

Äldrenämnden

## Riktad granskning av Nacka seniorcenter Sjötäppan

### Sammanfattande bedömning

Granskningen visar att Sjötäppan under en längre tid haft bristande ledning och styrning och att kunder fått bristande bemötande och omsorg av personal. I avsaknad av ett kompetent, tydligt och närvarande ledarskap har det vuxit fram en osund kultur på Sjötäppan vilket resulterat i att de inte kunnat tillgodose en god kvalitet för kunderna. Insynen i verksamheten har varit begränsad. Ledningen för Nacka seniorcenter och för Valfärd Samhällsservice har över tid fått indikationer på att det funnits brister inom både ledning och personal på Sjötäppan. Ledningen på Valfärd Samhällsservice hade vidtagit vissa åtgärder innan uppgifterna om missförhållandena inkom i slutet av januari 2017. Bedömningen är dock att de åtgärderna inte varit tillräckliga. Utföraren borde agerat tidigare och mer kraftfullt i syfte att förebygga och förhindra allvarliga missförhållanden.

Verksamheten har inte arbetat utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter som styr verksamhetsområdet främst vad gäller systematiskt kvalitetsarbete och dokumentation utifrån både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheten har inte arbetat utifrån fasta, gemensamma rutiner eller haft ett gemensamt och strukturerat arbetssätt.

Trots vidtagna och planerade åtgärder utifrån händelsen, visar granskningen att verksamheten fortfarande har påtagliga brister. Verksamheten behöver skyndsamt vidta åtgärder inom flertalet områden för att kunna garantera kunderna en god kvalitet och garantera patientsäkerheten.

### Brister

- Anordnaren har inte följt inom området gällande lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för verksamhet som omfattas av kundvalssystemet *enligt villkor 21 i villkoren för att vara godkänd anordnare av särskilt boende för äldre*. Brister som härleder till detta villkor är exempelvis systematiskt kvalitetsarbete, dokumentation, föreskrifter om läkemedelshantering samt bedömning och insatser av fysioterapeut.

- Ledningssystemet är inte implementerat i verksamheten. Verksamheten har inte arbetat systematiskt med avvikelser, riskanalyser och egenkontroller för att säkra kvaliteten i verksamheten *enligt villkor 15-19*. Verksamheten har inte följt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende lex Sarah då utredning av ett rapporterat missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska inledas utan dröjsmål. Verksamheten behöver säkerställa att det finns gemensamma rutiner och arbetssätt som är förankrade hos personalen. Skriftlig rutin för våld i nära relation saknas. Samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner behöver uppdateras.
- Avvikelse har inte rapporteras och utretts, allvarliga avvikelser gällande hälso- och sjukvård har inte rapporteras vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska *enligt villkor 16*. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver mer kunskaper om avvikelshantering.
- Nycklar till de boendes lägenheter har inte förvarats på ett säkert sätt *enligt villkor 19*.
- All personal behärskar inte svenska språket i tal och skrift *enligt villkor 24*.
- Dokumentation och andra sekretessuppgifter har inte förvarats på ett säkert sätt utan att obehöriga kan få tillgång till uppgifterna *enligt villkor 27*. De sociala journalerna följer inte Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd enligt samma villkor. Omvårdnadspersonalen behöver bättre och tydligare förutsättningar för hur och när de ska dokumentera och ta del av dokumentation.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har allvarliga brister och behöver förbättras för att garantera patientsäkerheten *enligt villkor 27*. Nationella kvalitetsregister skall användas både på individ- och enhetsnivå.
- Verksamheten behöver en närvarande ledning med adekvat kompetens. Den före detta enhetschefen för B-huset hade inte adekvat högskoleutbildning *enligt villkor 13*. Bristen är nu åtgärdad i och med att enhetschefens anställning avslutats och tjänsten ersatts av enhetschef med adekvat kompetens.

### Utvecklingsområden

- Verksamheten behöver utarbeta en gemensam värdegrund och gemensamma mål som är väl förankrade hos personalen.
- Personal bör erbjudas kompetensutveckling i större utsträckning utifrån individuella kompetensutvecklingsplaner. Det finns även behov av regelbunden handledning och reflektion.
- Bemanningen av sjuksköterskor behöver ses över. Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdspersonal behöver förtydligas.
- Välfärd Samhällsservice bör se över och tydliggöra funktion och ansvarsfördelning mellan verksamheterna och verksamhetsstödet för att arbetet och stödet kring det systematiska kvalitetsarbetet ska bli så effektivt som möjligt.
- Lokalernas utformning i främst A-huset bedöms inte som ändamålsenliga utifrån kundernas behov av omsorg och omvårdnad. En avdelning i A-huset har 27 platser



fördelat på två plan vilket med fördel kan ses över. Dels för att effektivisera personalens arbete och dels för att skapa en större trygghet för kunderna.

- Kompletterande utvecklingsområden utifrån uppföljning av extern konsult är att boendemiljön behöver förbättras så att den blir mer trivsamt och inbjudande. Måltider och måltidsmiljön behöver utvecklas för att tillgodose kundernas självbestämmande och delaktighet.

## Inledning

I början av 2017 inkom uppgifter till Nacka kommun gällande allvarliga och omfattande brister på Nacka seniorcenter Sjöträppan (kallat "händelsen" fortsättningsvis i rapporten). Händelsebeskrivningen är hämtad från Valfärd Samhällsservice handlingsplan där det framgår följande:

*"I slutet av januari fick verksamhetschef information från trovärdiga källor att det förekom brister i verksamheten på ett omfattande sätt med detaljerade beskrivningar om händelser som skett under hösten 2016. Personal på Sjöträppan har vid upprepade tillfällen haft ett bristfälligt bemötande mot kunder och det har förekommit brister i omvårdnaden. Beslut fattades om att stänga av ett tiotal medarbetare. Göra en polisanmälan av händelserna samt anmäla händelserna till IVÖ, Inspektionen för vård och omsorg".*

Tio omvårdnadspersonal och en enhetschef stängdes av från arbetsplatsen utifrån de påtalade missförhållandena. Fyra omvårdnadspersonal har nu omplacerats inom den kommunala produktionen. Fyra omvårdnadspersonal samt enhetschefen för B-huset har avslutat sin anställning enligt överenskommelse med arbetsgivaren. En omvårdnadspersonal har sagt upp sig på eget initiativ. För en omvårdnadspersonal pågår fortfarande en arbetsrättslig process. Sjuksköterskan som arbetade på avdelningarna där händelserna uppdagades, avslutade sin anställning i december 2016. Utredning pågår utifrån den polisanmälan som gjordes av Valfärd Samhällsservice.

Sedan den 7 mars 2017 finns en tillförordnad enhetschef Gilda Johansson. Hon kommer att inneha tjänsten senast till och med den 31 december 2017. Rekrytering av ytterligare en enhetschef pågår. Enhetschefen för A-huset är föräldraledig. I samband med att Gilda Johansson kom tillsattes även en förbättringsledare. Förbättringsledarens främsta arbetsuppgifter är att säkerställa att personalen arbetar efter gällande rutiner. Hittills har skyndsamma arbetsuppgifter dock fått prioriteras, såsom lex Sarah-utredningar och andra administrativa uppgifter.

Utföraren har även anlitat en extern konsult för en oberoende granskning. Denna granskning genomfördes under mars och april 2017 och innefattade intervjuer och observationer på samtliga avdelningar på Sjöträppan, utredning av de lex Sarah-rapporter som upprättades i samband med händelsen samt förslag på korrigerande och kompletterande av pågående åtgärdsarbete (se bilaga 1).



Nacka kommun - äldreheten, har sedan händelsen haft en tät dialog med Valfärd Samhällsservice och fått regelbundna uppdateringar om situationen på Sjöträppen. Utföraren har även inkommit med en åtgärdsplan enligt begäran av äldreheten. Efter händelsen beslutade äldreheten om att en riktad granskning skulle genomföras på Sjöträppen. Den riktade granskningen innefattar följande områden:

- Ledning och styrning
- Personal
- Systematiskt kvalitetsarbete
- Dokumentation
- Hälso- och sjukvård
- Kundinflytande och bemötande
- Trygghet och säkerhet
- Samverkan
- Uppföljning och bedömning av åtgärder utifrån åtgärdsplan

### **Allmänt**

Nacka seniorcenter Sjöträppen drivs av den kommunala produktionen – Valfärd Samhällsservice. Sjöträppen har 62 platser, 6 platser för äldre personer med demenssjukdom och resterande platser för äldre personer med behov av omsorg och omvårdnad. Boendet är sjönära beläget på Neglingevägen 21 i Saltsjöbaden. På Sjöträppen finns goda möjligheter till utevistelse med flera gemensamma balkonger och en trädgård. I egna köket lagas all mat och de har ett stort utbud av aktiviteter. I anslutning till boendet finns en dagverksamhet för äldre som i dagsläget har cirka 15-18 inskrivna kunder.

### **Organisation**

Produktionsdirektör för Valfärd Samhällsservice är Anette Böe. Benita Pettersson är sedan i september 2016 verksamhetschef för Nacka seniorcenter som tillhör den kommunala produktionen. Där ingår fem äldreboenden samt natt- och larmpatrullen. Benita Pettersson har det yttersta ansvaret för Sjöträppen samt uppföljningsansvar. Innan Benita Pettersson tillträdde fanns det en verksamhetschef för både Sjöträppen och Älta. På varje äldreboende finns en till två enhetschefer. Enhetscheferna har fullt mandat och ansvar för sin enhet vad gäller ekonomi, personal och kvalitet. På Sjöträppen har det sedan tidigare funnits en enhetschef för A-huset och en för B-huset. Sedan våren 2016 finns en ny enhetschef för A-huset som för tillfället föräldraledig. Den tidigare enhetschefen för B-huset stängdes av i samband med händelsen. Denna anställning är nu avslutad efter arbetsrättslig utredning. Gilda Johansson är sedan den 7 mars tillförordnad enhetschef för hela Sjöträppen. Rekrytering av ytterligare en enhetschef pågår.

Valfärd Samhällsservice har ett verksamhetsstöd för stöd i frågor kring exempelvis ekonomi, personal och kvalitet. Verksamhetsstödet har en kvalitetsutvecklare och en kvalitetsutredare. De är ansvariga för det gemensamma ledningssystemet och för alla lex



Sarah-utredningar som görs i de olika verksamheterna. Deras uppgift är även att stödja verksamheterna i deras systematiska kvalitetsarbete.

## **Syfte**

Syftet med den riktade granskningen är att bedöma om verksamheten vidtagit och planerar att vidta tillräckliga åtgärder utifrån de missförhållanden som uppstått samt utifrån åtgärdsplanen. Syftet är även att utifrån de områden som granskats, se hur verksamheten lever upp till de lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och kundvalsvillkor som gäller för verksamhetsområdet. Slutligen är syftet att undersöka orsaker till hur missförhållandena kunnat uppstå.

## **Metod**

Den riktade granskningen är genomförd under april och maj 2017 genom ett flertal verksamhetsbesök, kontroll av rutiner, intervjuer med ledning och med stödfunktioner inom Valfärd Samhällsservice, samtal med kunder och anhöriga samt genom dokumentationsgranskning. Som komplement till den riktade granskningen har äldreheten tagit del av den granskning som gjordes av extern konsult på uppdrag av utföraren.

I samband med granskningen intervjuades tio omvårdnadspersonal, tre sjuksköterskor och en arbetsterapeut på Sjötäppan. Åtta av den omvårdnadspersonal som intervjuats har arbetat en längre tid på Sjötäppan. Övriga två har anställts efter händelsen. Sju av tio arbetar i B-huset och tre i A-huset.

## **Resultat av riktad granskning**

### **Ledning och styrning**

Granskningen visar att ledning och styrning innan händelsen, främst i B-huset varit bristfälligt under en längre tid, även om meningarna till viss del går isär. Verksamhetschef Benita Pettersson uppger att ledarskapet innan händelsen var stabilt och att den enhetschef som stängts av hade goda kunskaper. Ledningen inom Valfärd Samhällsservice och verksamhetsstödet anser att ledarskapet (främst gällande enhetschefen i B-huset) på Sjötäppan varit bristfälligt. De upplever att enhetschefen haft svårt att lyfta blicken för att kunna arbeta övergripande och systematiskt, samt att hon inte följt de gemensamma rutinerna. Detta är något som verksamhetsstödet tidigare lyft till ledningen inom Valfärd Samhällsservice. Granskningen visar att enhetscheferna inte varit i verksamheten i tillräcklig utsträckning. I avsaknad av närvarande chefer har det då bildats en icke önskvärd kultur i verksamheten som normaliserats över tid. Gilda Johansson upplever att det finns behov av gruppledare eller liknande med ett utökat ansvar på varje avdelning för att vara enhetschefernas förlängda arm.



Majoriteten av den intervjuade omvårdnadspersonalen som arbetade på Sjöträpan redan innan händelsen, upplever att ledarskapet fungerat tillfredsställande. Några omvårdnadspersonal från B-huset uppger att de hade önskat en större lyhördhet av den tidigare enhetschefen. De upplever att det inte "hände någonting" när de lyfte saker, exempelvis att viss personal hade ett bristfälligt bemötande. Samtliga tio omvårdnadspersonal som intervjuats anser att ledarskapet fungerar mycket väl sedan Gilda Johansson tillträdde och de har alla ett stort förtroende för henne. *"Det har blivit mer tydligt och bättre rutiner nu"* uppger en personal.

De två sjuksköterskorna som har arbetat under 2016 upplevde att de saknade chefstöd, samt att cheferna inte var tillgängliga. En av sjuksköterskorna beskriver att han sökte stöd hos enhetschefen för B-huset då personalen ofta inte följde ordinationer. Han menar dock att enhetschefen försökte vända omvårdnadspersonalen mot honom när han inte ville delegera avancerade sjukvårdsuppgifter. Sjuksköterskan uppger att han lyfte problemen om bristande ledarskap med verksamhetschef Benita Pettersson vid flera tillfällen utan att få gehör. Sjuksköterskan valde till slut att avsluta sin anställning. Benita Pettersson bekräftar att sjuksköterskan lyft vissa problem relaterade till delegeringar och bristande ledarskap men inte i den omfattning sjuksköterskan beskriver.

Personalmöten hölls tidigare en gång i månaden. Det är oklart om möten hölls mellan enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. Möten sker nu en gång i veckan med såväl omvårdnads- som hälso- och sjukvårdspersonal. De planerar även att införa regelbundna avdelningsmöten.

### **Kompetens och kompetensutveckling**

Enhetschefen för B-huset hade inte adekvat högskoleutbildning. Enligt villkoren i kundvalet ska den dagliga ledningen utövas av en föreståndare/arbetsledare som har en adekvat högskoleutbildning omfattande minst 120 poäng. Bristen påtalades av sociala kvalitetsenheten redan 2009 i samband med att nya villkor för särskilt boende trädde i kraft. Enligt direktör för Valfärd Samhällsservice påbörjade enhetschefen ledarskapsutbildningar vid två tillfällen men fullföljde dem inte. Innan händelsen förde ledningen på Valfärd Samhällsservice en dialog med enhetschefen bland annat för att ta fram en individuell kompetensutvecklingsplan.

### **Personal**

Personalomsättningen på Sjöträpan har varit normal eller låg. Många har arbetat på boendet under flera års tid. Verksamheten har fått mycket goda resultat i tidigare medarbetarundersökningar. Både ledning och verksamhetsstöd uppfattar att Sjöträpanns avdelningar varit "stängda" och avskilda från varandra. Personal har sällan eller aldrig arbetat över avdelningarna vilket påverkat både möjligheter till insyn och rotation av personal. Det framkommer att ledningen på Sjöträpan inte arbetat enligt flexibel



arbetsmodell enligt Nacka seniorscenters rutin. De arbetade heller inte efter gällande rutiner vid personalfrågor och arbetsrättsliga frågor gällande personal utan gjorde egna lösningar.

### **Om händelsen**

Intervjuad omvårdnadspersonalen som var anställda innan händelsen uppger att de till en början blev chockade, ledsna och förvånade när de fick information om det inträffade. Några uppger att de inte alls förstått eller sett vad som pågått medan andra uppger att de till viss del sett vad som pågått och ser positivt på att en eller ett fåtal ur personalen har stängts av. Flera av den intervjuade omvårdnadspersonalen är helt oförstående och kritiska till det stora antal omvårdnadspersonal som stängts av. Några har varit sjukskrivna efter händelsen då de mått psykiskt dåligt över hur deras kollegor behandlats samt över personalsituationen med vikarier efter händelsen. Några beskriver också en rädsla över att själva bli avstängda. En omvårdnadspersonal säger: *"Det känns som ett lotteri, är det min tur nästa gång?"*

### **Bemanning**

De flesta av den intervjuade omvårdnadspersonalen upplever att bemanningen är tillräcklig rent generellt. Omvårdnadspersonal från två olika avdelningar uppger att de varit kort om personal vid vissa tider på dagen men att bemanningen nu förstärkts efter att Gilda Johansson tillträtt. Situationen med avsaknad av personal har börjat stabiliseras även om det fortfarande är flera vikarier på den avdelning där flest omvårdnadspersonal blivit avstängda. Avdelningen B3 är mest drabbad där sex ordinarie omvårdnadspersonal stängts av. Det är vid tillfällena för verksamhetsbesöken fortfarande hög grad vikarier vilket påverkar såväl boende som övrig personal. Rekrytering av fast omvårdnadspersonal pågår. I väntan på rekrytering har de tagit in sju undersköterskor från andra boenden inom Nacka seniorcenter. Några av dessa har bestämt sig för att arbeta kvar på Sjötäppan.

En ordinarie sjuksköterska har anställts från och med juni. Till och med juni arbetar flera olika sjuksköterskor via bemanningsföretag i verksamheten. En sjuksköterska som arbetar deltid har cirka 30 boende som hon är omvårdnadsansvarig för och ansvarar för 33 delegeringar. Detta är högst antal i Nacka kommun. Genomsnittet på de övriga särskilda boendena är 20 delegeringar per heltidsanställd sjuksköterska. Sjötäppan har tillfälligt ökat sjuksköterskebemanningen med olika sjuksköterskor via bemanningsföretag eller visstidsanställningar. I samband med den riktade granskningen finns inga uttalade planer på att man ska höja sjuksköterskebemanningen som kan ses som otillräcklig. Det arbetar en arbetsterapeut och en fysioterapeut på Sjötäppan. Fysioterapeuten har varit sjukskriven i cirka en månad. Hon har inte ersatts och först efter en uppmaning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) togs det in en annan fysioterapeut från Nacka seniorcenter för en akut bedömning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppger olika svar om ansvarsfördelningen som anses oklar.



### **Kompetens och kompetensutveckling**

Ett flertal i personalgruppen behärskar inte svenska i tal och skrift. Detta är särskilt påtagligt på demensavdelningen. Utifrån intervjuer med ledning är det oklart om det finns eller har funnits en kompetensutvecklingsplan för verksamheten samt för varje enskild personal. Kompetensutveckling har skett i begränsad omfattning. Personalen har ingen regelbunden handledning vilket har efterfrågats av flera av den intervjuade personalen.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Den kommunala produktionen använder sig av en digital verktygslåda som heter SMART. Där ingår bland annat en kvalitetsmodul för att bedriva det systematiska kvalitetsarbetet. SMART är främst ett chefsverktyg, personalen använder sig inte av det i dagsläget. Vid tillfället för verksamhetsbesöket har den tillförordnade enhetschefen ännu inte loggat in i SMART och har inte prioriterat att göra den årliga riskbedömningen. I nuläget pågår en uppdatering av SMART vilket innebär att man ser över och uppdaterar processer och rutiner. Detta arbete har dock inte prioriterats, det finns därmed inte mycket dokumenterat i ledningssystemet för tillfället.

Skriftliga rutiner finns inom väsentliga områden, exempelvis synpunkter och klagomål, lex Sarah, hot och våld och introduktion av nyanställd personal. Det saknas rutin för våld i nära relation. På varje avdelning finns en pärm med relevanta rutiner. Den intervjuade omvårdnadspersonalen känner till pärmen och de flesta uppger att de fått tillräcklig information om rutinerna för synpunkter och klagomål samt för lex Sarah. Skriftliga hälso- och sjukvårdsrutiner finns sparsamt och de är inte uppdaterade. Sjuksköterskorna hänvisar till olika pärmar. MAS rutinbeskrivningar är inte kända och hälso- och sjukvårdspersonal vet inte var dessa rutinbeskrivningar finns.

Enligt Nacka seniorcenters rutiner ska årliga utredningar göras utifrån riskanalyser och det finns en plan för egenkontroll. Verksamhetschef och tillförordnad enhetschef kan vid tillfället för verksamhetsbesöket inte redogöra för vad man tidigare identifierat för risker på Sjötäppan. Vid intervju med verksamhetsstödet framkommer att tidigare ledning på Sjötäppan inte sett några påtagliga risker kopplade till kvaliteten, trots att verksamhetsstödet uppfattat det motsatta. Vid tillfället för verksamhetsbesöket i april är den årliga utredningen ännu inte påbörjad. Ledning för Välfärd Samhällsservice och verksamhetsstöd uppger att de under längre tid haft uppfattningen om att Sjötäppan inte arbetat utifrån de gemensamma rutiner som finns för Nacka Seniorcenter. De upplever även att de inte arbetat systematiskt med kvalitetsarbete och kvalitetssäkring utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

I patientsäkerhetsberättelsen som ska skrivas årligen beskriver verksamheten att patientsäkerhetsarbetet inte kan redovisas eftersom flera medarbetare slutat sin anställning i början av året. Det saknas systematik i patientsäkerhetsarbetet. Egenkontroll saknas i väsentliga delar i patientsäkerhetsarbetet, som till exempel granskning av patientjournaler,





egenkontroll av hygienrutiner och systematiskt arbete med nationella kvalitetsregister. Verksamheten beskriver inte om riskanalyser görs. Det hänvisas till kvalitetsledningssystemet, som inte används i verksamheten. Vissa resultat som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen stämmer inte överens med verkligheten.

### **Avvikelser**

Sjötäppan har tidigare rapporterat synpunkter och klagomål samt lex Sarah i väldigt liten omfattning. Ledning och verksamhetsstöd uppgjer att de sett detta som en varningssignal för att verksamheten inte arbetar efter gällande lagstiftning och rutiner. Registrering och rapportering av synpunkter, klagomål och lex Sarah har ökat sedan enhetschefen för A-huset tillträdde under våren 2016. Under 2016 registrerade boendet 40 synpunkter och klagomål. De flesta bestod av beröm. Klagomålen (13 stycken) handlade främst om måltidssituationen, serviceinsatser och bemanning.

Under 2015 gjordes tre lex Sarah-rapporter på Sjötäppan, samtliga på grund av bristande bemötande av personal. Tre lex Sarah-rapporter upprättades under 2016. Missförhållandena som föranledde rapporterna handlade om bristande omvårdnad och bristande bemötande. I januari 2017 innan händelsen upprättades tre lex Sarah-rapporter, samtliga utifrån bristande bemötande. Arbetsrättsliga åtgärder inleddes med två medarbetare utifrån de inkomna rapporterna. I samband med händelsen i slutet av januari 2017 upprättades elva lex Sarah-rapporter. Efter det har Sjötäppan gjort ytterligare sju lex Sarah-rapporter. Samtliga lex Sarah-rapporter som gjordes i januari 2017 och de som upprättades i samband med händelsen resulterade i en utredning som även har skickats till IVO. Utredningen gjordes av en extern konsult för att få en utomstående perspektiv och bedömning. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska utredning inledas utan dröjsmål. Utredningen ska skickas till IVO senast två månader efter att en anmälan till IVO gjorts. Utredningen gällande missförhållandena på Sjötäppan inleddes först i slutet av mars och färdigställdes i mitten av april vilket således inte följer gällande bestämmelser.

Under 2016 registrerades 109 avvikelser gällande hälso-och sjukvård samt 140 fall. Hälso- och sjukvårdspersonalen uppgjer att de inte rapporterar alla avvikelser och att alla inte känner till rapporteringsrutiner. Under första kvartalet 2017 har två Lex Maria-anmälningar skickats till IVO. Anmälningarna gjordes på grund av brister i dokumentation, delegeringar, uppföljning av kundernas hälsotillstånd samt brister i introduktionen av en sjuksköterska.

### **Dokumentation**

#### **Social dokumentation**

Vid verksamhetsbesöken i april och maj förvaras den sociala dokumentationen på tre av fyra avdelningar på ett icke säkert sätt. På en avdelning förvaras dokumentation med personuppgifter i köket tillika dagrummet. Akterna i form av boendepärmar är synliga och står framme i en bokhylla. En lista av boende på avdelningen inklusive personnummer



hänger synligt i köket. På två avdelningar förvaras dokumentationen i pärmar i olåsta rum som är belägna intill köken.

Vid besöken granskas två till tre slumpmässigt utvalda akter på varje avdelning. Alla kunder vars akter granskas har en uppdaterad genomförandeplan. Planerna bedöms ha fullgott innehåll. De är individuellt utformade och i de flesta fall framgår kundernas behov och önskemål på ett tillfredsställande sätt. De sociala journalerna dokumenteras och förvaras digitalt. Sju akter granskas slumpmässigt avseende social journal. Det finns löpande anteckningar i samtliga granskade akter. Sociala journaler är dock blandade med daganteckningar och med hälso- och sjukvårdsdokumentation. Det är därmed svårt att härleda händelser av vikt och avvikelser från genomförandeplanen. Ytterligare två journaler har granskats utifrån inkomna avvikelser. I dessa akter är de löpande sociala journalerna bristfälliga.

Personalen har inte haft särskild avsatt tid för dokumentation. Enligt Gilda Johansson har personalen inte rätt förutsättningar för att dokumentera och ta del av dokumentation då det endast finns en dator på varje avdelning. Detta är något som ses över i nuläget.

### **Hälso- och sjukvårdsdokumentation**

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen förvarades i samband med verksamhetsbesöken i låsta rum som sjuksköterskor, chef och förbättringsledare har tillgång till. Efter besöken har brandsäkra förvaringsskåp för dokumentationen inhandlats.

I början av maj granskades 15 procent av hälso- och sjukvårdsjournalerna och samtliga registreringar i nationella kvalitetsregistret Senior alert. I samtliga granskade journaler är dokumentationen bristfällig. I samtliga journaler saknas aktuell status inklusive vikt, riskbedömningar, fortlöpande uppföljningar av boendes hälsotillstånd och uppföljningar av omvårdnadsordinationer. Sårvård utförs inte enligt ordination. Det finns åtta aktuella registreringar i Senior alert, endast tre av dessa har registrerade åtgärder. Kollegiala granskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, som skulle påbörjats i april, hade inte påbörjats vid verksamhetsbesök den 2 maj.

Det finns brister i informationshantering. En sjuksköterska saknar egen inloggning och dokumenterar med annan sjuksköterskas inloggning vilket bryter mot patientdatalagen. Enhetschefen saknar egen inloggning till dokumentationssystemet. Teamarbete saknas, hälso- och sjukvårdspersonal uppger att omvårdnadspersonal inte läser dokumentationen, vilket försvårar rapportering av omvårdnadsåtgärder.

### **Hälso- och sjukvård**

Läkemedelshanteringen har varit bristfällig. Vissa läkemedel har förvarats olåsta och utgångna läkemedel har funnits i läkemedelsrummet och i skåp i allmänna utrymmen. Efter åtgärdsplan från MAS har en sjuksköterska fått en uppgift att åtgärda bristerna. Det finns



fortfarande läkemedel som omvårdnadspersonalen har tillgång till utan ordination av läkare eller sjuksköterska.

Det finns brister i delegeringsförfarandet, rutinbeskrivningar följs inte. Avancerade sjukvårdsuppgifter som inte får delegeras, har muntligen delegerats till omvårdnadspersonal. Vid första besöket hade inte omvårdnadspersonalen på B-huset aktuella delegeringar. Vid senaste besöket har flera av omvårdnadspersonalen fått en aktuell delegering. Den sociala dokumentationen visar att omvårdnadspersonalen inte har tillräckliga kunskaper i läkemedelshantering, det uppges att läkemedel (salvor) används av omvårdnadspersonalen utan sjuksköterskekontakt.

Från och med den 2 maj har Nacka seniorcenter tillsatt en hälso-och sjukvårdsamordnare på 50 procent. Hon kommer arbeta med att säkerställa dokumentationen och hälso-och sjukvårdsrutiner på Sjöträppan.

### **Kundinflytande och bemötande**

Sjöträppan har tidigare fått goda resultat i Socialstyrelsens liksom Nacka kommuns brukarundersökningar. Verksamhetsstödet uppger dock att det kommit till deras kännedom att omvårdnadspersonalen i stor utsträckning hjälpt kunderna att svara på undersökningarna. Boendet har kundråd en gång i månaden där de boende har möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten. Synpunkts- och klagomålsblanketter finns hos alla kunder. Det finns även en brevlåda uppsatt utanför enhetschefens rum.

Omvårdnadspersonalen som intervjuas är samstämmiga i att de upplever att kunderna har goda möjligheter till att påverka insatsen. Sjuksköterskan uppger att det ibland händer att kunderna inte får insatser de tider de önskar på grund av att omvårdnadspersonalen inte hinner. Uppdaterade genomförandeplaner finns för de kunder vars akter har granskats. Enligt ledningen behöver genomförandeplanerna bli mer levande. Omvårdnadspersonalen och då främst timanställda, läser inte alltid planerna vilket resulterar i att de inte vet vad de boende har för behov och önskemål.

Majoriteten av den intervjuade omvårdnadspersonalen uppger att det tidigare fanns en eller ett fåtal i personalgruppen som hade ett bristfälligt bemötande av kunderna. Flera omvårdnadspersonal och en sjuksköterska uppger att de vid upprepade tillfällen påtalat detta till dåvarande enhetschef utan resultat. Ledning och verksamhetsstöd är eniga i att verksamheten behöver arbeta med värdegrund och implementera denna i hela personalgruppen. En ny omvårdnadspersonal som intervjuas instämmer. *"För vilka är vi här liksom"*? uppger omvårdnadspersonalen utifrån hennes iakttagelser sedan hon började på Sjöträppan.

### **Trygghet och säkerhet**

Samtlig personal har skrivit på sekretessförbindelse. All personal bär namnbrickor.



Nycklar till de boende förvaras inte säkert då de på minst en avdelning förvaras i olåst skåp i köket.

I februari var enligt larmloggar 47 larm obesvarade eller försenade under ett dygn. Omvårdnadspersonalen har fått utbildning och information om att svara på larm. I april har detta förbättrats och larm från kunder besvaras oftast inom given tid. Den intervjuade omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna har inte tillräcklig kännedom om våld i nära relation och det finns ingen skriftlig rutin. Personalen påtalar själva att de har behov av mer kunskap och utbildning i ämnet.

Alla kunder har en kontaktperson. Det är dock verksamhetens behov som styr arbetet vilket påverkar personalkontinuiteten negativt. De flesta av den intervjuade omvårdnadspersonalen upplever att kunderna nu har det tryggt och säkert på Sjötäppan. Några av den intervjuade omvårdnadspersonalen från B-huset anser att kundernas trygghet inte kan säkras i dagsläget på grund av den rådande personalsituationen. Flera anhöriga i B-huset uppger att de inte känner att deras närstående är trygga på Sjötäppan. De upplever att hälso- och sjukvårdsinsatser inte följs upp och omvårdnadspersonalen är inte lyhörd för ändringar i kundernas tillstånd.

Granskningen visar att timanställd och nyanställd personal inte hunnit få introduktion enligt gällande rutin. Introduktionen av nyanställda sjuksköterskor har varit bristfällig. Bristerna har påtalats till ledningen och detta skulle förbättras. Vid besöken kvarstår bristerna i introduktionen av sjuksköterskor. Introduktionsprogrammet som är gemensamt för Nacka Seniorcenter, används inte.

### **Samverkan**

Anhöriga har tidigare varit nöjda men upplevde frustration och otrygghet när flera av medarbetarna stängdes av och ersattes av vikarier. Flera anhöriga har börjat få tillbaka förtroendet för ledningen på Sjötäppan. De upplever att enhetschefen Gilda Johansson är lyhörd, försöker åtgärda brister och informerar anhöriga. Flera anhöriga upplever att samverkan med sjuksköterskorna inte fungerar optimalt. Det finns olika uppfattningar om hur de upplever samverkan med omvårdnadspersonalen.

Teamarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal har varit bristfälligt. Säkra rapporteringsrutiner saknas. Omvårdnadspersonalen läser sällan hälso- och sjukvårdsdokumentationen och följer inte omvårdnadsordinationer. Omvårdnadspersonal tar egna beslut vid administrering av läkemedel samt vid användning av skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Samverkan med läkarorganisationen och BigCare som har hand om sjuksköterskeinsatser under jourtid fungerar bra.

Granskningen visar att samverkan mellan Sjötäppan och verksamhetsstödet inte fungerar optimalt. Den tillförordnade enhetschefen på Sjötäppan anser att de inte får tillräckligt stöd



i det systematiska kvalitetsarbetet, såsom lex Sarah-utredningar. Verksamhetsstödet å andra sidan upplever att det är svårt att nå fram med information och anvisningar. De uppger att de aktivt erbjudit stöd och har vid upprepade tillfällen besökt Sjötäppan för att stödja i det systematiska kvalitetsarbetet och vara behjälpliga med lex Sarah-utredningar.

## **Uppföljning och bedömning av åtgärder utifrån åtgärdsplan**

I februari 2017 inkom utföraren med en åtgärdsplan utifrån händelsen på begäran av äldreheten. I åtgärdsplanen har utföraren identifierat inom vilka områden åtgärder behöver vidtas utifrån samt hur och när de planerar att vidta åtgärder inom varje område. Åtgärdsplanen har tidigare godkänts av äldreheten. I samband med den riktade granskningen har äldreheten bedömt hur utföraren efterlevt åtgärdsplanen och om vidtagna och planerade åtgärder anses tillräckliga för att komma tillrätta med missförhållandena. Utföraren har inkommit med uppdaterad information om vidtagna och planerade åtgärder den 12 maj 2017 (se bilaga 2).

Granskningen visar att utföraren följt åtgärdsplanen till viss del men inte fullt ut. Utföraren har vidtagit och planerar att vidta flertalet åtgärder enligt åtgärdsplanen. Exempel på detta är rekrytering av omvårdnadspersonal, införande av lokal ledningsgrupp, införande av dagliga morgonmöten samt genomgång av samtliga genomförandeplaner. Vissa åtgärder är dock inte vidtagna inom den utsatta tiden och vissa planerade åtgärder har varken genomförts eller kommer genomföras i den form utföraren beskrev i åtgärdsplanen. Den årliga utredningen för att identifiera risker kopplade till kvaliteten är exempelvis inte genomförd på utsatt tid.

Utifrån de missförhållanden som uppdagades kring bristande bemötande hos personalen, hade utföraren planerat för att gediget och strukturerat upplägg i samarbete med företagshälsovården Feelgood. Fokus skulle vara på värdegrund, bemötande, gemensamma mål och grupputveckling. Utföraren har här frångått åtgärdsplanen och istället planerat för andra åtgärder såsom daglig dialog i verksamheten, webb-utbildning för personalen i nationell värdegrund samt att fyra i personalgruppen ska gå en högskolekurs i nationell värdegrund. Förutom den dagliga dialogen som ska föras genom enhetschef och förbättringsledare, har verksamheten ännu inte påbörjat några strukturerade åtgärder kopplade till bemötandefrågor och värdegrund.

Granskningen visar att det fortfarande finns påtagliga brister inom vissa områden där åtgärder ska vara vidtagna enligt åtgärdsplanen. Exempel på detta är åtgärder kopplade till introduktion av både omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Intervjuerna visar att rutiner för introduktion inte följts. Personal har heller inte genomfört webb-utbildningen enligt rutin för delegering. Granskningen visar även att avvikelser inte alltid rapporteras enligt gällande rutin. Enligt åtgärdsplanen skulle dokumentationsgranskning genomföras av verksamhetsstödet senast den 20 februari av minst 50 procent av hälso- och sjukvårdsjournalerna och minst 50 procent av den sociala dokumentationen. Granskning genomfördes av ett tiotal journaler enligt tidsplan och visade på stora brister. De bedömde



då att det var omotiverat att fullfölja dokumentationsgranskningen utan lyfte istället bristerna till ledningen inom Valfärd Samhällsservice. Den riktade granskningen visar dock att åtgärden inte lett till förbättring utan att det fortfarande finns stora brister i hälso- och sjukvårdsdokumentationen samt brister i den sociala dokumentationen.

Under granskningens gång har granskande tjänstemän kontinuerligt påtalat identifierade brister i verksamheten. Detta har resulterat i att utföraren utökat åtgärdsplanen och har vidtagit/behöver vidta åtgärder inom fler områden än planerat. Ett exempel på detta är att de tillsatt en hälso- och sjukvårdssamordnare för att komma tillrätta med de brister som identifierats kopplat till dokumentation och rutiner inom hälso- och sjukvårdsområdet.

### **Granskade dokument**

- Åtgärdsplan upprättad av utföraren utifrån händelsen
- Rutinpärmar enligt Socialtjänstlagen innehållande rutiner om bland annat lex Sarah, synpunkter och klagomål, kontaktmannaskap, hot och våld med mera.
- Rutinpärm innehållande hälso- och sjukvårdsrutiner.
- Social dokumentation i form av cirka tio genomförandeplaner och lika många sociala journaler
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen i form av nio patientjournaler.
- Samtliga bedömningar i nationella kvalitetsregister Senior alert.
- Granskning av skriftliga delegeringar