



Arja Ameen

Verksamhetstillsyn enligt socialtjänstlagen av särskilda boenden i Täby kommun 2008

Sammanfattning

Äldreomsorgens verksamhet ska präglas av respekt för den enskildes bestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Detta förutsätter att omsorgen och vårdinsatserna utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål.

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet och för att utföra socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för socialtjänsten i kommunen. I detta ansvar ingår att kontinuerligt följa upp vårdgivarnas kvalitet i verksamheten.

Syftet med tillsynen är att säkerställa att de äldre i Täby kommun får behovet och social omsorg tillgodosett samt att kvaliteten i äldreboendena utvecklas och säkras.

Under hösten 2008 och januari 2009 har en ordinarie tillsyn gjorts av samtliga äldreboenden i Täby kommun (ej Åkerbyvägen 2). Tillsynen 2008 – 2009 baseras på frågeformulär riktad till verksamhetsansvariga, genomgång av verksamhetens lokaler, administrativa rutiner och en systematisk genomgång av dokumentationen med fokus på genomförande. Tillsynsansvarig har även genomfört deltagande observationer i samtliga särskilda boenden som är auktoriserade och kommunens egen regi. Enskild rapport har skrivits för varje verksamhet. Rapporterna har kommunicerats med verksamhetsansvariga.

Särskild tonvikt har lagts vid

- att verksamheterna tillämpar vad som anges i SOSFS 2006:5, allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

- hur verksamheterna tillämpar SOSFS 2006:11 ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- hur måltidssituationerna genomförs

Resultatet av tillsynen visar att

- personalens kompetens överlag är bra, vilket ger förutsättningar för att bedriva en god vård och omsorg
- goda exempel finns i varje verksamhet
- utförarna har kommit olika långt med utvecklingen av sina ledningssystem för kvalitet
- det finns brister i dokumentationen runt brukarna hos några utförare
- det saknas tydliga riktlinjer vad gäller arkivering av dokumentationen efter avslutat uppdrag
- måltidssituationerna behöver förbättras
- personaltätheten på vissa äldreboenden är ojämn i relation till antalet brukare där behovet av omsorg är stor

Bakgrund

I enlighet med socialtjänstlagen ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet. Med god kvalitet avses bl. a. att insatserna ska ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger samt på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses.

Av socialtjänstlagen framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska säkras. Kommunen har ett ansvar att säkerställa att det i varje verksamhet, oberoende av vårdgivare, finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten.

Tillsynsenheten har utarbetat ett underlag för tillsyn riktad till samtliga särskilda boenden i Täby kommun. Tanken är att en ”ordinarie tillsyn” ska genomföras en gång per år för respektive verksamhet. I 2008 – 2009 års tillsyns har Åkerbyvägen 2 inte varit föremål för den ordinarie tillsynen, med anledning av verksamhetens startades hösten 2008. Eftersom det är första gången en tillsyn görs på detta sätt, har det samtidigt varit en test av metoden för tillsyn.

I Täby kommun finns åtta utförare, varav en är kommunens egen regi. En utförare kan däremot bedriva flera verksamheter. Idag finns tolv särskilda boenden i Täby kommun. De privata utförarna har ca 75 procent av de totala antal permanenta platser medans kommunens egen regi står för ca 25 procent av permanenta platser (dagverksamheter, korttidsboenden Furuhöjdens Rehabiliteringshem, Näsbyrarks Parkinsonboende, Åkerbyvägen 2 och Tibblehemmet ingår inte i beräkningen). Utförarna redovisas i tabell 1.

Syfte

Tillsynens syfte är att granska om utförarna organiserar sin verksamhet i enlighet med gällande lagar, förordningar och villkor, uppmärksamma om det finns några specifika brister och bedöma inom vilka områden det finns en förbättringspotential.

Metod

Tillsynen har genomförts i två delar. Den första delen bestod av att ett frågeformulär skickades ut till varje verksamhetsansvarig i de särskilda boendena ca 2-3 veckor innan intervjun. Frågeformuläret innehöll frågor inom områdena ledning och organisation, kvalitetsutveckling och kvalitets-säkring, uppdraget i fråga om omsorg, kontaktmannaskap, aktiviteter, anhöriga, personalfrågor, särskild kompetens, social dokumentation, anmälningsplikt, kost och måltider, lokaler, trygghetslarm, brandskydd - och arbetsmiljö och vård vid livets slut. Frågeformulären besvarades och inkom till tillsynsenheten ett par dagar innan intervjutillfället.

Den andra delen bestod av föranmälda iakttagande observationer ute i vissa delar av verksamheten på varje särskilt boende (ej Furuhöjden Rehabiliteringshem och Näsby Parks Parkinsonsboende). Iakttagande observationer innebär att tillsynsansvarige iakttagit vissa händelser eller händelseförlopp utan att göra några märkbara intrång i skeendet. Det är viktigt att understryka att tillsynsansvarig inte har följt personalens arbete direkt i de äldres hem. Istället har förhållningssätt och arbetssätt observerats från de allmänna utrymmena i äldreboendet på ett indirekt sätt. Dels talade tillsynsansvarige med personalen, dels följde tillsynsansvarige personalens arbete under förmiddag, lunch, eftermiddag och kväll - ungefärlig tid 07.00-21.00. Cirka två arbetspass avsattes för varje äldreboende. I samtal med personalen har frågor ställts utifrån det frågeformulär som redan har besvarats av verksamhetsansvarig, för respektive verksamhet, vid första tillsynsbesöket.

Den boende ska utifrån sin önskan och förmåga ges möjlighet och tillfälle att påverka sin vardag. Det kan gälla uppstigning och sänggående, tidpunkten för och innehållet i måltiderna, besök i affärer och andra inrättningar, deltagande i sociala och kulturella aktiviteter. Det kan också handla om att bestämma miljö och inredning i den egna lägenheten, att hålla kontakt med anhöriga och andra närstående personer och att påverka tidpunkter och former för sin utevistelse.

Följande har observerats: respekt, hänsynstagande gentemot brukaren, möjligheten till brukarnas självbestämmande, atmosfär (den anda, stämning som är rådande i de boendes omgivning), måltidssituationer, sociala aktiviteter, andra aktiviteter, lokalerna och dess standard och städningen (renhet, damning, upplöckat).

Ledning och organisation

I Täby kommun finns tolv särskilda boenden. Samtliga bedrivs av privata utförare utom en som bedrivs i kommunens egen regi och Tibblehemmet som är under upphandling. Se tabell 1. Samtliga boenden har en verksamhetsansvarig för verksamheten. Till verksamhetsansvarig finns oftast en samordnare eller administratör behjälplig avseende bemanning och den praktiska arbetsledningen på enheterna.

Gällande tillstånd

Alla utförare som bedriver särskilda boendeformer är auktoriserade förutom fem. Se tabell 1. Auktorisationen löper tillsvidare. För de verksamheter som bedrivs på entreprenad finns ett avtal som är begränsad med möjlighet till viss förlängning. Under 2009 ska social omsorg införa LOV, lag om valfrihetssystem. LOV innebär en ny modell för kundval där utförare efter inkommen ansökan via förfrågningsunderlag godkänns om de uppfyller de krav och kriterier kommunen ställer. Enligt auktorisationsvillkoren ska alla auktoriserade utförare lämna en F-skattesedel för innevarande år i början av året samt en verksamhetsberättelse för föregående år senast den 1 april nästkommande år. I tabell 1 redovisas vilka utförare som har lämnat F-skattesedel för 2008 och en verksamhetsberättelse för 2007 till social omsorg.

Lokaler

Samtliga brukare som är beviljad en permanent plats på särskilda boenden, där tillsyn har genomförts, har egna lägenheter med toalett och dusch, tillgång till gemensamma utrymmen såsom vardagsrum och matsal, balkonger och andra utemiljöer. Boendestandarden ser olika ut i de olika boendena. På alla boenden erbjuds brukaren och dennes anhöriga möjlighet att titta på boendet innan inflyttning sker. Brukaren väljer helt fritt (förutom sängen) miljö och inredning i den egna lägenheten (ej korttidsboendena). Vissa lägenheter har en egen trinett medans andra lägenheter har kylskåp. Alla boenden har mer eller mindre egna altaner i anslutning till en trädgård utom tre som har tillgång till balkonger. Boendena städas efter fastställda rutiner.

Verksamheten

Samtliga utförare har uppsatta mål för verksamheten. Vissa har egna koncept som ligger till grund för hur personalen ska arbeta. Andra har utvecklat egna grundvärderingar utifrån personalens arbetssätt och integrerat det i verksamheten. Inflyttning till boendena sker i samråd med brukaren, dennes anhörige, verksamhetsansvarig och äldre- och handikappsenheten. Larmsystemen ser olika ut på boendena men alla boendena har möjligheten att erbjuda brukaren trygghetslarm om brukaren som så önskar.

Ankomstsamtal sker allt från innan inflyttningen ska ske och upp till en månad efter inflyttningen. Varje brukare har en egen kontaktperson utsedd med möjlighet att byta till en annan om så önskas.

Alla boenden har egna rutiner för att genomföra olika aktiviteter. Några har fastställda scheman där aktiviteter som sång, musikunderhållning, bingo, andakt, gymnastik och promenad genomförs. Andra har både fasta aktiviteter samt bjuder även in olika organisationer/grupper som underhåller. Gemensamma utflykter sker om vädret tillåter samt om brukarnas hälsotillstånd är goda. Några verksamheter låter brukarna delta vid olika arbetsuppgifter som personalen utför såsom matlagning, vika tvätt eller duka bord.

Anhörigträffar genomförs på samtliga boenden 1-2 gånger per år utom på ett boende där anhörigträffar genomförs vartannat år. Information till anhöriga förmedlas på olika sätt i boendena t.ex. via anhörigpärmar, anslagstavlor och månadsbrev.

Kost och måltider

Fem av elva äldreboende har en egen kock som tillagar maten på boendet. Det finns alltid en person som är kostansvarig på de boenden som tillagar maten själva. På vissa boenden, enligt verksamhetsansvariga planeras matsedeln i samråd med en dietist. Tre boenden har egna restauranger där maten tillagas. Tre verksamheter får sin mat levererad via en restaurang. I de verksamheter där maten tillagas har verksamhetsansvariga uppgett att det finns ett tillstånd från Södra Roslagens Miljö- och hälsoskyddsnämnd om att tillaga egen mat. Tiderna för måltiderna varierar på de olika boendena. Frukost serveras allt från 06.00-11.00. Lunch serveras från 11.30- 13.00 och middags serveras mellan 16.00-17.30. Mellan måltiderna serverar samtliga enheter på förmiddags- och eftermiddagskaffe. Vissa serverar också kvällsmål och/eller erbjuder nattmål för de brukare som så önskar.

De allra flesta verksamhetsansvarige uppger att de har ”pedagogiska måltider” vilket innebär att personalen äter tillsammans med de boende vid måltiderna. Maten serveras till var och en på samtliga enheter där tillsynsansvarige deltagit i verksamheten. På de allra flesta boenden fanns matsedeln tillgänglig i köket och på vissa boenden fanns den även uppsatt på anslagstavlan. De allra flesta boenden erbjuder ett alternativrätt till lunch och middag. Ett fåtal boende erbjuder två alternativa rätter till lunch och middag. Endast ett boende uppger att man tillfrågar de boende om deras önskemål och försöker tillgodose detta genom att tillaga rätten.

Kvalitetssäkring

Insatserna ska vara av god kvalitet enligt 3 kap 3 § socialtjänstlagen. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För att kunna fullfölja dessa skyldigheter bör det finnas ett system som fast-

ställer kvalitetsmål, planering och utförande av insatsen, uppföljning samt utveckling av kvaliteten i verksamheten. Kvalitetssystemet bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppnå målen men ska säkerställa flexibel och effektiv användning av resurser, vara förankrad i organisationen och användas i det dagliga arbetet.

Alla utförare har mer eller mindre någon form av kvalitetssystem. Kvaliteten för dessa varierar. Sex av tolv verksamheter har ett ledningssystem för kvalitet som är utarbetat centralt i företaget men som i sin tur har anpassats efter verksamheten i form av rutinpärmar. Resterande fem har själva utarbetat lokala skriftliga riktlinjer för verksamheten i form av en rutinpärm. En utförares kvalitetsarbete är under utveckling. Samtliga utförare uppger att deras personal känner till rutinpärmerna och att pärmen finns lätt tillgänglig vid behov. Vid närmare granskning av samtliga rutinpärmar uppdagades att några av rutinpärmarerna var i behov av utveckling, förbättring och uppdatering. De brister som fanns handlade bland annat om att det saknades datum för när rutinerna var upprättade, rutinbeskrivningarna var otydliga eller ofullständiga, tillhörande blanketter saknades och det saknades rutinbeskrivning trots att rutinen fanns med i innehållsförteckningen.

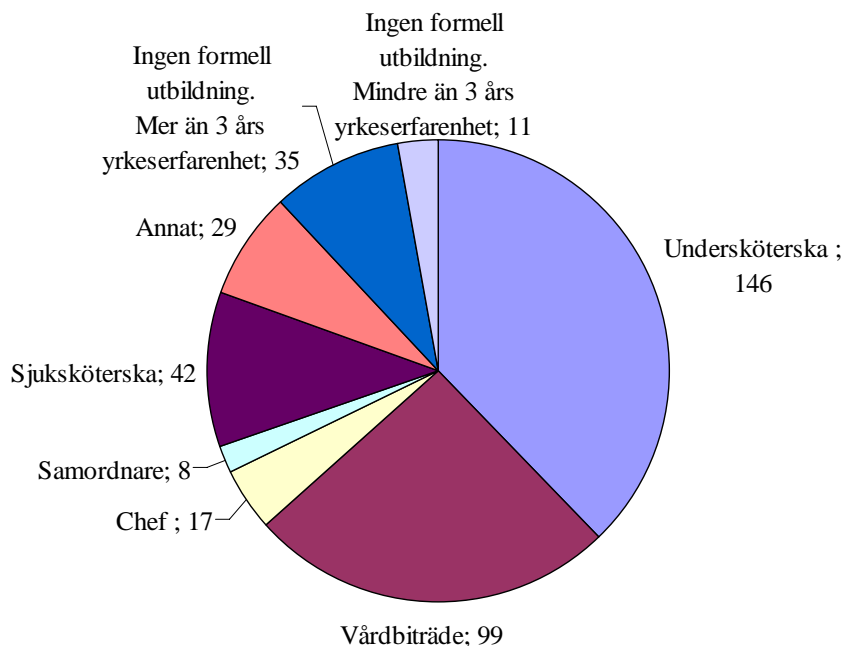
Samtliga utförare har rutiner för hantering avseende klagomål. Personalen får ibland synpunkter/klagomål av brukarna. De försöker i första hand att själva åtgärda dessa samtidigt som klagomålet förs vidare till närmaste chef. Vid intervju med verksamhetsansvariga framkom att brukarna oftast inte önskade göra ett formellt klagomål och att de allra flesta klagomål som framförs är muntliga och hanteras muntligt. I tabell 1 redovisas antal inkomna klagomål som har framförts direkt till verksamheten. Det är viktigt att understryka att uppgifter som avser inkomna klagomål är enbart bekräftade av verksamhetsansvarig och inte av social omsorg. Kännedom om lagar, förordningar och allmänna råd varierar mellan utförarna. De allra flesta utförare har utdrag av viktiga föreskrifter såsom anmälan om missförhållande enligt Lex Sarah med förklaringar tillgängliga för alla medarbetare dock fanns behovet av att uppdatera föreskrifterna.

All personal ska kunna identifiera sig som ett led i att skapa trygghet. Samtliga utförare har rutiner för namnskyltar och Id-kort.

Personal

Kvalitetssystemet bör säkerställa att nyanställda ges nödvändig introduktion. Alla utförare har ett teoretiskt och ett praktiskt introduktionsprogram. Introduktionsperioden varierar mellan någon dag till en vecka.

Totalt finns det 387 personer som är tillsvidareanställda, där en ordinarie tillsynsbesök genomförts, varav 38 män. Enligt verksamhetsansvariga finns tillgång till arbetsledning dygnet runt. Diagrammet nedan visar totalt antal tillsvidareanställda fördelning utifrån befattning och utbildning.



I "Annat; 29" ingår bland annat yrkeskategorier som arbetsterapeut, sjukgymnast, kock och aktivitetsledare.

Alla verksamhetsansvariga uppgett att de har kompetensutvecklingsplaner för sin personal. Arbetsplatsträffar sker kontinuerligt för alla personal.

Dokumentation

Enligt 4 kap. 5 § SOSFS 2006:11 ska personalen ha den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna och att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kompetensutveckling inom verksamhetsområdet.

För att underhålla, utveckla kompetensen och leva upp till de utökade arbetsuppgifter måste verksamhetens behov följas och avspeglas i de utvecklingssamtal som alla chefer har med sina medarbetare. Av elva verksamhetsansvariga uppger tio att det finns en kompetensutvecklingsplan för samtlig personal, en verksamhetsansvarig uppger att det är under utveckling. Nedan följer en beskrivning av några utbildningar som utförarna har genomfört under 2008.

Demensutbildning, ledarskap, trygghetslarm, Nutrition, dokumentation, läkemedel, förflyttning, Hygien, anhörigstöd, förhållningssätt, bemötande, brandutbildning, tandvård, Parkinsons sjukdom, etik och undersköterskeutbildning. Samtliga verksamheter har genomfört utbildningar men i olika utsträckning.

Dokumentation

Av 11 kap. 5 § SoL framgår det att genomförande av beslut och insatser, vård och behandling som rör enskilda ska dokumenteras. Dokumentationen ska användas av personalen som ett arbetsinstrument för den individuella planeringen, för genomförandet och uppföljningen. Dokumentationen under genomförandet av en insats behövs också för att personalen ska kunna visa att arbetet har utförts, på vilket sätt och med vilket resultat för den enskilde.

När insatsen genomförs inom ramen för den beslutande nämndens verksamhet ansvarar nämnden för att genomförandet av insatsen dokumenteras. När en beslutad insats genomförs i en enskild verksamhet ansvarar huvudmannen för den enskilt bedrivna verksamheten för att genomförandet av insatsen dokumenteras. I ansvaret för dokumentationen ligger bland annat att se till att personalen har kunskap om och följer de lagar som gäller och att det finns tid avsatt för dokumentationen.

Huvudprincipen är att alla handlingar som rör den enskilde bör hållas samman i en personakt. Den personal som ansvarar för det praktiska genomförandet av insats måste ha tillgång till de uppgifter som behövs för att insatsen ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Om en beslutad insats genomförs i enskild verksamhet eller av en annan nämnd än den beslutande är det inte möjligt att ha en gemensam personakt på grund av reglerna om sekretess och tystnadsplikt. I dessa fall bör dokumentationen under genomförandet istället hållas samman i en personakt som upprättas hos den som genomför insatsen. En personakt kan vara elektronisk eller fysisk eller både och. Om den innehåller både en elektronisk och en fysisk del är det viktigt att kunna överblicka hela akten genom att den elektroniska delen innehåller tydliga hänvisningar till handlingar som finns i den fysiska delen av akten. En sådan personakt ska innehålla bland annat uppgifter om

- Aktuell beslut
- Genomförandeplan
- Social journal

Samtliga utförare har en personakt för varje brukare men akten ser olika ut hos olika utförare. Sju utförare har enbart fysiska personakter i form av en individuell pärm för respektive brukare medan en utförare har upprättat personakter som innehåller både en elektronisk och en fysisk del.

Av 11 kap.5 § SoL framgår att handlingar som rör den enskildes personliga förhållanden ska förvaras på ett sådant sätt så att obehöriga inte får tillgång till dem. Förvaring av dokumentationen ser olika ut hos utförarna. Alla utförare utom en förvarar alla handlingar som rör den enskilde samlad i enskilda pärmar som förvaras inlåsta i låsbart skåp, i låsbart rum.

Upprättande av genomförandeplan förutsätter alltid den enskildes samtycke och medverkan. Syftet med planen är att göra det tydligt för brukaren och för personalen vad, vem, när och hur det praktiska genomförandet och uppföljningen av beslutad insats ska ske. Alla utförare har någon form av genomförandeplan för sina brukare dock vid närmare granskning av genomförandeplaner saknade många av dessa brukares underskrift.

Enligt auktorisationsvillkoren ska en kopia på genomförandeplanen skickas till biståndsbedömarna inom 14 dagar vilket inte alltid sker. På motsvarande sätt kommer en del av biståndsbeslut med en fördröjning till utförarna. Vid granskning av dokumentationen förekom också att den sociala dokumentationen blandas med hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Samverkan

Samverkan mellan äldre- och handikappsenheter och utförarna uppfattas i verksamheten som god. Alla utförare har någon form av kontakt eller/och samarbete med externa organisationer/grupper.

Bedömning

Enligt 4 kap. 5 § SOSFS 2006:11 ska personalen ha den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna och att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kompetensutveckling inom verksamhetsområdet. Årets tillsyn visar att ca 78 procent av den personal som arbetar i särskilda boenden har en formell utbildning, vilket ger förutsättningen att kunna ge en vård och omsorg av god kvalitet. I beräkningen finns följande yrkeskategorier, sjuksköterskor, chefer, undersköterskor och vårdbiträden.

Alla utförare har genomfört olika utbildningar under 2008. Detta anses som mycket positivt att majoriteten av utförarna är medvetna om hur viktigt det är med fortlöpande kompetensutveckling hos personalen.

Några verksamheter där har mycket bra rutiner för sin verksamhet. Rutinerna är anpassade efter verksamheten. Samtliga rutinpärmar fanns tillgänglig för personalen vid behov.

Några verksamheter bedriver olika utvecklingsprojekt som är relaterad till verksamhetens inriktning vilket är mycket positivt. Projekten handlar bland annat om utevistelse och nutrition.

Samtliga auktoriserade utförare har inkommit med en verksamhetsberättelse för 2007 och en F- skattesedel för 2008.

25 procent av befintliga permanenta platser bedrivs av kommunens egen regi medans 75 procent bedrivs av privata utförare i olika bolagsformer.

Av 11 kap.5 § SoL framgår att handlingar som rör den enskildes personliga förhållanden ska förvaras på ett sådant sätt så att obehöriga inte får tillgång till dem. Enligt auktorisationsvillkoren ska utföraren ha rutiner som säkerställer att personalen har kunskaper om och iakttar socialtjänstlagens bestämmelser om dokumentation. Vid granskning av den sociala dokumentationen framkom att den sociala dokumentationen fanns tillgänglig för obehöriga på ett boende. Detta har kommunicerats med verksamhetsansvariga via den enskilda rapporten och kommer att följas upp vid nästa tillsynsbesök. Vid granskning av dokumentationen framkom också att den sociala dokumentationen blandas med hälso- och sjukvårdsdokumentationen hos majoriteten av utförarna. Dokumentationen för den enskilde är ett förbättringsområde. Under hösten 2008 genomfördes en utbildning i social dokumentation via kompetensstegen i Täby kommun. Utbildningen erbjuds till samtliga utförare inom äldreomsorgen. Majoriteten av verksamhetsansvariga har uppgett att deras medarbetare har deltagit eller kommer att delta i utbildningen. I samband med årets tillsynsbesök kommer tillsynsenheten att även följa upp detta förbättringsområde.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i SOSFS 2006:11 ska det finnas ett ledningssystem för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Några utförare har ett utarbetat ledningssystem för kvalitetssäkring av verksamheten vilket är positivt. Hos majoriteten av utförarna används en rutinpärm. Några utav dessa rutinpärmarna är mycket bra utarbetad och genomtänkt. Andra rutinpärmarna är i behov av utveckling. Social omsorg påbörjade ett utvecklingsarbete under hösten 2008 avseende ett ledningssystem för kvalitetssäkring av verksamheterna inom social omsorg. Arbetet kommunicerades med utförarna i höstas och kommer att kommuniceras i fortsättningen. Även tillsynsansvarige har och kommer att ha en stödjande och rådgivande funktion när det gäller utveckling och förbättring av rutinpärmarna.

Arkivering av den sociala dokumentationen sker på olika sätt hos utförarna. Vissa utförare lämnar dokumentationen till Täby kommuns arkiv för arkivering efter avslutat uppdrag och vissa arkiverar dokumentationen i företaget. Detta bör förtydligas. Tillsynsenheten kommer inte att beröra frågan då detta kommer att regleras i LOV.

Enligt auktorisationsvillkoren ska en kopia på genomförandeplanen skickas till biståndsbedömarna inom 14 dagar vilket inte alltid sker. Även denna fråga bedöms vara reglerad i LOV.

Arja Ameen
Tillsynsansvarig äldreomsorg

Eva Kohl
Chef tillsynsenheten

Tabell 1.

Enhetens namn	Inriktning	Antal Platser	Giltiga tillstånd	Utförare	Driftform	Datum för tillsynsbesök	Verksamhetsberättelse 2007	Registreringsbevis 2008	Antal klagomål Under 2008
Allégården	Gruppboende Vårdboende Dagverksamhet Korttidsboende	24 lägenheter 31 lägenheter 10 platser 7 platser	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Vårdstyrkan i Stockholm AB	Auktoriserad	2008-10-27	Inlämnad	Inlämnad	Två
Brobygård	Gruppboende Korttidsboende	26 Lägenheter 11 Platser	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Carema äldreomsorg AB	Auktoriserad	2008-10-06	Inlämnad	Inlämnad	Tre
Furan	Gruppboende För dementa personer	32 Lägenheter	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Carema Äldreomsorg AB	Auktoriserad	2008-10-16	Inlämnad	Inlämnad	Tre
Furuhöjden Rehabiliteringshem	Korttidsboende	44 Platser	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Reaktivering Furu- höjden AB	Ej auktoriserad	2009-02-04	-	-	Tre
Höstfibblan	Vårdboende	20 lägenheter	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Carema Äldreomsorg AB	Auktoriserad	2008-10-09	Inlämnad	Inlämnad	Fyra
Lyktans gruppboende och vårdboende	Gruppboende Vårdboende	9 Lägenheter 10 Lägenheter	Länsstyrelsen Brand	HSB Omsorg AB	Auktoriserad		Inlämnad	Inlämnad	-
Lyktans Korttidsboende och dagverksamhet	Korttidsboende Dagverksamhet	8 Platser 30-38 Platser	Länsstyrelsen Brand	HSB Omsorg AB	Upphandlad	2008-10-17	Inlämnad	Inlämnad	Fem
Näsby Parks Parkinsonboende	Personer med Parkinson	30 Lägenheter	Länsstyrelsen Brand	HSB Omsorg AB	Ej auktoriserad	2008-10-13	Inlämnad	Inlämnad	Tio
Rallarrosen	Gruppboende för dementa personer	9 Lägenheter	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Norrorts Omvårdnad Ekonomisk Förening	Auktoriserad	2008-10-16	Inlämnad	Inlämnad	-
Tibblehemmet	Under renove- ring	-	-	-	Upphandling pågår	-	-	-	-
Åkerbyvägen 2	Gruppboende Vårdboende	18 Lägenheter 54 Lägenheter	-	Attendo Care	Upphandlad	Startades Sep 2008	-	-	-
Åkerby Äldreboende	Vårdboende	11 Lägenheter	Länsstyrelsen Roslagensmiljö Brand	Åkerby äldreboende Ekonomisk Förening	Auktoriserad	2008-10-10	Inlämnad	Inlämnad	-

Enhetens namn	Inriktning	Antal Platser	Giltiga tillstånd	Utförare	Driftform	Datum för tillsynsbesök	Verksamhetsberättelse 2007	Giltigt registreringsbevis 2008	Antal klagomål Under 2008
Ångaren Gruppboende	Gruppboende Dagverksamhet	18 Lägenheter 24 Platser	Roslagensmiljö Brand	Egen regi	Egen regi	2008-10-06	Egen regi	Egen regi	Fem
Ångaren Vårdboende	Vårdboende	44 Lägenheter	Roslagensmiljö Brand	Egen regi	Egen regi	2008-10-17	Egen regi	Egen regi	Femton