi**Antal brukare/kunder totalt:**

30

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	0
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	10
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	4
Skarpnäck	1
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	13
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-10-01

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Suzan Dougla och Linda Malek

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret, intervju utifrån stadens mall. Granskning av dokument och dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

En samlad bedömning utifrån denna uppföljning är att företaget har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård.
Ett utvecklingsområde är att revidera och komplettera ledningssystemet med dess olika delar.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Ledningssystemet är ej komplett. Vissa delar behöver uppdateras och anpassas till gällande bestämmelser.
Uppföljning sker vid nästa års verksamhetsuppföljning.

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):

6

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
1-9 h	1
10-25 h	2
26-49 h	2
50-80 h	4
81-119 h	
120-199 h	

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

En person klarar inte att dokumentera på svenska. Lämnar uppgifter muntligt till kontoret där det sedan dokumenteras i Parasol. 9 st av vårdpersonalen håller på och utbildar sig till undersköterskor.

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

Rutiner för samverkan internt och externt 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

Riskområden hos brukare är identifierade. Riskområden för verksamheten i stort är ej identifierade.

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 (3 p)	Finns, men 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

Området behöver utvecklas.

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:

**Stockholms
stad****Hemtjänstenhet: Mångkulturell Hemtjänst i Stockholm AB****Uppföljande stadsdelsförvaltning: Rinkeby-Kista****Avtalspart/Nämnd:**

Mångkulturell Hemtjänst i Stockholm AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Neven El-Badawi

Adress:

Norgegatan 1 164 32 Kista

Telefon:

08-594 619 60

Verksamhetens regiform:☐ Kommunal regi☒ Privat regi**Antal brukare/kunder totalt:**

25

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	4
Kungsholmen	0
Norrmalm	2
Rinkeby-Kista	6
Skarpnäck	0
Skärholmen	3
Spånga-Tensta	6
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-09-25

**Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:**

Neven El-Badawi

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret, intervju utifrån uppföljningsmallen, dokument och dokumentationsgranskning.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Ett väl etablerat företag. Företaget har ett genomarbetat och uppdaterat ledningssystem med bra rutiner. Har förutsättningar att bedriva en god vård och omsorg.

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):

7

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

65

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
1-9 h	1
10-25 h	1
26-49 h	1
50-80 h	2
81-119 h	2
120-199 h	

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ingen kund ligger i högsta tidsspannet.

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.

Ingen personal har delegering i nuläge.

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: Nordisk Hemtjänst och Omsorg Handelsbolag****Uppföljande stadsdelsförvaltning: Rinkeby-Kista****Avtalspart/Nämnd:**

Nordisk hemtjänst/Rinkeby-Kista sdn

Verksamhetschef/enhetschef:

Aru Sandanam

Adress:

Ärvingevägen 5 16446 Kista

Telefon:

08-858040

Verksamhetens regiform:☐ Kommunal regi☒ Privat regi**Antal brukare/kunder totalt:**

42

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	2
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	21
Skarpnäck	0
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	12
Södermalm	5
Älvsjö	0
Östermalm	0

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-12-07

**Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:**

Aru Sandanam verksamhetschef Anneli Lukko samordnare

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju utifrån stadens gemensamma uppföljningsmall. Granskning av dokument.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar att bedriva en god och säker vård och omsorg.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Frekvens för och tydliggörande av vad som ingår i egenkontrollen behöver skapas.

Utföraren har rutiner för riskanalys men behöver arbeta vidare på att göra analyser med uppskattad sannolikhet och konsekvens. Åtgärdas till nästa års uppföljning

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Vid förra årets uppföljning saknades en del rutiner i ledningssystemet. Detta har åtgärdats till i år då alla befintliga rutiner uppdaterats och nya lagts till.

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):

16

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

0

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:	2
1-9 h	2
10-25 h	4
26-49 h	6
50-80 h	7
81-119 h	0
120-199 h	

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Utföraren har 22 omvårdnadspersonal anställd. Ingen arbetar heltid. Har räknat om antalet till 16 heltidsanställningar utifrån 75 % arbetstid. En del gör mer andra mindre. All personal är tillsvidareanställd.

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

Uppgifterna har lämnats av ledningen.

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

Utföraren har rutiner för riskanalys men ingen utförd riskanalys uppvisades. Riskanalyser och bedömningar görs vid behov, det är inte angett frekvens.

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

Frekvens för och tydliggörande av vad som ingår i egenkontrollen behöver skapas.

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 boandes 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 har ingen underleverantör.
Plan för personalens individuella kompetensutveckling finns dock ingen plan i stort. Då företaget varit inriktat mot finsktalande kunder har finska språket och erfarenhet av vårdarbete prioriterats före adekvat utbildning. Företaget strävar nu efter att utbilda finskspråkig personal till undersköterskor.
Nya rutiner för introduktion av nyanställd personal håller på att utformas.

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:

Utföraren gör en granskning av den sociala dokumentationen i huvudsak dagligen.
Genomförande plan upprättas av samordnaren vid hembesök.

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:



Stockholms stad

Hemtjänstenhet: Proffssystem i Stockholm AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Rinkeby-Kista*

Avtalspart/Nämnd:

Proffssystem AB/Rinkeby-Kista

Verksamhetschef/enhetschef:

Hengameh Azari

Adress:

Bagartorpsringen 26 170 64 Solna

Telefon:

08-59083113

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

50

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	0
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	8
Kungsholmen	0
Norrmalm	0
Rinkeby-Kista	20
Skarpnäck	1
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	12
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	5

Uppföljningen utförd av:

Annika Ekengren utredare

Datum för uppföljningen:

2015-10-13

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Hengameh Azari verksamhetschef, Sharam Roshanghias bitr. verksamhetschef och Fredrik Larsson ekonomiansvarig

Metod för uppföljningen:

Besök på kontoret. Intervju enligt uppföljningsmallen. Granskning av dokument.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Bedömningen är efter denna uppföljning att företaget har förutsättningar för att bedriva 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):

15,65

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	1
10-25 h	2
26-49 h	2
50-80 h	1
81-119 h	2
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

Uppgifterna är lämnade muntligt av ledningen. Vårdpersonalen kanske inte känner till begreppet ledningssystem men de känner till aktuella rutiner och bestämmelser.

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	Finns, men behöver utvecklas	Påbörjats	Saknas	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
	(3 p)	(2 p)	(1 p)	(0 p)	
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:

