



---

## 1. Basuppgifter:

---

Vård- och omsorgsboende: Villa Agadir

### Er uppföljande stadsdelsförvaltning:

Södermalm

### Verksamhetens regiform:

- Kommunal regi
- Privat regi
- Entreprenad

### Inriktning:

- Somatisk
- Demens
- Korttidsvård
- Profilboende

### Adress:

Radiovägen 9, 181 55 Lidingö

### Verksamhetschef/enhetschef:

Pia Henriksson

### Telefon:

0766217373

**Antal lägenheter totalt:**

54

**Antal boende från Stockholms stad:**

6

**Hur många platser är belagda totalt?**

54

**Erbjuder ni parboende?**

Ja

Nej

**Hur många parboende hade ni 15 januari i år (antal individer exklusive medboende)?**

**Gällande omvårdnadspersonal:**

**Totalt antal anställda:**

40

**Totalt antal timavlönade:**

22

**Totalt antal heltidsanställda:**

27

**Totalt antal deltidanställda:**

13

**Uppföljning:**

**Uppföljningen utförd av:**

Camilla Venemyr  
Mia Edman

**Från utföraren medverkade:**

Verksamhetschef, två gruppchefer omsorg, sjuksköterska, undersköterska

**Datum för uppföljningen (åå/mm/dd):**

2025/09/10

---

**2. Sammanfattning av brister och kvarvarande åtgärder:**

---

**Sammanfattning av brister och kvarvarande åtgärder:**

Inga kvarvarande brister

**a) Följande brister finns vid denna uppföljning:**

**b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:**

**Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):**

---

### **3. Ekonomi och administration:**

---

#### **Ekonomi och administration:**

- Avvikelsesrapporteringen, inklusive underlag för räkning till kund, är tillfredsställande
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

#### **Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:**

Inga kända avvikelser gällande ekonomi och administration

---

### **4. Ledning:**

---

#### **Ledning:**

- Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden, inkl. namngiven chef
- Verksamheten bedrivs i kommunal regi (inget tillstånd krävs)
- Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen är utsedd
- Arbetsledning dygnet runt är tydligt utpekad i den lokala rutinen
- Information om verksamheten på Stockholms stads hemsida stämmer

#### **Eventuella kommentarer avseende ledning:**

Närvarande och delaktigt ledarskap. Gruppchefer arbetar både administrativt och ute i omsorgen med ett arbetsledande och handledande uppdrag. Sjuksköterska finns på plats dagtid alla dagar.

---

### **5. Hälso och sjukvårdspersonal:**

---

### Hälso- och sjukvårdspersonal:

Sjuksköterska finns enligt 11 kap 4§ hälso-och sjukvårdslagen (motsvarande MAS)

De enskilda har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska

**Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar  
(anges med två decimaler):**

3

**Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar**

**(anges med två decimaler):**

0

**Antal timmar per vecka som arbetsterapeut är på plats på enheten (anges med en decimal):**

8

**Antal timmar per vecka som sjukgymnast/fysioterapeut är på plats på enheten (anges med en decimal):**

16

**Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:**

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilt team	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:**

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilt team	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:**

Samarbete med Klara kompetens gällande arbetsterapeut. Dialogen fungerar fint, kontinuiteten är god och fler timmar avropas vid behov.

---

### 6. Omvårdnadspersonal:

---

**Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar  
(anges med två decimaler):**

28

**Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar  
(anges med två decimaler):**

5,78

**Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent (inga decimaler):**

13

**Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent (inga decimaler):**

75

**Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Ytterligare tre medarbetare är under utbildning.  
Dag och kväll är två omsorgsmedarbetare i tjänst per avdelning. Natttid är en omsorgsmedarbetare i tjänst per våningsplan.  
Aktivitetsansvar och ansvar för måltider fördelas vid dagplaneringen.  
Verksamheten har två specialistundersköterskor och två under utbildning. För kompetensutveckling har verksamheten tagit fram en modell för spridning av kunskap inom arbetsgruppen.

---

**Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

---

**7. Rutiner och dokument:**

	Finns	Finns delvis	Saknas
1) Introduktion av nyanställd personal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Gemensam plan för kompetensutveckling	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Uppmärksamma våld i äldres nära relationer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Information till nyinflyttad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Kontaktmannaskap	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Hantering av privata medel eller motsvarande	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Hantering av nycklar eller motsvarande	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Förebyggande och behandling av undernäring enligt HSLFS 2022:49	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Fotsjukvård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Medicintekniska produkter i enlighet med HSLF FS 2021:52	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Smittförebyggande arbete i enlighet med HSLF-FS 2022-44 och SOSFS 2015:10 samt handlingsprogram för att	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## minska vårdrelaterade infektioner

### 15) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37

  

### 16) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård

  

### 17) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse

  

### 18) Aktuell krisplan med handlingsberedskap

  

## Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Övergripande styrdokument tillhandahålls från central kvalitetsavdelning. Lokala rutiner och dokument tas fram vid behov av lokal anpassning. Rutinerna följer en framtagen mall. Rutinpärm och pärm med information för akuta situationer finns på varje avdelning.

- 1) Det finns checklista för olika professioner – gruppchef har huvudansvar för introduktion samt utser en introduktionsmentor.
- 2) Verksamheten använder kompetensportalen Lära, där alla utbildningar och genomförda utbildningar/diplom finns. Varje anställd har en egen planering. Gruppchefer tar fram individuella kompetensutvecklingsplaner med medarbetaren samt följer upp dessa. Kvalitetsavdelningen tar fram övergripande kompetensutvecklingsbehov utifrån omvärldsbevakning. Planerna gäller ett år i taget.
- 3) Det finns en central värdegrund, Respekt - Ansvar - Enkelhet - Kunskap, som alla ska känna till. Värdegrund och Vision går igenom vid introduktion, på APT och vid medarbetarsamtal.
- 5) Det finns framtaget informationsmaterial som delas ut till de boende och deras anhöriga vid inflyttning.
- 6) Rutin och checklista finns över kontaktmans ansvar. Det är möjligt att byta kontaktman vid önskemål.
- 7) Lokal rutin finns för hantering av värdesaker och privata medel.
- 8) Både övergripande och lokal rutin finns för säker hantering av skalskydd och access till lägenheter och verksamhetens lokaler. Åtkomst till läkemedel ges endast till behörig/delegerad personal.
- 9) Tillgång till dietist finns. Individuella riskbedömningar görs och följs upp. Det finns rutiner för hur undernäring ska förebyggas, upptäckas och vem som ska kontaktas vid behov. Regelbunden viktkontroll genomförs med den frekvens som bedöms nödvändig.
- 10) Styrdokument och rutin finns för delegering av medicinska insatser. Vid bemanningsplanering säkerställs att sjuksköterska eller personal med delegering alltid finns i tjänst i verksamheten.
- 11) Det läggs vikt vid att möjliggöra god munhälsa. Styrdokument finns med tydlig ansvarsfördelning och information om insatser som erbjuds så som munhälsobedömning och munvårdskort.
- 12) Styrdokument med tydlig information om målgrupp, bedömning, ansvar och utförande av fotsjukvård finns.
- 13) Medicintekniska produkter erbjuds utifrån den enskildes behov. Styrdokument med beskrivning av förskrivning, ansvar, hantering och underhåll. Lokal rutin finns för hantering av den lokala utrustningen.
- 14) Styrdokument med vägledning och lokal rutin finns för smittförebyggande arbete. Egenkontroller ska genomföras månatlig och samtliga medarbetare gör självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Arbetskläder och skyddsutrustning finns. Arbetskläder tvättas separat.
- 15) Det finns förutsättningar i verksamheten för säker läkemedelshantering. Utförligt styrdokument finns med ansvarsfördelning, vägledning, rutiner och uppföljning beskrivet.
- 16) Styrdokument finns med utförlig beskrivning av vad som behöver tas i beaktande vid livets slut. Brytpunktssamtal erbjuds och leds av läkare. Det som kommer fram i samtalet ligger till grund för den hälsoplan som upprättas. Utgångspunkten är en helhetssyn på människan och att ge adekvat och personcentrerat stöd till livet slut.
- 17) Patientsäkerhetsberättelse har upprättats.
- 18) Lokal rutin för kontinuitetsplanering finns.

## 8. Samverkan:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för intern samverkan finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för extern samverkan finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fungerande tvärprofessionellt teamarbete för en personcentrerad vård och omsorg kring de enskilda	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Rutiner för intern och extern samverkan finns på plats. Rapportering mellan arbetspass sker muntligt och skriftligt för att säkerställa kontinuitet och informationsöverföring. Team-möten genomförs minst var tredje vecka på respektive avdelning där en till två boendes situation och behov tas upp per gång. Inför dessa möten genomförs riskbedömningar, och vidtagna eller planerade åtgärder dokumenteras i kvalitetsregister samt i respektive boendes journal. Dokumentation från team-möte sker både i hälso- och sjukvårdsjournal och i social journal beroende på vad det gäller.

## 9. Riskanalys:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för riskanalys finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Riskanalyser görs både för de enskilda äldre i verksamheten, för verksamheten som organisation och som arbetsplats.

## 10. Avvikelsehantering:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för avvikelsehantering finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden till IVO (Lex Sarah) finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada till IVO (Lex Maria) finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avvikelser, klagomål och synpunkter används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Rutin och vägledning för hantering av avvikelser finns. Analys görs i kvalitetsråd och förbättringsåtgärder identifieras för implementering i verksamheten.  
Ledningen har även låtit medarbetarna besvara en enkät för att identifiera utvecklingsområden.

## 11. Egenkontroll:

	Ja	Delvis	Nej
Rutiner för egenkontroller finns	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från egenkontroller används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultaten från externa uppföljningar används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egenkontrollen visar att den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) uppfyller ställda krav	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egenkontrollen visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutin och checklistor finns för löpande egenkontroller. Genomgång av egenkontroller i syfte att få en samlad bild av verksamhetens kvalitet görs två gånger per år. Resultatet stäms av med central ledning och utvecklingsområden identifieras. Identifierade utvecklingsområden och vidtagna förbättringsåtgärder följs sedan upp i enlighet med verksamhetens rutiner för systematiskt kvalitetsarbete.

## 12. Processer och förankring:

	Ja	Delvis	Nej
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Huvudprocesser är identifierade och personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom deltagande i olika forum, nätverk och arbetsplatsträffar (APT).

## 13. Nationella kvalitetsregister:

- Enheten registrerar i Senior alert
- Enheten registrerar i Svenska palliativregistret
- Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) i förekommande fall

#### **Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**

Vid uppföljning av egenkontroller uppmärksammas om de nationella registren används i relevant omfattning och förbättringsåtgärder planeras vid behov.  
Verksamheten är demenscertifierad genom den interna Vardagaakademin. Bemötandeplaner upprättas vid behov.  
Vardaga har fattat beslut centralt om att införa BPSD i samtliga verksamheter. Arbetet är påbörjat.

---

### **14. Boende och service:**

---

#### **Stimulans:**

- Utföraren erbjuder daglig utevistelse
- Utföraren erbjuder en större aktivitet minst en gång i veckan
- Utföraren erbjuder minst två aktiviteter per dag
- Individuella aktiviteter erbjuds

#### **Mat och måltider:**

- Verksamheten har tillgång till kompetens i kost- och nutritionsfrågor genom dietist
- Mat och måltider är i möjligaste mån individuellt anpassade och utgår från den enskildes behov och önskemål
- Måltiderna är jämnt fördelade över dygnet, med tre huvudmåltider (frukost, lunch och middag) samt tillgång till näringsrika, energi- och proteinrika mellanmål
- Kvällsmål, nattmål och förfrukost erbjuds vid behov

#### **Lokaler och utrustning:**

- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet
- Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial
- Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- Utföraren har en komplett städplan för storstädning i gemensamhetslokalerna

## Eventuella kommentarer avseende boende och service:

### Stimulans

Ett arbete pågår centralt med att utveckla Vardagas koncept "Den goda dagen". I verksamheten är det en utmaning att motivera de boende att gå ut och att delta i aktiviteter. Det pågår ett utvecklingsprojekt.

### Mat och måltider

Verksamheten följer konceptet Mat som hemma och tillagar alla måltider i avdelningsköken. Det finns styrdokument med vägledning för att förebygga och behandla undernäring och tillgång till dietist vid behov.

### Lokaler och utrustning

Lokalerna är ändamålsenligt utformade med två avdelningar per våningsplan och en trevlig, skyddad trädgård utanför.

Verksamheten köper in förbrukningsartiklar och ser till att olika personliga hjälpmedel förskrivs och finns tillgängliga. Lokalerna städas enligt lokal rutin.