



SLUTRAPPORT

---

# Fördjupad granskning NSC Talliden

2014-12-17

Agneta Kling och Yvonne Holmström

SÄN 2009/232-734

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Metoder .....</b>	<b>4</b>
3.1	Genomgång av Tallidens riskbedömning & handlingsplan och information om den fördjupade granskningen med boendets chefer.....	4
3.2	Genomgång av lokala rutiner .....	4
3.3	Observationer av måltider tillsammans med kvalitetsutvecklare från Valfärd Samhällsservice.....	4
3.4	Genomgång av resultatet av observationerna med boendets chefer.....	4
3.5	Kontroll av vidtagna åtgärder efter hygienrond.....	4
3.6	Nattbesök.....	5
3.7	Genomgång av resultatet av nattbesöket med enhetschef.....	5
3.8	Uppföljningsbesök.....	5
<b>4</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>5</b>
4.1	Genomgång av Tallidens handlingsplan med boendets chefer.....	5
4.2	Genomgång av lokala rutiner .....	5
4.3	Observationer av måltider tillsammans med kvalitetsutvecklare från Valfärd Samhällsservice.....	5
4.4	Genomgång av resultatet av observationerna med boendets chefer.....	6
4.5	Kontroll av vidtagna åtgärder efter hygienrond.....	6
4.6	Nattbesök.....	6
4.7	Genomgång av resultatet av nattbesöket med enhetschef.....	6
4.8	Uppföljningsbesök.....	7
<b>5</b>	<b>Reflektioner och slutsatser.....</b>	<b>7</b>

## I Sammanfattning

På grund av missförhållanden på Nacka seniorcenter Talliden (nedan Talliden) utdelades en varning av social- och äldrenämnden. Sociala kvalitetsenheten genomförde därefter en fördjupad granskning av verksamheten. Den huvudsakliga metoden var observation, framför allt av måltider, då det på Talliden fanns en väl utarbetad rutin för hur dessa skulle gå till.

Granskningen visade att verksamheten hade förbättrats sedan varningen utdelades men att ytterligare arbete fortfarande återstår att göra. Cheferna på Talliden har varit engagerade och sett den fördjupade granskningen som en hjälp i sitt förbättringsarbete. Vår bedömning är att Talliden nu uppfyller villkoren för särskilt boende för äldre.

## 2 Bakgrund

Sommaren 2013 missköttes ett trycksår hos en boende på korttidsenheten på Talliden vilket ledde till dubbelamputation. Detta anmäldes enligt både lex Sarah och lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

En åtgärdsplan upprättades för att komma till rätta med missförhållandena som framför allt var brister i rapportering och dokumentation.

I oktober 2013 avslutade verksamhetschefen sin anställning och en ny tillsattes. I början av 2014 började två nya enhetschefer på Talliden vilket innebar att hela ledningen för verksamheten var utbytt.

Trots vidtagna åtgärder inkom ytterligare tre lex Sarah-rapporter om missköta trycksår under våren 2014. Detta pekade på att de vidtagna åtgärderna inte hade haft avsedd effekt.

Det fanns rutiner för hur verksamheten skulle bedrivas men följsamheten till rutinerna behövde väsentligt förbättras.

Vid hygienronden som genomfördes under våren 2014 tillsammans med Vårdhygien i Stockholms län framkom brister i följsamheten till basala hygienrutiner. Bland annat var det regler för användning av ringar och klockor, arbetskläder, handhygien, användning av handskar och skyddsutrustning som inte följdes. Trots tillsägelser och arbetsrättsliga påföljder var följsamheten fortfarande inte godtagbar. Varken daglig kontroll och inspektion eller årliga funktionskontroller hade heller utförts gällande de maskiner som används för rengöring av urinflaskor, bäcken och städhinkar. Talliden tilldelades därför en varning av social- och äldrenämnden 2014-06-17.

Sociala kvalitetsenheten fick därför i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av verksamheten.

### **3 Metoder**

#### **3.1 Genomgång av Tallidens riskbedömning & handlingsplan och information om den fördjupade granskningen med boendets chefer**

Efter den kvalitetsgranskning som kvalitetsutvecklaren på Valfärd Samhällsservice genomförde under hösten 2013 gjorde Talliden en riskbedömning och upprättade en handlingsplan för att komma till rätta med missförhållandena.

Då den nya ledningen på Talliden hade fokus på att komma tillrätta med personalens bristande följsamhet till befintliga rutiner såg de granskningen som en hjälp i detta arbete. Vi informerade dem därför om hur denna skulle gå till.

#### **3.2 Genomgång av lokala rutiner**

Vi granskade de lokala rutinbeskrivningarna som fanns i pärmar på de flesta avdelningarna för att göra en bedömning av om det fanns rutinbeskrivningar så att personalen hade förutsättningar att veta hur arbetet skulle bedrivas.

#### **3.3 Observationer av måltider tillsammans med kvalitetsutvecklare från Valfärd Samhällsservice**

Vi valde att observera måltider då det sedan tidigare fanns en tydlig rutinbeskrivning av hur måltiderna skulle planeras och genomföras. En kvalitetsutvecklare från Valfärd samhällsservice tillsammans med medicinskt ansvariga observerade samtliga enheter under sammanlagt tolv halvdagsobservationer, antingen över frukost eller över lunch under en vecka.

#### **3.4 Genomgång av resultatet av observationerna med boendets chefer**

Iakttagelserna återkopplades till cheferna.

#### **3.5 Kontroll av vidtagna åtgärder efter hygienrund**

Kontroll av om förbättringsåtgärder vidtagits med anledning av påpekanden vid hygienronden.

### **3.6 Nattbesök**

Medicinskt ansvariga, som fått nyckel till boendet av enhetschef, besökte boendet klockan tre på natten och pratade med personalen.

### **3.7 Genomgång av resultatet av nattbesöket med enhetschef**

Iakttagelserna återkopplades till cheferna.

### **3.8 Uppföljningsbesök**

Hösten 2014 gjordes ytterligare ett besök där hygienrutiner, läkemedelshantering och lokala rutiner följdes upp och återkopplades till ansvariga chefer.

## **4 Resultat**

### **4.1 Genomgång av Tallidens handlingsplan med boendets chefer**

Vår granskning av handlingsplanen visade att ledningen hade identifierat de risker som fanns och tagit fram åtgärder för att undanröja eller minska risken för negativa händelser. Tidplanerna var dock i vissa fall inte helt realistiska. Uppföljningsdatum saknades ibland.

### **4.2 Genomgång av lokala rutiner**

Personalen visste inte alltid var rutinpärmarna fanns. I samtliga pärmar saknades information om dokumentation. Även i övrigt var pärmarna ofullständiga och dåligt uppdaterade. Det fanns ingen enhetlighet i vad som fanns i rutinväg på de olika enheterna. Information om nya rutiner skickades ut via e-post och det var oklart vem som hade ansvar för att uppdatera pärmarna. Detta medförde att vikarier inte hade tillgång till rutinbeskrivningarna.

### **4.3 Observationer av måltider tillsammans med kvalitetsutvecklare från Välfärd Samhällsservice**

Arbetsbelastningen på de olika enheterna varierade stort. Personalen hjälpte inte varandra mellan enheterna. Detta kunde resultera i att kunderna serverades frukost så sent som halv elva. Lunchen serverades klockan tolv.

Befintliga måltidsrutiner följdes inte till fullo på någon av enheterna. Det fanns inte alltid dukar, tabletter och bordsdekoration. Matsedeln var heller inte alltid

uppskriven på informationstavlan. Det förekom även att personal gick igenom enheterna under måltiderna.

De flesta i personalen hade ett bra bemötande av kunderna men det förekom att personalen pratade över huvudet på dem. Vidare följdes inte de basala hygienrutinerna när personal, vid ett par tillfällen, gick ut i köket med skyddsförkläde och handskar avsedda att användas vid hjälp med personlig hygien.

#### **4.4 Genomgång av resultatet av observationerna med boendets chefer**

Återkopplingen av observationsresultatet bekräftade i mångt och mycket det cheferna redan visste

Observationsfynden fanns redan med i riskanalysen och handlingsplaner fanns för att komma till rätta med problemen. Man hade dock inte hunnit åtgärda alla brister ännu.

#### **4.5 Kontroll av vidtagna åtgärder efter hygienrund**

En del åtgärder är vidtagna och flera är påbörjade men inte slutförda.

#### **4.6 Nattbesök**

Oklarhet om vilka rutiner som gällde för nattpersonalens arbete när det gäller frukost på sängen som nattpersonalen inte trodde att de fick servera. Det rådde även oklarhet om vem som gör vad vid morgonrapporten.

Sommarvikarie hade fortfarande inte tillgång till Procapita. Hon skulle ha kontaktat servicecenter men hade inte gjort det då hon inte hade mejladressen.

Personal som inte hade tillgång till Procapita skrev i andras inloggningar vilket gör att deras anteckningar inte går att hitta på ett enkelt sätt.

En i personalen låg nerbäddad och sov när vi kom klockan tre på natten.

#### **4.7 Genomgång av resultatet av nattbesöket med enhetschef.**

Det visade sig att de rutinbeskrivningar som fanns i rutinpärmen inte stämde när chefen visade dem. Däremot hade vikarierna fått inloggningsuppgifter och information om vart de skulle vända sig för att få hjälp om problem uppstod. Till nästa år kommer chefen att kontrollera att vikarierna kommer in i ProCapita innan sommarvikariatet börjar.

## 4.8 Uppföljningsbesök

Följsamheten till de basala hygienrutinerna var förbättrad vid uppföljningsbesöket. Arbetsrättsliga åtgärder hade vidtagits i de fall personal, trots upprepade tillsägelser, inte följde rutinerna. Hälso- och sjukvårdspersonalen uppgav att omvårdnadspersonalen numera följde omvårdnadsordinationer.

Vid tiden för uppföljningsbesöket skulle det endast finnas en rutinpärm på den gemensamma expeditionen. Granskningen visade att flera av enhets-expeditionerna fortfarande hade dåligt uppdaterade rutinpärmar på plats. Rutinpärmen på den gemensamma expeditionen saknade fortfarande information om dokumentation. Detta åtog sig enhetschefen att åtgärda. Hon skulle även plocka bort de gamla rutinpärmarna från enhetsexpeditionerna.

## 5 Reflektioner och slutsatser

Ledningen på Talliden har arbetat målmedvetet och systematiskt med att förbättra verksamheten. Man har kommit en bra bit på väg men en hel del återstår att göra. Det tar tid att implementera förändringar. Cheferna såg vår granskning av verksamheten som en hjälp i sitt arbete och tog tacksamt emot våra iakttagelser och synpunkter.

Vår bedömning är att Talliden nu uppfyller villkoren för särskilt boende för äldre.

## *Öppenhet och mångfald*

*Vi har förtroende och respekt för människors kunskap*



---

POSTADRESS

BESÖKSADRESS

TELEFON

E-POST

SMS

WEBB

ORG.NUMMER

Nacka kommun, 131 81 Nacka

Stadshuset, Granitvägen 15

08-718 80 00

[info@nacka.se](mailto:info@nacka.se)

716 80

[www.nacka.se](http://www.nacka.se)

212000-0167