

KS 11,153
Rev 11. 5

Lerums kommun

Granskning av implementering och
efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom
äldreomsorgen



Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Avgränsning	5
1.4. Granskningsansvariga.....	5
1.5. Revisionskriterier.....	5
1.6. Metod	7
2. Mål, riktlinjer och rutiner för kommunens äldreomsorg	8
2.1. Mål för äldreomsorgen.....	8
2.2. Förtydligande av styrkedjan.....	9
2.3. Värdegrund för äldre- och handikappomsorgen i Lerums kommun.....	10
2.4. Kommunens mål som styrande för verksamheten	10
2.5. Uppföljning och återrapportering till Kommunstyrelsen	10
2.6. Riktlinjer och rutiner.....	11
2.7. Implementering av riktlinjer.....	11
2.8. Dokumentation i IT-system	11
2.9. Stickprov på genomförandeplaner vid Höjdenhemmet och Lundbygården ...	12
2.10. Bedömning.....	15
3. Kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete.....	17
3.1 Kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete.....	17
3.2 Avvikelsehantering	20
3.3 Tillsyn.....	21
3.4 Bedömning.....	22
4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer.....	25
4.1. Sammanfattande bedömning.....	25
4.2. Rekommendationer	26
Dokumentförteckning.....	27
Bilaga 1: Checklista genomförandeplaner.....	29

Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lerums kommun granskat implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen i Lerums kommun. Granskningen belyser implementeringen på övergripande nivå samt vid två äldreboenden i kommunen: Höjdenhemmet och Lundbygården. En fördjupad genomgång har också gjorts av totalt 10 slumpvis utvalda genomförandeplaner vid de två särskilda boendena.

Kommunfullmäktige har antagit övergripande mål för äldreomsorgen. Det finns också mer specifika resultatmål och tjänstegarantier som är styrande för verksamheten, vilka är antagna av kommunstyrelsen. Av granskningen framgår att det finns en otydlighet inom sektor vård och omsorg kring vilka mål som styr verksamheten. Ett arbete pågår inom sektorn med att förtydliga styrkedjan genom framtagandet av ett dokument som beskriver styrningen från vision, "Mål och vilja", budget och verksamhetsplan.

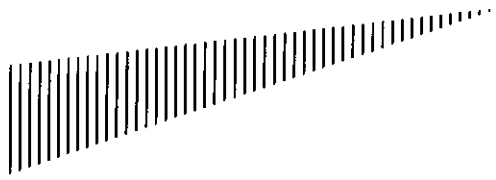
En rad riktlinjer och rutiner finns framtagna för äldreomsorgen i Lerums kommun. Granskningen visar att enhetschefer ansvarar för att informera medarbetarna om dessa. Sektorn gör ingen uppföljning av huruvida medarbetarna känner till riktlinjer och rutiner eller huruvida de efterlevs. Granskningen av ett urval av genomförandeplaner visar att det finns skillnader mellan den information som läggs in i IT-systemet Magnacura och de planer som upprättas på pappersblanketter. I över hälften av genomförandeplanerna framgår inte om och på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över planeringen, vilket inte är förenligt med socialstyrelsens allmänna råd.

Granskningen visar att Lerums kommun har utvecklat avvikelshanteringssystem med dokumenterade riktlinjer för hantering av såväl missförhållanden som medicinska avvikelser och fallskador. Det bedrivs ett kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen med stöd av flera metoder. Sektorns pågående arbete med kvalitetsuppföljning är en viktig del i arbetet.

Sektorn har genomfört en rad åtgärder till följd av resultatet av Länsstyrelsens tillsyn 2007. Det kan dock konstateras att några av de brister som kommenterades inte har åtgärdats och vi har inom ramen för granskningen inte kunnat ta del av någon sammanställd uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån tillsynen eller dess effekt.

Utifrån resultatet av granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och sektor vård och omsorg bör utveckla sin interna styrning och kontroll. Kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd bör förtydliga styrkedjan för verksamheten samt tillse att sektorn utvecklar rutiner för ökad kontroll av efterlevnaden till riktlinjer och rutiner samt för att säkerställa att de på Lernet utlagda riktlinjerna är aktuella.
- Riktlinjerna för anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah bör omgående revideras så att de innehåller korrekt information om vilken nämnd som ansvarar för att behandla avvikelserna.
- De särskilda boendena bör utveckla dokumentationen i vårdtagarnas genomförandeplaner så att dessa uppfyller kommunens riktlinjer och följer de rekommendationer som Socialstyrelsen ger. De särskilda boendena rekommenderas också att se över den dubbla hanteringen av genomförandeplanerna som sker idag eftersom detta enligt vår mening innebär en risk då informationen om den enskilde vårdtagaren inte finns samlad på ett och samma ställe.



- De särskilda boendena bör utveckla uppföljningen och dokumenteringen av kvalitetsarbetet

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Sedan den så kallade Ädelreformen i början av 1990-talet har kommunerna det samlade ansvaret för nästan all omsorg och vård av äldre, med undantag för akutsjukvård och läkarkontakter. Äldreomsorgen är en stor och betydande del av kommunens verksamhet.

Omsorgen om äldre människor regleras i bland annat socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Socialstyrelsen har också utfärdat föreskrifter och allmänna råd för verksamheten inom äldreomsorgen.

I Lerums kommun har kommunstyrelsen huvudansvaret för äldreomsorgen med undantag för myndighetsutövningen inom hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende och anhörigvård som individnämnden ansvarar för.

Revisorerna har under våren 2010 med stöd av sakkunnigt biträde från Ernst & Young genomfört en förstudie med inriktning på äldreomsorgen och sektor Vård och Omsorg. Förstudien visar att sektorn utarbetat en rad rutiner och riktlinjer för hur arbetet inom äldreomsorgen ska bedrivas, bland annat avseende trygghetsplatser, hantering av privata medel, upprättande av individuella omsorgsplaner, anmälan om missförhållanden i äldreomsorgen enligt Lex Sarah samt kvalitetsbrister inom äldreomsorgen. Revisorerna har bedömt att det är väsentligt att gå vidare och göra en fördjupad granskning av vilket genomslag styrdokument, riktlinjer, rutiner etc. har i det direkta vårdarbetet på särskilda boenden inom äldreomsorgen och hur nämnden säkerställer att rutinerna och riktlinjerna efterlevs.

Länsstyrelsen genomförde 2007 en tillsyn av äldreomsorgen inom Lerums kommun. Revisorerna har också i föreliggande granskning beslutat att följa upp vilka åtgärder som vidtagits utifrån de synpunkter som lämnades vid tillsynen.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet är att granska om kommunens äldreomsorg bedrivs ändamålsenligt, det vill säga i enlighet med antagna riktlinjer och rutiner.

Syftet har brutits ned i följande revisionsfrågor vilka ska besvaras i granskningen:

- Finns tydliga mål, riktlinjer och rutiner för kommunens äldreomsorg?
- Har beslutade riktlinjer och rutiner implementerats på ett ändamålsenligt sätt vid kommunens särskilda boenden?
- Bedriver kommunens särskilda boenden ett aktivt kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete?
- Har nämnden upprättat system för att säkerställa att riktlinjer och rutiner efterlevs i det konkreta vårdarbetet?
- Finns system för att hantera avvikelser?
- Har ett ändamålsenligt utvecklingsarbete vidtagits, med konkreta åtgärder, utifrån de brister som uppmärksammades i länsstyrelsens tillsyn av äldreomsorgen 2007?

Kommunstyrelsen har huvudansvaret för den verksamhet som granskas.

1.3. Avgränsning

Granskningen belyser implementeringen av mål, riktlinjer och rutiner på övergripande nivå samt vid två äldreboenden i kommunen: Höjdenhemmet och Lundbygården.

1.4. Granskningsansvariga

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lerums kommun genomfört granskningen. Cecilia Svensson har varit projektledare och har tillsammans med Mikaela Bengtsson utfört det praktiska granskningsarbetet. Den slutgiltiga revisionsrapporten har kvalitetsgranskats internt inom Ernst & Young av Hans Gavin.

1.5. Revisionskriterier

Enligt Sveriges Kommunala Yrkesrevisorer (SKYREV) avser revisionskriterier de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

De analyser och bedömningar som presenteras i föreliggande rapport har gjorts med utgångspunkt från lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd samt kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens beslutade riktlinjer. I följande stycken beskrivs de revisionskriterier som utgör bedömningsgrund för analyser och slutsatser i revisionsrapporten.

1.5.1. Kommunallagen

Enligt kommunallagens 6 kap. 7 § är det nämnderna som ansvarar för att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden, i detta fall kommunstyrelsen, skall enligt kommunallagen också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

1.5.2. Lagar och förordningar

I socialtjänstlagen (2001:453) anges att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, att det för utförande av verksamheten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (3 kap. 3 §). Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne (1 kap. 5 §).

För gruppen äldre människor anges att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (5 kap. 4 §).

I 11 kap. 5 § stipuleras att handläggning som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser ska dokumenteras. Vidare framgår av 6 § att dokumentationen ska utformas med respekt för de enskildes integritet och att den enskilde bör informeras om anteckningar som förs om honom eller henne.

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om *ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS* föreskrivs att nämnden har ansvar för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet (3 kap. 3§, 4§). Ledningssystemet ska säkerställa att uppföljningsbara mål utifrån SoL fastställs, att kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att

uppnå verksamhetens mål, att ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs, att enskilda och grupper, t.ex. brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten, att personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten samt att kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följs upp.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur fel och brister i verksamheten skall identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister skall utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet (4 kap. 3 §). Vidare ska ledningssystemet även säkerställa att det finns rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål från enskilda samt från t.ex. myndigheter och organisationer (4 kap. 4 §).

Enligt Socialtjänstlagen (14 kap. § 2) är den som arbetar med omsorg om äldre skyldig att vaka över att alla äldre får god omvårdnad och att de lever under trygga förhållanden. Vidare skall den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet avhjälpas utan dröjsmål skall socialnämnden anmäla förhållandet till Socialstyrelsen. Denna regel kallas Lex Sarah. I Socialstyrelsens föreskrifter anges att nämnden ska fastställa rutiner för handläggning av anmälningar av allvarliga missförhållanden. Rutinerna ska dokumenteras.

Motsvarande förhållande gäller även vid avvikelser i den kommunala hälso- och sjukvården. Denna regel kallas Lex Maria. När en patient har drabbats av en allvarlig sjukdom eller skada på grund av vård eller behandling ska personalen göra en anmälan till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ansvarar för att rapportera till Socialstyrelsen. Anmälan ska vara hos Socialstyrelsen senast två månader efter att vårdhändelsen inträffade. Bestämmelserna om Lex Maria finns i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

I kap. 4 ges föreskrifter kopplat till handläggning och dokumentation av ärenden. Enligt föreskriften ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för handläggning och dokumentation av ett ärende, dokumentation av genomförandet av en beslutad insats, hur uppgifter skall lämnas mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats samt uppföljning och utvärdering av beslutad insats.

Socialstyrelsen har också fastställt föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006: 5) om *dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*. Enligt de allmänna råden bör planeringen av hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras dokumenteras i en genomförandeplan (6 kap.). Planen bör i regel upprättas inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet samt med utgångspunkt i en beslutad insats och utifrån målet för insatsen beskriva hur den praktiskt ska genomföras. I de allmänna råden anges vidare vilka delar som genomförandeplanen bör innehålla, vilka beskrivs närmare under kapitel 2.3.1 i föreliggande granskning.

1.5.3. Kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens beslutade mål och inriktning för äldreomsorgen

De övergripande mål som styr äldreomsorgen i Lerums kommun anges i kommunens måldokument Mål och Vilja 2009-2010 och Verksamhetsplan 2010 (vilken inkluderar tjänstegarantin). Dessa beskrivs utförligare under kapitel 2.1.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts under perioden november 2010 till januari 2011 genom dokumentstudier och intervjuer. Följande funktioner har intervjuats: chef för sektor vård och omsorg, avdelningschef för äldreomsorgen, enhetschef på Höjdenhemmet och enhetschef på Lundbygården. Gruppintervjuer har också gjorts med 4 medarbetare vid Höjdenhemmet och 3 medarbetare vid Lundbygården. De dokument som granskats framgår av dokumentförteckningen i bilaga 1.

Fördjupad granskning har gjorts av genomförandeplaner för 5 slumpmässigt utvalda individer vid respektive äldreboende. Urvalet har gjorts med hjälp av slumpstalstabell. Genomförandeplanerna har granskats utifrån en checklista som formulerats utifrån de rekommendationer som ges i de allmänna råden kring de delar som genomförandeplanerna bör innehålla samt kommunens riklinjer. Checklisten finns presenterad i bilaga 2.

Samtliga av de intervjuade har givits möjlighet att sakfelsesgranska revisionsrapporten. Det stora flertalet har bekräftat att sakuppgifterna är korrekta.

2. Mål, riktlinjer och rutiner för kommunens äldreomsorg

2.1. Mål för äldreomsorgen

De övergripande mål som styr äldreomsorgen i Lerums kommun anges i kommunens måldokument Mål och Vilja 2009-2010 och verksamhetsplan 2010 (vilken inkluderar tjänstegarantin).

I *Mål och Vilja 2009-2010* framgår att:

- Äldreomsorgen ska präglas av trygghet, inflytande, individualisering och valfrihet.
- Äldre ska få en likvärdig service, vård och omsorg oavsett bakgrund.
- Möjligheten att bo kvar i sin egen bostad ska vara god samtidigt som tryggheten ska finnas att kunna få ett särskilt boende när man behöver det.
- Strävan är att ständigt vidareutveckla arbetet för att bättre underlätta planering och styrning och för att ge äldre och deras anhöriga ett större inflytande över den vård som ges.
- Större mångfald ska skapas bland boendena.

Alternativa driftsformer och individens behov och önskemål i centrum, är områden som är prioriterade och som också berör äldreomsorgen.

I *verksamhetsplanen för 2010* finns kommunövergripande mål avseende kvalitet samt valfrihet och mångfald vilka omfattar alla verksamheter:

- Verksamheten ska kvalitetssäkras genom ett systematiskt arbete med planering, genomförande och uppföljning
- Brukare och medborgare ska ges ökat utrymme i kvalitets- och uppföljningsfrågor
- Alla verksamheter ska bedriva ett systematiskt jämställdhetsarbete gentemot brukarna och arbeta aktivt med bemötandefrågor ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv
- Invånarna ska ges rätt att fatta beslut i så stor utsträckning som möjligt

Av verksamhetsplanen framgår följande resultatmål för äldreomsorgen:

- 80 procent av brukarna ska vara nöjda med särskilda boenden och hemvården
- Under 2010 ska arbetet med att utveckla en mer kostnadseffektiv verksamhet inom äldreomsorgen intensifieras.
- Mångfalden av boenden inom vård och omsorg ska öka

I verksamhetsplanen ges också ett antal tjänstegarantier, varav följande är aktuellt för äldreomsorgen på särskilda boenden:

- Förutsatt att ansökan om omsorgsboende är korrekt, ska beslut ges inom tre veckor.
- När en vårdtagare flyttat till ett omsorgsboende ska han/hon få en personlig kontaktperson inom tre dagar.
- Inom fyra veckor efter att vårdtagare flyttat in på ett omsorgsboende ska en skriftlig individuell omsorgsplan tas fram. Planen ska ses över en gång per år.

Dokumentet "Mål och Vilja" och verksamhetsplan ersätter tidigare måldokument för äldreomsorgen. Innan den nya organisationen infördes hade fullmäktige år 2005 antagit dokumentet "Äldreomsorgens mål".

2.2. Förtydligande av styrkedjan

Ett arbete pågår inom sektorn med att arbeta fram ett dokument som beskriver styrkedjan från vision, "Mål och vilja", budget och verksamhetsplan. Styrkedjan placeras i dokumentet in i det nationella regelverk som är styrande för den kommunala äldreomsorgen.

Enhetschefer i organisationen har involverats i framtagandet av dokumentet och för närvarande pågår ett arbete med att ta fram förslag på verksamhetsspecifika mål för respektive verksamhetsområde, exempelvis särskilt boende, hemvård och förebyggande arbete. Enligt avdelningschefen för äldreomsorgen beräknas arbetet med dokumentet vara klart under våren 2011. Sektorsledningen uppger under intervjun att framtagandet av dokumentet främst är ett tjänstemannauppdrag. Sektorn anger att kommunstyrelsen inte är involverade i eller har gett riktlinjer för detta arbete.

Förslaget på nytt dokument är indelat i fem delar. Inledningsvis beskrivs lagar och riktlinjer samt verksamhetsplanen för Lerums kommun 2011. I avsnittet framgår också kommunövergripande inriktning och uppdrag, kommunfullmäktige- och kommunstyrelseuppdrag, tjänstegarantier samt inriktnings och resultatmål. Andra delen av måldokumentet berör förhållningssätt inom äldreomsorgen, vilket innefattar värdegrunden för sektor vård och omsorg. Måldokumentets tredje del behandlar vision och mål för äldreomsorgen. Fjärde delen beskriver att uppföljning och utvärdering av verksamheten ska ske utifrån fyra olika nivåer:

Nivå	Hur	Ansvarig
Äldreomsorgens övergripande mål	<ul style="list-style-type: none"> • SKL:s Öppna jämförelser • Socialstyrelsens Äldreguide 	
Verksamhetsspecifika mål	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsmätningar (mäter vårdtagarens syn på äldreomsorgen via enkät) • Kvalitets och verksamhetsuppföljningen (enkät till ansvariga chefer) • Uppföljning av äldreomsorgen tjänstegarantier 	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelningschef och enhetschef • Avdelningschef och enhetschef • Avdelningschef och enhetschef
Enhetspecifika mål	<ul style="list-style-type: none"> • Årliga kvalitetsmätningar • Kvalitets- och verksamhetsuppföljning • Avvikelsehantering 	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelningschef och enhetschef • Avdelningschef och enhetschef • Enhetschef
Individuella mål	<ul style="list-style-type: none"> • Utvärdering av individuella genomförandeplaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktperson

Femte delen i dokumentet berör uppdragsplaner för äldreomsorgen. I dessa sammanställs pågående uppdrag samt vem som ansvarar före respektive uppdrag. Det nya dokumentet skall följas upp och revideras en gång per år.

På individnivå finns genomförandeplaner där mål för vårdtagarens insatser ska framgå.

2.3. Värdegrund för äldre- och handikappomsorgen i Lerums kommun

Kommunen har antagit en värdegrund för äldre- och handikappomsorgen. En reviderad version av värdegrunden togs fram under 2009 och beskriver fem punkter som utgör värdegrunden för äldre- och handikappomsorgen:

- Vi utgår från att alla människor har ett lika värde.
- Vi bemöter varje människa med respekt för hennes integritet och frihet att välja.
- Vi är till för den person som behöver vård, omsorg och service.
- I vår yrkesroll är vi professionella. Det innebär att vårt arbete grundar sig på kompetens och helhetssyn.
- I vårt arbete stödjer vi människan att ta tillvara sin förmåga att hjälpa sig själv.

Medarbetarna på Höjdenhemmet uppgav under intervjun att de tagit del av värdegrunden på LerNet. Under en planeringsdag där medarbetarna deltog användes värdegrunden som grund för framtagandet av verksamhetsmål för Höjdenhemmet.

2.4. Kommunens mål som styrande för verksamheten

Enhetscheferna på de granskade särskilda boendena uppger att socialtjänstlagen (SOL) utgör grunden för arbetet. Som beskrivits ovan har Höjdenhemmet tagit fram tre verksamhetsmål, utifrån kommunens värdegrund och socialtjänstlagen. Målen berör områdena integritet, valfrihet och meningsfullhet. Lundbygården har inga specifika verksamhetsmål för sin verksamhet. Medarbetarna på Lundbygården uppger under intervjun att de i första hand arbetar utifrån den äldres önskemål. Kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd eller sektor vård och omsorg har inte ställt några krav på verksamheterna att utarbeta specifika verksamhetsmål.

Inget av boendena sägs utgå från kommunens uppsatta mål för äldreomsorgen. Enligt enhetschefen på Höjdenhemmet beror detta på att målen är förlagade utifrån de förändringar som skett i bland annat SOL, och syftar i detta avseende på måldokumentet från 2005.

2.5. Uppföljning och återrapportering till Kommunstyrelsen

Av intervjuerna framgår att enheterna inom äldreomsorgen tidigare ansvarade för att i samband med bokslutet årligen upprätta en verksamhetsberättelse med redogörelse för måluppfyllelse, viktiga händelser under året samt tankar inför kommande år. Verksamhetsberättelsen rapporterades till avdelningschefen för äldreomsorg. Enligt avdelningschefen för äldreomsorg har det för 2010 inte ställts krav på att enheterna ska göra en sådan uppföljning. Istället har fokus lagts på arbetet med att ta fram det nya dokumentet. Det har således inte ställts några specifika krav på särskild redovisning till sektorn.

Sektorn upprättar ingen samlad årsrapport för äldreomsorgen. Resultatet av de kvalitetsmätningar som genomförs med hjälp av brukarenkäter rapporteras årligen till kommunstyrelsen. Kommunstyrelsen får också rapport kring måluppfyllelsen för de mål som styrelsen antagit i verksamhetsplanen. Enligt sektorschefen rapporteras även verksamhetsspecifika frågor till kommunstyrelsen, vilket främst sker på initiativ från sektorschefen.

2.6. Riktlinjer och rutiner

En rad olika riktlinjer och rutiner finns framtagna för äldreomsorgen i Lerums kommun. Exempel på de riktlinjer och rutiner som finns¹ är:

- Uppdragsbeskrivningar för olika personalkategorier
- Uppdragsbeskrivningar för dokumentationshandledare, samordnare och för Mobipen
- Riktlinjer för anmälningar enligt Lex-Sarah eller uppmärksammade kvalitetsbrister
- Genomförandeplan, levnadsberättelser och checklista för utvärdering av omsorgsplan
- Riktlinjer gällande anhöriganställningar
- Sekretessförbindelse och kvittens av nycklar

2.7. Implementering av riktlinjer

Alla riktlinjer och rutiner finns inlagda på Lerum kommuns intranät, LerNet. Sektorn informerar enhetscheferna om nya eller uppdaterade riktlinjer vid APT-möten. Enhetscheferna ansvarar sedan för att informera medarbetarna. Nyanställda får del av riktlinjerna vid en introduktionsutbildning.

Av intervjuer med medarbetarna på de särskilda boendena framkommer att de får del av riktlinjer och rutiner främst via APT-möten samt att de känner till att samtliga riktlinjer och rutiner finns på LerNet. Medarbetarna på Lundbygården framför synpunkter på att det finns många riktlinjer och att det ibland saknas tid för att gå in på LerNet och kontinuerligt uppdatera sig om dem. Detta anses främst beror på att IT-systemet är långsamt.

Avdelningschefen för äldreomsorg gör ingen uppföljning av huruvida riktlinjer och rutiner efterföljs, utan för en dialog med enhetscheferna och menar att de har ett ansvar att uppmärksamma henne om de anser att någon riktlinje eller rutin behöver uppdateras. I samband med granskningen uppmärksammades att både kommunens gamla och nya mall för genomförandeplaner låg på intranätet.

2.8. Dokumentation i IT-system

För dokumentation av exempelvis genomförandeplaner använder båda boendena IT-systemet Magnacura. I Magnacura finns även ytterligare information inlagd som berör vårdtagaren, exempelvis levnadsbeskrivning. Rubrikerna i Magnacura ska vara de samma som i kommunens mall för genomförandeplaner. Vårt skickprov av genomförandeplaner visar dock att det finns vissa skillnader, vilka beskrivs nedan i stycke 2.2.1. De intervjuade på enheterna påstår att IT-systemet som arbetsverktyg är mycket långsamt. Enligt de intervjuade har kommunen dock påbörjat ett arbete med att förbättra IT-systemen.

En del av medarbetarna är mindre vana vid att använda dator. Både enhetschef och personal uppger dock att medarbetarna hjälper varandra. All personal deltog också under 2008 i en endagsutbildning om dokumentation. Särskilda dokumentationshandledare finns utsedda på boendena, vilka genomgått ytterligare en tvådagarsutbildning. I kommunen finns totalt 25 dokumentationshandledare. Enligt

¹ Se dokumentförteckning för en komplett lista över de riktlinjer och rutiner vi tagit del av i granskningen.

uppdragsbeskrivning för dokumentationshandledare ska handledarna delta i gemensamma träffar. Den senaste dokumentationshandledarträffen anordnades den 27 oktober 2010.

På Höjdenhemmet har särskild tid avsatts i schemat för dokumentation. Denna tid är separerad från det ordinarie vårdarbetet.

2.9. Stickprov på genomförandeplaner vid Höjdenhemmet och Lundbygården

2.9.1. Genomförandeplaner i Magnacura och på papper

Enhetscheferna på de särskilda boendena uppger att alla vårdtagare har eller ska få² en genomförandeplan. Båda boendena använder sig av både Magnacura och pappersblanketter vid upprättandet av genomförandeplaner. Detta beror bland annat på att planen skall signeras av de som deltagit vid planeringen, vilket görs manuellt genom en underskrift.

På Höjdenhemmet ska planen revideras en gång per år och enhetschefen går igenom samtliga genomförandeplaner ett par gånger per år för att kontrollera att de lagts in korrekt i Magnacura. Lundbygården har som ambition att uppdatera planerna var tredje månad, men enligt enhetschefen är det inte alltid som detta genomförs. Enhetschefen på Lundbygården gör alltid en genomgång tillsammans med kontaktpersonen av varje nyupprättad genomförandeplan. Av anteckningar från tre APT-möten under 2010 på Lundbygården framkommer att diskussioner förts kring vikten av att hålla genomförandeplanerna uppdaterade samt att uppdatering av dessa görs både i Magnacura och på pappersblanketterna.

2.9.2. Krav på dokumentationens innehåll

Kravet enligt kommunens anvisningar är att genomförandeplanen skall uppdateras vid behov, men dock minst en gång per år.

I kommunen finns en framtagen mall för individuella omsorgsplaner (genomförandeplaner). Enligt mallen skall genomförandeplanen innefatta följande beskrivningar:

- Omsorgsinsatser (per morgon, förmiddag, middag, eftermiddag, kväll och natt)
- Egenvård
- Aktiviteter
- Kommunikation och hjälpmedel
- Bostad
- Inköp / post- och bankärenden
- Tvätt och klädvård
- Matdistribution
- Övriga insatser
- Mål för vård- och omsorgsinsatser
- Metod
- Uppföljning
- Deltagare vid omsorgsplanering

² Enligt Lerum kommuns tjänstegaranti ska vårdtagarna få en individuell omsorgsplan inom fyra veckor.

I kommunens tidigare mall för genomförandeplaner (som vid granskningen var en av de två mallar som låg ute på LerNet) ingick även beskrivningar av nuvarande livssituation, hälsotillstånd, nätverk, intressen och aktiviteter samt framtiden – önskemål och förväntningar. Dessa delar ska enligt enhetssamordnaren på Höjdenhemmet numera ingå i den enskildes levnadsbeskrivning.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF S 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS, ges allmänna råd avseende genomförandeplaner. Enligt de allmänna råden bör det av planen bland annat framgå:

- Om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka
- Vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den
- När och hur insatsen eller delar av den ska genomföras
- På vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen
- Vilka personer som deltagit i planeringen
- När planen har fastställts
- När och hur planen ska följas upp

2.9.3. Resultat av stickprovsgranskningen

Som en fördjupad del i föreliggande granskning har ett stickprov av tio genomförandeplaner valts ut. Dessa har granskats utifrån Socialstyrelsens rekommendationer och de krav som anges i kommunens riktlinjer för innehållet i genomförandeplaner. Stickprovet visar som tidigare uppmärksammats att de särskilda boendena använder sig av både Magnacura och av pappersblanketter för dokumentation av genomförandeplanerna. Lundbygården använder sig av kommunens gamla mall när planen upprättas manuellt.

I vissa av genomförandeplanerna från både Lundbygården och Höjdenhemmet som är inlagda i Magnacura saknas det innehåll som ska finnas med enligt kommunens mall. I en plan från Lundbygården saknas helt beskrivning av omsorgsinsatser, kommunikation och hjälpmedel, bostad samt inköp/post- och bankärenden. I två av genomförandeplanerna från Lundbygården samt tre från Höjdenhemmet saknas beskrivning av hur uppföljning ska ske. I samtliga planer som registrerats i Magnacura saknas uppgift om vilka personer som deltagit vid omsorgsplaneringen. I genomförandeplanerna från Lundbygården framkommer dock den informationen på pappersblanketterna.

I samtliga planer som ligger inlagda i Magnacura finns en beskrivning av "trygghetslarm", vilket inte finns med i kommunens mall.

Resultatet av stickprovet redovisas i tabellen nedan.

Tabell 2.2.1.1. Granskning av genomförandeplaner

Uppgift om följande finns:	Höjdenhemmet			Lundbygården		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Delvis</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Delvis</i>
Datum för när planen har fastställts	2	3		5		
Vilka personer som deltagit i planeringen	2	3		5		
Vilka insatser som ska ges	5			5		
<i>Om insatsen består av flera delar, anges dessa</i>	5			5		
Vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den	2	1	2 ³	5		
När och hur insatsen eller delar av den ska genomföras	5			5		
På vilket sätt som den enskilde har utövat inflytande över planeringen ⁴	2	3		2	3	
När och hur planen ska följas upp		3	2 ⁵			5 ⁶
Vilka som godkänt och undertecknat planen	2	3		5		

I tre av genomförandeplanerna från Lundbygården saknas uppgift om på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen.

I tre av genomförandeplanerna från Höjdenhemmet saknas uppgift avseende uppföljning. Vidare kan det konstateras att det i tre av planerna inte heller framgår uppgift om den enskilde deltagit i planeringen.

I en av genomförandeplanerna från Höjdenhemmet finns inte alla rubriker och all information samlade i en sammanhållen plan i ett och samma dokument i Magnacura. Det innebär att varje rubrik i planen måste skrivas ut separat. Detta beror enligt enhetschefen på att medarbetarna som lagt in information skapat ett nytt dokument för varje rubrik. Under intervjuerna framkom att enhetschefen vid det aktuella boendet dock genomför kontinuerliga uppföljningar av genomförandeplanerna och påminner medarbetarna hur dokumentation av genomförandeplanerna skall gå till.

³ Bedömningen delvis ges till följd av att målen endast delvis kan kopplas till insatsen.

⁴ Huruvida den enskilde har utövat inflytande över planeringen har vi endast kunnat bedöma utifrån om den enskilde deltagit eller inte.

⁵ Bedömningen delvis ges på grund av att det endast framkommer när planerna ska följas upp och inte hur.

⁶ Bedömningen delvis har givits i fyra fall där det framkommer att uppföljning har skett samt för en plan där det framkommer när planen ska följas upp men inte hur.

2.10. Bedömning

Granskningen visar att kommunfullmäktige antagit övergripande mål för äldreomsorgen. Det finns också mer specifika resultatmål och tjänstegarantier som är styrande för verksamheten, vilka är antagna av kommunstyrelsen och framgår av verksamhetsplanen. Av vår granskning framgår att de mål som antagits av kommunfullmäktige inte upplevs som styrande för verksamheten. Vi bedömer att det saknas kunskap om kommunens styrkedja och hur den styr verksamhetens inriktning och innehåll. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att aktualisera förståelsen för styrkedjan i verksamheten.

Vi bedömer att det inte är tydligt hur verksamheten på enhetsnivå förväntas följas upp mot fullmäktiges mål och uppdrag. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att uppdraga åt sektorschefen att ta fram förslag på hur måluppfyllelse på enhetsnivå kan redovisas.

Det är ur ett kommunikativt syfte positivt att sektor vård och omsorg påbörjat ett arbete med att samla lagstiftning, de delar ur mål och vilja samt verksamhetsplan som är aktuella för äldreomsorgen i ett samlat dokument. Att dokumentet kallas för måldokument kan dock skapa en viss förvirring, då det i formell mening inte är ett måldokument utan en sammanfattande beskrivning av mål och direktiv. Vi vill uppmärksamma sektorn på att det endast är kommunfullmäktige eller nämnd som kan anta mål för verksamheten. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att skaffa sig insyn i arbetet med att upprätta ett samlat måldokument för äldreomsorgen i kommunen så att det stödjer kommunens vision samt "Mål och vilja" och verksamhetsplan. Vi vill även uppmärksamma sektorn på att om förslag på ytterligare mål tas fram i dokumentet skall det fastställas av kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd för äldreomsorgen eller sektorn ställer idag inga krav på att boendena ska utarbeta verksamhetsspecifika mål och det är enligt vår bedömning viktigt att de verksamhetsspecifika målen utgår från kommunens övergripande mål. Vi konstaterar att sektorn idag saknar rutiner och riktlinjer för hur kommunfullmäktiges mål ska brytas ner och konkretiseras på de specifika enheterna. Vi rekommenderar kommunstyrelsen att förtydliga hur verksamheterna skall arbeta med att ta fram mer specifika mål för enheterna.

Lerums kommun har ett omfattande antal riktlinjer och rutiner för äldreomsorgen. Granskningen visar att avdelningschefen ansvarar för att informera enhetscheferna om dessa. Enhetscheferna ansvarar i sin tur för att implementera dem i det dagliga arbetet. Det finns dock inga rutiner eller utarbetat system för att säkerställa att medarbetarna känner till beslutade riktlinjer och rutiner eller för att följa upp huruvida dessa efterlevs i det konkreta vårdarbetet. Det är enligt vår mening väsentligt för den interna styrningen och kontrollen att det finns rutiner för hur verksamheten säkerställer att gällande rutiner och riktlinjer tillämpas och är kända av medarbetarna. Vi rekommenderar sektorn att upprätta sådana.

Det är positivt att enhetschefen på Höjdenhemmet följer upp inlagda genomförandeplaner och påtalar eventuella brister i dokumentationen för övriga medarbetare samt att enhetschefen på Lundbygården gör en genomgång av nya genomförandeplaner med respektive kontaktperson.

Granskningen visar att det finns utsedda dokumentationshandledare på de särskilda boendena, vilket innebär ett stöd för övriga medarbetare i dokumentationsarbetet. Det är också mycket positivt att det vid ett av boendena avsatts särskild tid för

dokumentation. Detta bidrar bland annat till att synliggöra vikten av dokumenteringen men ger också medarbetarna tid för uppgiften utan att det skäl tid från vårdarbetet. Det har i granskningen framkommit en rad synpunkter på att IT-systemet inte fungerar tillfredsställande och vi vill framhålla vikten av att IT-systemen bör stödja och underlätta medarbetarnas dokumentationsarbete.

Den fördjupade genomgången av ett antal genomförandeplaner visar på en del brister i dokumentationen relativt kommunens riktlinjer och Socialstyrelsens rekommendationer. Genomgången av genomförandeplanerna visar vidare att det finns skillnader mellan den information som finns inlagd i Magnacura och kommunens mall. I flera fall har inte allt material som ska ingå i genomförandeplanerna lagts in Magnacura. För en av planerna fanns inte heller allt material som var inlagt i Magnacura samlat under ett och samma dokument. Detta är enligt vår bedömning inte tillfredsställande, eftersom det minskar möjligheterna till helhetssyn och överblick för både medarbetarna och den enskilde brukaren. Vi bedömer att sektorn bör sträva efter att all dokumentation kring den enskilde brukaren bör vara samlad på ett ställe. Det stärker rättssäkerheten, men även möjligheten för den enskilde att vara delaktig i sin egen omvårdnad. Vi rekommenderar sektorn att tillse att endast en mall för genomförandeplaner används samt att denna är kvalitetssäkrad mot kommunens och Socialstyrelsens krav på innehåll och omfattning.

Utifrån Socialstyrelsens allmänna råd i SOFS 2006:5, över vad som bör ingå i genomförandeplaner är vår bedömning att det finns brister i de planer vi granskat. Det saknas mål för den enskildes insatser, när och hur uppföljning ska ske samt om eller hur den enskilde utövat inflytande över planeringen. Att den enskilde brukaren inte utövat inflytande över planeringen strider också mot kommunens mål om inflytande för den enskilde eller kommunens riktlinje gällande omsorgsplaner, vilken stadgar att den enskilde skall delta i upprättandet. Vi saknar i föreliggande granskning underlag för att bedöma i vilken utsträckning den enskilde utövat inflytande över planeringen av insatserna, utan kan endast uttala oss om huruvida det framkommer uppgift om deltagandet i dokumentationen. Vi rekommenderar sektorn att genomförandeplanerna håller beslutad kvalitet.

Enligt kommunallagen har kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd ansvar för att den interna kontrollen är tillräcklig och detta bör även innefatta att tillse att sektorn har ett system för att följa upp att dokumentationen i genomförandeplanerna sker på ett tillfredsställande sätt.

3. Kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete

3.1 Kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete

3.1.1 Gemensamt

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning

Sektorn har tagit fram ett verktyg för kvalitets- och verksamhetsuppföljning i vård- och omsorgsboende enligt SoL och HSL. Uppföljningsverktyget är uppbyggt som ett frågeformulär och består av tre delar; *allmänna krav, innehåll i verksamheten* samt *kvaliteten i hälso- och sjukvårdsuppgifterna*. Frågorna berör en rad områden och ska besvaras av ansvarig chef vid boendet.

Sektorn genomför årligen en kvalitetsuppföljning vid samtliga av kommunens boenden. Uppföljningen är densamma som för de boenden som drivs på entreprenad. Syftet med kvalitetsuppföljningen är att mäta och vidareutveckla kvaliteten i de olika boendena samt ge förutsättningar för förändrings- och utvecklingsarbete. Avsikten är att uppföljningen ska förbättra möjligheterna att jämföra och följa upp kvaliteten mellan olika boenden och vårdgivare.

Resultatet av den första verksamhets- och kvalitetsuppföljningen enligt SoL för vård- och omsorgsboende presenterades 2010-04-20, vilken avser verksamheten under 2009. Resultatet presenterades i en rapport. Sammanfattningsvis anges i uppföljningen att resultatet visar på att god kvalitet upprätthålls i samtliga vård- och omsorgsboenden i kommunen. Personalen har hög kompetensnivå och de flesta har minst tre års yrkeserfarenhet. Personalomsättningen är låg och fortbildning sker genom genombrottsmetoden i de kommunala boendena. I uppföljningen har emellertid ett antal förbättringsområden uppmärksammats såsom bland annat att:

- Introduktionen av nyanställda bedöms vara ojämn i sitt innehåll
- Uppföljningsbara mål i genomförandeplanen för alla typer av insatser bör utvecklas
- Personkontinuiteten i en del av vård- och omsorgsboendena bör utvecklas.
- Egen tid för aktiviteter bör ges

I kvalitetsuppföljningen bedöms det också finnas behov av att ta fram skriftliga rutiner för ett antal områden såsom när biståndshandläggarena ska kontaktas samt för samordnad informationsöverföring mellan de inblandade yrkesgrupperna vid t.ex. förändrade insatser. Enligt avdelningschefen ansvarar respektive enhetschef för att åtgärda de brister som framkommer i kvalitetsuppföljningen. Avdelningschefen och enhetscheferna har ansvar för att följa upp att bristerna åtgärdats. Enligt avdelningschefen ställs inga specifika krav på åtgärdsrapportering utan detta sker löpande vid arbetsplatsträffar etc.

Sektorn har utarbetat ett särskilt system där personalen kan rapportera kvalitetsbrister som uppstår i den dagliga omsorgen om brukaren. En särskild blankett har tagits fram för rapporteringen och avvikelserna ska lämnas till enhetschefen som ansvarar för att ta ställning till om åtgärd ska vidtas. Enhetschefen ska därefter underteckna blanketten och skicka den till avdelningschefen. Avdelningschefen har i uppgift att sammanställa

inkomna avvikelser. Utifrån sammanställningen ska en dialog föras med berörda personer för att förhindra att liknande brister inträffar framöver.

Av intervjun med chefen för sektor vård och omsorg samt avdelningschefen framkommer att sektorn återkommande anordnar hel- och halvdagar för verksamhetsutveckling tillsammans med enhetscheferna i kommunens boenden där kvalitetsfrågor diskuteras.

Brukarenkäter

Kvalitetsmätningar görs också regelbundet genom brukarenkäter, vilka genomförs årligen och vänder sig till omsorgstagare i särskilt boende eller med hemvård samt deras närstående. Brukarundersökningen för 2010 håller på att sammanställas och kommer att presenteras för kommunstyrelsen i januari.

Den senaste kvalitetsmätningen vid kommunens äldreboenden från 2009 visade att omsorgstagarna och deras anhöriga generellt är mycket nöjda. Vårdtagarna ger medelbetyget 85 och de närstående 81 på en skala från 1-100, kring hur nöjda de är med hjälpen/omvårdnaden i sin helhet. Möjligheterna till sociala aktiviteter på boendena ges ett något lägre medelbetyg. Kommunen har ansökt och blivit beviljade stimulansmedel vilka kommer att användas för att utöka de sociala aktiviteterna. Det finns också ett upparbetat samarbete med ideella föreningar. Inom sektorn har en särskild funktion getts ansvar för att samordna kontakterna med föreningslivet och de ideella organisationerna.

Klagomålshantering

Sektorn har upprättat ett system för synpunkts- och klagomålshantering. En särskild blankett har tagits fram – "Vi kan bli bättre med din hjälp". En person som tillhandahåller insatser eller på annat sätt kommer i kontakt med sektorn kan framföra sina synpunkter via blanketten som finns att hämta på bland annat kommunens hemsida. Den finns också i tryckt format och kan vid behov delas ut antingen av sektorn eller på något av kommunens boenden.

Enhetschefen på Lundbygården uppger under intervjun att hon vid visning av lägenheter i boendet alltid informerar om möjligheterna att via kommunens blankett lämna synpunkter på verksamheten.

Rutiner har tagits fram för hur inkomna synpunkter ska handläggas. Avdelningschefen erhåller synpunkterna/klagomålen och ansvarar för att underlaget lämnas till berörd enhetschef. En kopia på synpunkten/klagomålet sparas av avdelningschefen. Enhetschefen åtgärdar inkommen handling och nedtecknar vilka åtgärder som ska genomföras alternativt redan har genomförts. Åtgärdsplanen sänds till avdelningschefen.

Utbildningsplan

Sektorn har tagit fram ett förslag på utbildningsplan för all personal. Utbildningen är indelad i tre steg: bas, fördjupning och specialisering. Steg 1 innehåller ett antal obligatoriska utbildningar som främst ges internt. Steg 2 innehåller fördjupade utbildningar för bland annat dokumentationsombud, närståendeombud etc. Utbildningarna i steg 2 anordnas av extern utbildningsanordnare och ges endast till ett urval av medarbetarna. Den specialiserade utbildningen i steg 3 berör främst dokumentationshandledare. Avsikten är att de personer som gått fördjupade eller specialiserade utbildningar i sin tur ska stödja och handleda övrig personal. De ska också kunna utgöra ett stöd vid implementering av riktlinjer. Arbetet med

utbildningsplanen drivs av en arbetsgrupp bestående av avdelningschefen, sektorns utvecklingssekreterare, enhetschef för ett av kommunens särskilda boenden, en av enhetscheferna inom hemvården och enhetschefen för det förebyggande arbetet.

Enligt avdelningschefen beräknas utbildningsplanen att sjasättas någon gång under våren 2011. Som underlag för utbildningsplanen pågår en kartläggning av de anställdas utbildningsnivå, vilken beräknas vara klar i januari 2011.

Arbetsplatsträffar

Av intervjuerna framkommer att en viktig del i kvalitetsarbetet är de gemensamma arbetsplatsträffarna för enhetscheferna inom äldreomsorgen som anordnas en heldag per månad. Vid dessa möten diskuteras kvalitetsarbetet på de olika enheterna och goda exempel lyfts fram för erfarenhetsutbyte.

3.1.2 Enheternas kvalitetsarbete

Höjdenhemmet

Enhetschefen anordnar återkommande möten för all avdelningspersonal där kvalitetsfrågor diskuteras såsom bl.a. bemötande. Vid några tillfällen har även övningar med rollspel anordnats som grund för reflektion kring bemötandet i relation till både omsorgstagare och kollegor.

Höjdenhemmet arbetar efter genombrottsmetoden för att utveckla verksamheten. Genombrottsarbetet bygger på en strukturerad metod där personalen ges möjlighet att komma med förslag på förändrade arbetssätt som testas under 3 veckor. Därefter sker en utvärdering och beslut tas om arbetssättet ska permanentas eller inte. På kommunledningsförvaltningen finns också en utvecklingsledare som kan stödja enheterna i arbetet. Genombrottsarbetet har bland annat resulterat i omstruktureringar ute på enheterna där mindre personalgrupper bildats i syfte att ge en större kontinuitet i omsorgen, mer tid för omvårdnad samt en bättre struktur och rutin gällande medicinhanteringen.

Personalen på Höjdenhemmet har genomgått handledning gällande hantering av vårdtagare med alkoholproblem. Handledningen anordnades av Humanhälsan.

Av intervjuerna med medarbetarna på Höjdenhemmet framkommer att resultatet av brukarundersökningarna presenteras på arbetsplatsträffar (APT) för reflektion och utveckling.

En gång per år anordnas en särskild anhörigdag då alla anhöriga bjuds in.

Lundbygården

På Lundbygården anordnas månatligen boenderåd för alla omsorgstagare. Syftet med mötena är att ge omsorgstagarna information samt att ge dem möjlighet att framföra synpunkter på verksamheten och önskemål om aktiviteter etc. Vid boenderåden har omsorgstagarna bland annat framfört önskemål om att få möjlighet att komma ut mer tillsammans med personalen. Särskild tid har till följd av detta avsatts för aktiviteter tre förmiddagar per vecka.

På Lundbygården anordnas också närståenderåd två gånger per år då alla anhöriga bjuds in.

Även på Lundbygården används genombrottsmetoden som grund för utveckling av verksamheten. Några av de anställda har genomgått utbildning i metoden.

Exempel på genombrottsprojekt som testats och blivit en permanentad del av verksamheten är bland annat flexibla arbetssätt mellan personal på olika avdelningar. Den personal som börjar klockan 7.00 fördelar sig jämnt på respektive avdelning och påbörjar arbetet. Den personal som börjar 7.30 hjälper till vid de avdelningar där det behövs två personer i omsorgsarbetet.

Enligt enhetschefen på Lundbygården är ett viktigt utvecklingsområde i enhetens kvalitetsarbete att förbättra dokumentationen i enskilda ärenden. Det bedöms vara särskilt viktigt att personalen hittar goda rutiner för att hinna med att dokumentera som en del i det vardagliga arbetet.

Av intervju med enhetschefen på Lundbygården framkommer att det vid två till tre tillfällen inkommit rapporter från personalen om kvalitetsbrister, vilka inte klassats enligt Lex Sarah eller Lex Maria. En av avvikelserna rörde synpunkter på att en omsorgstagare inte erhöll lift för förflyttning.

Vid Lundbygården erbjuds medarbetare vid behov möjlighet till handledning och stöd. Detta har utnyttjats av några av medarbetarna för att stötta de i bemötandet av särskilt krävande omsorgstagare och anhöriga.

3.2 Avvikelsehantering

Avvikelsehanteringen är en del av äldreomsorgens kvalitetsarbete i Lerums kommun. Sektor vård och omsorg har tagit fram skriftliga riktlinjer för anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah. En skriftlig information om tillvägagångssättet och en särskild anmälningsblankett har upprättats. Av informationen framgår personalens skyldigheter samt hur de ska gå tillväga om de misstänker eller ser att någon utsätts för övergrepp i någon form. Anmälan ska göras skriftligen på särskild blankett som lämnas in till närmaste chef som i sin tur har ansvar för att motta anmälan och se till att nödvändiga åtgärder vidtas skyndsamt. Enhetschefen ska sedan lämna över anmälan för utredning till ansvarig avdelningschef. Av riktlinjerna framgår vidare att utredningen med föreslagna åtgärder ska lämnas vidare till sektorschefen för att de åtgärder som föreslagits ska förankras och godkännas av kommunstyrelsen. Av intervjuerna framkommer dock att de ärenden som är föremål för anmälan enligt Lex Sarah rapporteras till individnämnden och enligt avdelningschefen för äldreomsorg är uppgiften i riktlinjerna om kommunstyrelsen felaktig.

Av skrivelsen *Svar på frågor ställda av Individnämnden till Sektor Individ och Familjeomsorg och Sektor Lärande*, daterad 2010-11-23, framkommer att det under 2009-2010 gjordes sju Lex Sarah anmälningar vilka rörde både särskilt och ordinärt boende. Anmälningarna har berört en rad olika områden. Inom hemvården har anmälningarna främst rört hantering av omsorgstagares privata medel. På de särskilda boendena har anmälningarna främst rört bemötandet gentemot omsorgstagarna. Av skrivelsen framgår att antalet Lex Sarah anmälningar ökat sedan 2009. Detta bedöms bland annat vara en följd av att cheferna inom äldreomsorgen arbetat strukturerat med att förankra betydelsen av att samtliga kvalitetsbrister i verksamheten anmäls. Avdelningschefen för äldreomsorgen betonar också under intervjun att det är positivt att antalet Lex Sarah anmälningar ökat då detta synliggör de brister som finns i verksamheten.

Enligt verksamhetschefen för äldreomsorgen rapporteras kvalitetsbrister enligt Hälso- och sjukvårdslagen direkt till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen. Om det inträffar fallskador ska personalen rapportera dessa till medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i kommunen. Rapportering ska ske på särskild blankett och händelserna ska även dokumenteras i IT-systemet Magnacura. Blanketten finns att hämta i en särskild handbok på kommunens intranät – Lernet. Under 2009 anmäldes två händelser till Socialstyrelsen enligt Lex Maria och under 2010 har tre händelser rapporterats vidare.

Granskningen visar att personalen vid de två granskade särskilda boendena känner till rutinerna för hur de medicinska avvikelserna ska hanteras. Av intervjuerna med enhetschef och personal på Höjdenhemmet framkommer att personalen tidigare ofta glömde att dokumentera händelserna i systemet Magnacura. Den nya blankett som tagits fram innehåller en påminnelse om detta vilket upplevs ha underlättat i arbetet.

Granskningen visar att det vid respektive boende regelbundet anordnas kvalitetsmöten för uppföljning av medicinska avvikelser och fallskador. Vid kvalitetsmötena deltar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), sjuksköterska med ansvar för boendet, enhetschefen samt representanter för personalen. Vid mötet diskuteras samtliga avvikelser.

Av intervjun med enhetschefen på Höjdenhemmet framgår att åtgärder vidtagits för att utveckla medicinhanteringen på boendet. Arbetssättet har omstrukturerats och personalen har delats in i grupper med ansvar för ett begränsat antal omsorgstagare för att underlätta och förbättra hanteringen.

Avdelningschefen för äldreomsorgen uppger under intervjun att avvikelshanteringen bedöms fungera bra.

3.3 Tillsyn

Länsstyrelsen⁷ genomförde 2007 en tillsyn av äldreomsorgen inom Lerums kommun och bedömde sammanfattningsvis att kommunen hade en fungerande äldreomsorg med god kvalitet trots att alla krav inte uppfylldes fullt ut. I tillsynen uppmärksammades bl.a. följande brister:

- Otillräcklig samverkan med andra samhällsorgan och organisationer/föreningar
- Delar i riktlinjerna stred mot lagstiftningen och dess intentioner
- Avsaknad av system för att tillvarata synpunkter från boende
- Larmsystem i form av displayer i väggar och tak där det framgår vem som larmar bedömdes inte vara förenligt med den enskildes integritet.
- Otillräcklig dokumentation av den enskildes självbestämmande i genomförandeplaner på Ekebacken och Lundbygården
- För lite personal för att kunna leva upp till SoL:s intentioner och förhållningssätt på Höjdenhemmet och i viss mån på Lundbygården.
- Vid Lundbygården och Höjdenhemmet erbjöds inte regelbunden handledning/vägledning till personalen i det dagliga arbetet.
- För flertalet av de boende på Lundbygården, Ekbacken och för några boende på Tuvängen saknades uppdaterade genomförandeplaner.

⁷ Motsvarande uppgift utövas sedan den 1 januari 2010 av Socialstyrelsen.

Natten mellan den 8-9 november 2010 genomförde Socialstyrelsen en oanmäld tillsyn vid särskilda boenden i hela landet däribland Lerum. Resultatet och slutsatserna utifrån tillsynen har ännu inte meddelats kommunen.

Av intervjun med sektorschefen och avdelningschefen framgår att avdelningschefen för äldreomsorgen har haft det övergripande ansvaret för att åtgärda de brister som framkom i samband med tillsynen 2007. De centrala åtgärder som vidtagits är införandet av ett pensionärssamråd som forum för samverkan med intresseföreningar. Förändringar har också vidtagits i handläggningen så att omsorgstagare nu även kan beviljas fönsterputsning. Sektorn köper in tjänsten av ett städföretag. På Lundbygården har det skett ett chefsbyte och ett intensivt arbete har pågått med att förbättra arbetet med dokumentation och genomförandeplaner. Även vid Höjdenhemmet har organisatoriska förändringar gjorts där antalet enhetschefer minskats ner till en person. Istället har två enhetssamordnare tillsatts med uppgift att stödja enhetschefen i arbetet. Ett av syftena med omorganisationen har varit att öka tillgängligheten. Enligt enhetschefen på Höjdenhemmet samarbetar enhetschefen, enhetssamordnarna och sjuksköterskor kring den vardagliga handledningen för personalen.

Av granskningen framkommer att det inte vidtagits några åtgärder för att förändra larmsystemen⁸. Det framkommer inte heller att medarbetarna erbjuds regelbunden handledning. Avdelningschefen uppger dock under intervjun att Humanhälsan eller annan extern profession anlitas vid behov för handledning av personalen.

Det har genom granskningen på flera sätt framkommit att det tidigare funnits brister i ledarskapet på Lundbygården, framförallt när det gäller chefens närvaro och stöd till medarbetarna i det dagliga arbetet. Den nuvarande enhetschefen uppger att hon försökt att utöva ett mer nära ledarskap. Ytterligare åtgärder som vidtagits är att all personal erbjudits en endagars dokumentationsutbildning, vilken anordnades centralt i kommunen. Medarbetarna uppger under intervjun att de aldrig delgavs resultatet av tillsynen från 2007. De uppger dock att arbetet med dokumentation förbättrats avsevärt och att datoranvändningen ökat markant bland all personal.

Enligt enhetschefen på Höjdenhemmet har det skett en omstrukturering av enheterna till följd av tillsynen. En förändring har också skett i schemalagningen. Enhetschefen håller i handledning för personalen. På demensenheter finns också vid behov möjlighet till handledning via en demenssjuksköterska.

3.4 Bedömning

Granskningen visar att det bedrivs ett kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen med stöd av flera metoder. Vår bedömning är att sektorns pågående arbete med kvalitetsuppföljning är en viktig del i arbetet och fyller en central funktion som underlag för kvalitetsjämförelser och utvecklingsåtgärder. Brukarenkäterna och klagomålshanteringen är andra viktiga delar i kvalitetsarbetet, i enlighet med de krav som Socialstyrelsen ställer. Det är positivt att ett särskilt system utvecklats för att ge personalen möjlighet att uppmärksamma särskilda brister i omsorgen om brukaren.

Granskningen visar att det vid utvalda särskilda boenden bedrivs olika former av kvalitetsutvecklingsarbete. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet ska bland annat personalen involveras i utvecklingsarbetet. Det utvecklingsarbete som de särskilda boendena genomfört med

⁸ Kritiken rör inte Höjdenhemmet då boendet inte har larmsystem med synliga displayer

hjälp av genombrottsmetoden bedöms vara särskilt positivt då det i enlighet med Socialstyrelsens krav på ett tydligt sätt engagerar personalen i förbättringsarbetet. Granskningen visar också att konkreta åtgärder vidtagits på boendena utifrån de synpunkter som framkommit vid boende- och anhörigråd.

Vår bedömning är att det är mycket positivt för kvalitetsutvecklingen i omsorgsverksamheten med de regelbundna kvalitetsmöten som anordnas för uppföljning av medicinska avvikelser och fallskador vid de två granskade boendena. Detta bedöms ge goda förutsättningar för reflektion och att de erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister kan utgöra underlag för det systematiska kvalitetsarbetet.

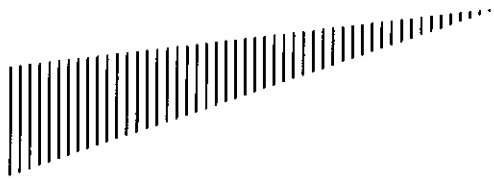
Granskningen visar att Lerums kommun i enlighet med lagstiftningen och Socialstyrelsens föreskrifter har utvecklat avvikelshanteringssystem med dokumenterade riktlinjer för hantering av såväl missförhållanden som medicinska avvikelser och fallskador. Granskningen vid de två utvalda särskilda boendena visar att riktlinjerna är kända av både chefer och medarbetare i organisationen. Det är emellertid viktigt att riktlinjerna för anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah omgående ändras så att det tydligt framgår vilken nämnd som ansvarar för att godkänna föreslagna åtgärder. Avvikelsehanteringssystemen bedöms i övrigt vara tillfredsställande.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården anges att ledningssystemet ska säkerställa uppföljning av vidtagna åtgärders effekt. Av granskningen framkommer att enhetscheferna och avdelningschefen har ett stort ansvar i arbetet med att åtgärda de brister som på olika sätt framkommer. Kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd ställer i flera fall inga konkreta krav på återrapportering. Vår bedömning är att såväl kommunstyrelsen som sektorn bör överväga att utveckla en tydligare och mer formaliserad uppföljning för att kunna leva upp till Socialstyrelsens föreskrifter.

Enligt de krav som Socialstyrelsen ställer ska kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följas upp. De utvalda särskilda boendena har inte kunnat uppvisa någon skriftlig dokumentation över kvalitetsarbetet. Vi bedömer att för att stärka arbetet med att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen bör kommunstyrelsen uppdra åt sektorn att tillse att enheterna stärker uppföljningen och dokumenteringen av kvalitetsarbetet.

Socialtjänstlagen ställer grundläggande krav på att det för utförande av omsorgsverksamhet ska finnas personal med lämplig utbildning. Ledningssystemet ska också omfatta personal- och kompetensförsörjning. Lerum har med förslaget till utbildningsplan och kompetensinventeringen påbörjat ett viktigt arbete för att säkerställa att kommunens äldreomsorg har tillgång till personal med adekvat utbildning. Det är enligt vår bedömning viktigt att utvecklingsarbetet ges hög prioritet och att en konkret tidplan för införandet av utbildningsplanen upprättas.

Granskningen visar att sektorn genomfört en rad åtgärder till följd av resultatet av Länsstyrelsens tillsyn 2007. Vi kan dock konstatera att några av de brister som kommenterades inte har åtgärdats, bland annat gäller det larmsystemet. Av intervjuerna framkommer att avdelningschefen har haft ansvar för att tillse att påtalade brister åtgärdas. Vi har inom ramen för granskningen inte kunnat ta del av någon uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån tillsynen eller dess effekt. Vår bedömning är att till viss del bedrivits ett ändamålsenligt utvecklingsarbete utifrån tillsynen men att uppföljningen av åtgärderna varit bristande. Detta gör det svårt att inom ramen för



granskningen bedöma om tillräckliga åtgärder vidtagits och om de haft avsedd effekt. Vår bedömning är att kommunstyrelsen borde tagit ett större ansvar för att tillse att sektorn åtgärdade de brister som påpekades.

4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

4.1. Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningsresultatet och ställda revisionskriterier är att äldreomsorgen i Lerums kommun i allt väsentligt bedrivs ändamålsenligt. En del brister har emellertid noterats när det gäller dokumentation, uppföljning av hur riktlinjer och rutiner efterlevs samt uppföljning av vidtagna åtgärder till följd av Länsstyrelsens tillsyn 2007.

I följande stycken redovisas sammanfattande svar för respektive revisionsfråga:

4.1.1. Finns tydliga mål, riktlinjer och rutiner för kommunens äldreomsorg?

Kommunfullmäktige har antagit mål för äldreomsorgen. Vidare finns ett omfattande antal riktlinjer och rutiner för kommunens äldreomsorg. Vår bedömning är att det finns en otydlighet inom sektor vård och omsorg kring vilka mål som styr verksamheten. Vår bedömning är att kommunstyrelsen bör stärka sin uppföljning av verksamheten inom äldreomsorgen samt förtydliga styrkedjan för verksamheten.

4.1.2. Har beslutade riktlinjer och rutiner implementerats på ett ändamålsenligt sätt vid kommunens särskilda boenden?

Ett antal brister har kunnat konstateras i implementeringen av riktlinjerna, bland annat saknas det rutiner för att i tillräcklig utsträckning följa upp måluppfyllelse och följsamhet mot riktlinjer. Det saknas ett utarbetat system för hur kommunfullmäktiges mål ska brytas ner och förverkligas på de särskilda boendena. Granskningen har visat att det finns brister i arbetet att hålla upprättade riktlinjer aktuella och i tillsynen av att de dokument som finns tillgängliga på kommunens intranät är av senaste version.

Den fördjupade genomgången av ett slumpmässigt urval av genomförandeplaner visar på brister i både dokumentationen och hanteringen av genomförandeplanerna. Särskilt vill vi uppmärksamma att det i över hälften av planerna saknas uppgift om hur den enskilde utövat inflytande över planeringen, vilket strider mot både kommunfullmäktiges prioriterade mål och framtagna riktlinjer samt Socialstyrelsens rekommendationer. Vår bedömning är att kommunstyrelsen bör tillse att sektorn har ett system för att följa upp att dokumentationen i genomförandeplanerna sker på ett korrekt sätt. Vidare är det angeläget att kommunstyrelsen säkerställer att det IT-system som används är ändamålsenligt som arbetsverktyg och underlättar för medarbetarna i dokumentationsarbetet. Det utvecklingsarbete som inletts för att förbättra hastigheten i IT-systemet är en viktig åtgärd.

4.1.3. Bedriver kommunens särskilda boenden ett aktivt kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete?

Den sammanfattande bedömningen är att äldreomsorgen bedriver ett kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete med stöd av flera metoder. Brister har dock kunnat konstateras när det gäller dokumentering och kontinuerlig uppföljning av kvalitetsarbetet. De granskade boendena har inte kunnat uppvisa någon skriftlig dokumentation över kvalitetsarbetet. Vi bedömer att detta kan förbättras och att kommunstyrelsen bör tillse att enheterna stärker uppföljningen och dokumenteringen av kvalitetsarbetet.

4.1.4. Har nämnden upprättat system för att säkerställa att riktlinjer och rutiner efterlevs i det konkreta vårdarbetet?

Vår sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen bör ta ett mer aktivt ansvar för verksamheten inom äldreomsorgen bl.a. i det nu pågående arbetet med utformning av nytt dokument för verksamheten men också i att tillse att det finns system och rutiner för att säkerställa att riktlinjer och rutiner efterlevs i det konkreta vårdarbetet. Kommunstyrelsen kan som tidigare uppmärksammas stärka sin uppföljning.

4.1.5. Finns system för att hantera avvikelser?

System för att hantera avvikelser har utarbetats i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och rekommendationer.

4.1.6. Har ett ändamålsenligt utvecklingsarbete vidtagits, med konkreta åtgärder, utifrån de brister som uppmärksammades i länsstyrelsens tillsyn av äldreomsorgen 2007?

Sammanfattningsvis är vår bedömning att det till viss del bedrivits ett ändamålsenligt utvecklingsarbete utifrån Länsstyrelsens tillsyn 2007 men att uppföljningen av åtgärderna varit bristande. Detta gör det svårt att inom ramen för granskningen bedöma om tillräckliga åtgärder vidtagits och om de haft avsedd effekt. Vår bedömning är att kommunstyrelsen borde tagit ett större ansvar för att tillse att sektorn åtgärdat de brister som påpekades samt för uppföljningen av de vidtagna åtgärderna och dess effekt.

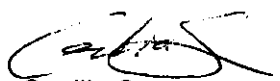
4.2. Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat lämnar vi följande rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och sektor vård och omsorg bör utveckla sin interna styrning och kontroll. Kommunstyrelsen i dess roll som ansvarig nämnd bör förtydliga styrkedjan för verksamheten samt tillse att sektorn utvecklar rutiner för ökad kontroll av efterlevnaden till riktlinjer och rutiner samt för att säkerställa att de på Lernet utlagda riktlinjerna är aktuella.
- Riktlinjerna för anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah bör omgående revideras så att de innehåller korrekt information om vilken nämnd som ansvarar för att behandla avvikelserna.
- De särskilda boendena bör utveckla dokumentationen i vårdtagarnas genomförandeplaner så att dessa uppfyller kommunens riktlinjer och följer de rekommendationer som Socialstyrelsen ger. De särskilda boendena rekommenderas också att se över den dubbla hanteringen av genomförandeplanerna som sker idag eftersom detta enligt vår mening innebär en risk då informationen om den enskilde vårdtagaren inte finns samlad på ett och samma ställe.
- De särskilda boendena bör utveckla uppföljningen och dokumenteringen av kvalitetsarbetet

Göteborg den 24 februari 2011

Ernst & Young AB


Cecilia Svensson
Verksamhetsrevisor


Mikaela Bengtsson
Verksamhetsrevisor


Hans Gavin
Certifierad kommunal revisor

Dokumentförteckning

- Mål och vilja 2009-2010
- Verksamhetsplan 2010
- Värdegrund för äldreomsorgen och handikappomsorgen
- Riktlinjer;
 - Gällande äldreomsorgens beredskapschef
 - Gällande äldreomsorgens trygghetsplatser
 - Gällande visning av lägenhet på kommunens särskilda boenden
- Privata medel – särskilt boende
- Kvalitets och verksamhetsuppföljning Vård- och omsorgsboende.
- Kvalitets och verksamhetsuppföljning Utförare av hemvård
- Sekretessförbindelse
- Anmälan av missförhållanden i omsorgen om äldre (enl. Lex Sarah)
- Rutiner för handläggning av inkommen blankett "vi kan bli bättre, med din hjälp"
- Anvisningar för blanketten kvalitetsbrist inom äldreomsorgen
- Information och anmälningsblankett – Lex Sarah
- Uppdragsbeskrivning för undersköterskor och vårdbiträden inom hemvården
- Uppdragsbeskrivning för undersköterskor och vårdbiträden på särskilt boende
- Uppdragsbeskrivning för undersköterskor och vårdbiträden inom dagvården
- Uppdragsbeskrivning gällande mobipens superanvändare
- Uppdragsbeskrivning; kontaktpersonens ansvar inom äldreomsorgen
- Uppdragsbeskrivning för aktivitetsombud inom äldreomsorgen
- Uppdragsbeskrivning för cirkelledare inom äldreomsorgen
- Uppdragsbeskrivning för undersköterskor (specialiserad nivå 3)
- Uppdragsbeskrivning för specialistutbildade demens undersköterskor
- Uppdragsbeskrivning för dokumentationshandledare inom äldreomsorgen
- Uppdragsbeskrivning för enhetschefer inom vård och omsorg
- Uppdragsbeskrivning för närståendeombud inom äldreomsorgen
- Uppdragsbeskrivning för närståendesamordnare
- Riktlinjer gällande anhöriganställningar inom äldreomsorgen
- Riktlinjer för personal inom äldreomsorgen gällande hot och våld
- Information till er som har hjälp från kommunens hemvård (gällande mobipen)
- Riktlinjer gällande för äldreomsorgens hemtjänstpersonal (när omsorgstagare inte ger sig tillkänna vid överenskommet besök).
- Kvittens vid utlåning av nycklar
- Anvisningar för individuella omsorgsplaner
- Kommunens gamla genomförandeplan inkl stödtexter
- Kommunens nya genomförandeplan
- Kontaktpärm
- Levnadsberättelse
- Checklista för utvärdering av omsorgsplan
- Daganteckningsplan
- Förslag på utbildningsplan
- Specialiserad nivå, steg 3, uppdragsbeskrivning för undersköterskor.
- Anvisningar för blanketten kvalitetsbrist inom äldreomsorgen.
- Rapport. Kvalitets- och verksamhetsuppföljning hemvård. 2010-05-31.
- Verksamhetsplan – komplement till uppdragsbeskrivning.

- Anteckningar från APT-möten (100825, 100302 och 10031), närståendeträff (100414), verksamhetsmöte avdelning Vildrosen (101123) samt boenderåd (101119) vid Lundbygården.
- Äldreomsorgens mål, 2005.
- Lerums kommuns äldreomsorg, måldokument 2011 (förslag).
- Handlingsplan – underlag för tillvägagångssätt gällande äldreomsorgens/verksamhetsspecifika uppdragsplaner (förslag).
- Uppdragsplan för äldreomsorgens verksamhet 2010-2011 (förslag).

Bilaga 1: Checklista genomförandeplaner

Allmänna uppgifter					
1	Personnummer:				
2	Kön:				
Finns uppgift om följande:		Ja	Nej	Delvis	Kommentarer
3	Datum för när planen har fastställts?				
4	Vilka personer som deltagit i planeringen?				
6	Vilka insatser som ska ges?				
a	Om insatsen består av flera delar, anges dessa?				
7	Vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den?				
8	När och hur insatsen eller delar av den ska genomföras?				
9	På vilket sätt som den enskilde har utövat inflytande över planeringen?				
10	När och hur planen ska följas upp?				
11	Vilka som godkänt och undertecknat planen?				