



1. Basuppgifter:

Vård- och omsorgsboende: Villa Täby Park

Er uppföljande stadsdelsförvaltning:

Södermalm

Verksamhetens regiform:

- Kommunal regi
- Privat regi
- Entreprenad

Inriktning:

- Somatisk
- Demens
- Korttidsvård
- Profilboende

Adress:

Östra Parkpromenaden 9, 183 76 Täby

Verksamhetschef/enhetschef:

Camilla Sundqvist,
Fatos Cetinkaya (från november 2025)

Telefon:

073 532 7468

Antal lägenheter totalt:

80

Antal boende från Stockholms stad:

5

Hur många platser är belagda totalt?

80

Erbjuder ni parboende?

Ja

Nej

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

Gällande omvårdnadspersonal:

Totalt antal anställda:

115

Totalt antal timavlönade:

58

Totalt antal heltidsanställda:

11

Totalt antal deltidanställda:

45

Uppföljning:

Uppföljningen utförd av:

Camilla Venemyr
Karolina Ehrnstedt

Från utföraren medverkade:

Verksamhetschef, både frånträdande och tillträdande, enhetschef HSL, gruppchef/undersköterska

Datum för uppföljningen (åå/mm/dd):

25/11/12

2. Sammanfattning av brister och kvarvarande åtgärder:

Sammanfattning av brister och kvarvarande åtgärder:

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:

Under uppföljningen har inga avvikelser gällande ekonomi eller administration framkommit.

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:

Verksamheten är vid uppföljningstillfället i färd med att byta verksamhetschef och väntar på återkoppling från IVO gällande detta.

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):

4

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):

36

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

40

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilt team	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Kommunikationen med Klara kompetens som bemannar helg, kväll och natt fungerar bra.

6. Omvårdnadspersonal:

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

35,62

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

7,99

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

20

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

79

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Arbetsledningsansvar är tydligt delegerat vid chefs frånvaro. Gruppchef finns i tjänst de flesta arbetspass för handledning och uppföljning. På natten är fyra medarbetare i tjänst med ansvar att ge omsorg och stöd samt visst städ- och tvättansvar.

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 minska vårdrelaterade infektioner	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Aktuell krisplan med handlingsberedskap	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

- 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 kontaktmannens 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 genomförs månatlig och samtliga medarbetare gör självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Observationskontroller görs varje månad av utsedd medarbetare och lämnas till HSL ansvarig för analys och åtgärder vid behov. Arbetskläder och skyddsutrustning finns. Arbetskläder tvättas i separat tvättstuga.
- 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 varje 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

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Risicanalyser 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.

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 registerar i Senior alert
- Enheten registerar 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, nattsmål 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:

De boende erbjuds olika aktiviteter och utevistelse utifrån önskemål och behov. Inom Vardaga erbjuds nätverk med medarbetare från andra verksamheter för inspiration och erfarenhetsutbyte.

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

Verksamheten bedrivs i en nybyggd och ändamålsenlig fastighet. Utanför finns en trevlig och avskärmad trädgård. Området är fortfarande under uppbyggnad och viss törning har upplevts då det byggts på granntomten men det bygget är klart inom kort.

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