

Datum 2019-07-10
DNR 2019/KS0240

Trollängen vård- och omsorgsboende

Verksamhetsform: Förenade Care, entreprenad

Chef: Maria Månsson

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2019-05-14 – 2019-06-28

Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se



Ansa Haapala

Kvalitetscontroller

ansa.haapala@tyreso.se

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till förvaltningen för liv och hälsa för eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2019-07-10



Thomas Halvarsson

Tf chef kvalitetsenheten

tyresö kommun 

Innehållsförteckning

Sammanfattning av granskning på vård- och omsorgsboendet	
	Trollängen 3
1	Syfte 4
2	Metod 4
3	Verksamhetens förutsättningar 5
3.1	Om verksamheten..... 5
3.2	Lokaler och miljö 6
3.3	Ledning..... 7
3.4	Personal och bemanning..... 7
	Hälso- och sjukvård 8
3.4.1	Bedömning av verksamhetens förutsättningar 8
4	Verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten 9
4.1	Mat och måltider 9
4.2	Kontaktmannaskap..... 10
4.3	Meningsfull tillvaro..... 10
4.4	Processer och arbetssätt..... 10
4.5	Bemötande, självbestämmande och inflytande 11
4.6	Social dokumentation..... 12
4.6.1	Bedömning av verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten 12
5	Kvalitetsarbete..... 13
5.1.1	Resultat nationella brukarundersökningen 2018..... 13
5.2	Trygg och säker verksamhet..... 14
5.3	Systematiskt kvalitetsarbete 14
5.3.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet samt kvalitetsarbete15
6	Referenser 16

Sammanfattning av granskning på vård- och omsorgsboendet Trollängen

-  Verksamheten har en bra struktur för gemensamma aktiviteter.
-  Morgonmötena är effektiva och bidrar till tydlighet, gemenskap och trygghet.
-  Trollängen har utformat ett tydligt arbetssätt och en bestämd ansvarsfördelning för arbetet under de tider verksamhetens sjuksköterskor inte är i tjänst.
-  De granskande genomförandeplanerna håller genomgående en hög kvalitet och är respektfullt skrivna.
-  Den löpande dokumentationen behöver utvecklas.
-  Trollängen arbetar med ständiga förbättringar i verksamheten men behöver följa upp arbetet på ett tydligare sätt.
-  Utemiljön behöver förbättras.

Kvalitetsnivåer



Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.



Gult visar vilka områden verksamheten behöver utveckla.



Rött visar vilka brister verksamheten behöver åtgärda.

1 Syfte

Syftet med granskningen är att beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. Granskningarna utförs av kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

2 Metod

Under granskningsperioden används främst observationer som metod. Att arbeta med observationer innebär att kvalitetscontrollers vistas på enheten vid ett antal tillfällen och under flera timmar per tillfälle för att få en bild av hur verksamheten fungerar under hela dygnet.

Under observationen iakttas bland annat:

- inflytande
- tillräcklig hjälp
- personalens bemötande och agerande
- trygghet
- måltider
- meningsfullt innehåll i dagen

Under granskningsperioden görs både anmälda och oanmälda verksamhetsbesök.

Granskningen omfattar förutom observationer även intervjuer och samtal med verksamhetschef, gruppleddare, samordnare, Leva Livet-inspiratör, omsorgspersonal, boende, anhöriga/närstående och boendesamordnare från myndigheten för äldre. En enkät har även skickats till anhöriga/närstående för att ta del av deras synpunkter på verksamheten.

En genomgång av dokument som rör verksamheten har gjorts. Den sociala dokumentationen som rör de boende granskas också. Förteckning över dokumenten som granskats finns under rubriken Referenser.

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten som också har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till förvaltningen för liv och hälsa som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Den

färdiga rapporten anmäls till äldre- och omsorgsnämnden och publiceras på www.tyreso.se.

Bedömningen av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal/överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen utgår från de krav som framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

3 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs verksamhetens förutsättningar i form av organisation, ledning, personal, lokaler samt övriga resurser.

3.1 Om verksamheten

Trollängen ligger i ett fristående fyravåningshus i Trollbäcken och har plats för 59 boende fördelat på sex boendegrupper. Två boendegrupper riktar sig till personer med demenssjukdom och fyra boendegrupper har allmän inriktning. Trollängen drivs sedan september 2014 på entreprenad av Förenade Care AB.

För att få en plats på Trollängen krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.²

Verksamheten drivs med utgångspunkt från avtalet mellan kommunen och Förenade Care AB, gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

¹ Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

² Se <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm>

Förenade Cares värdegrund utgår från nationella värdegrunden och innehåller sju värdeord:

- Självbestämmande
- Trygghet
- Meningsfullhet och sammanhang
- Respekt för privatliv och integritet
- Gott bemötande
- Insatser av god kvalitet

3.2 Lokaler och miljö

Verksamheten på Trollängen är uppdelad i sex boendegrupper fördelade på tre våningsplan. En av boendegrupperna var tidigare korttidsboende och har nio mindre rum. Inspektionen för vård och omsorg har gjort en bedömning att de rummen inte är anpassade för permanent boende³.

Alla boendegrupper, utom en, har kakelugn och en tvättstuga finns på varje våningsplan. Det är öppen planlösning mellan kök, matrum och vardagsrum, vilket gör att det är lätt för personalen ha överblick över lokalerna.

Möblerna i de gemensamma utrymmena är nötta och medfarna. Inredningen i övrigt som gardiner, tavlor, blommor är anpassade efter målgruppen. Det är kommunen som har ansvar för möblerna i de gemensamma utrymmena.

Utemiljön är misskött och behöver anpassas till målgruppen. Betongplattorna på gångvägar och uteplatser är ojämna och kan innebära risk för fall för de som vistas ute. Det saknas trygga gångvägar och bra sittplatser för de äldre i anslutning till boendet. Att ha möjlighet att komma ut och få frisk luft är en viktig aktivitet för äldre, det handlar även om att det ska finnas platser för social samvaro. Det är Tyresö kommun som äger och förvaltar lokalerna och som har ansvar för utemiljön vid Trollängen

I samtal med både de boende och deras närstående uttrycker de ett missnöje med utemiljön.

³ Beslut av Inspektionen för vård och omsorg 2019-04-17, kommunens dnr2019/ÅON0065-013

3.3 Ledning

Verksamheten leds av en verksamhetschef som har arbetat på Trollängen sedan 2015, som sjuksköterska och gruppleddare. Hon tillträdde som verksamhetschef i maj 2018. Det finns en gruppleddare som bistår verksamhetschefen i dennes uppdrag. Chefen och gruppleddaren utgör verksamhetens ledningsgrupp.

Det är verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för att planera, leda kontrollera och följa upp insatserna som utförs.

I personalintervjuerna uttrycker samtliga att verksamhetschefen och gruppleddaren är lyhörda och närvarande och att samarbetet med ledningen fungerar väl.

3.4 Personal och bemanning

Cirka 85 procent av omsorgspersonalen är utbildade undersköterskor. Flertalet av personalen har flera års erfarenhet av arbetet som undersköterska.

Verksamheten har 38 omsorgspersonal dagtid (30,98 årsarbetare).

Nattpersonalen består av 10 personer (7,80 årsarbetare).

Verksamheten har en samordnare som ansvarar för bemanning och viss administration.

En Leva Livet-inspiratör ansvarar för aktiviteter tillsammans med en aktivitetsansvarig samt en resursperson på deltid. Leva Livet-inspiratören ger även stöd i verksamhetens kvalitetsarbete genom att bland annat upprätta och revidera rutinerna på boendet. Han ger också personalen stöd i social dokumentation.

Dag och kväll arbetar två personer på varje boendegrupp, förutom två dagar i veckan då man är tre personal dagtid. Några i personalen uttrycker att arbetet kan vara tungt och stressigt, särskilt på morgonen.

På natten arbetar två personal med 20 boende på våningsplanet för personer med demenssjukdom. På de övriga våningsplanen arbetar *en* personal med 20 boende.

Verksamhetschefen uppger att vid behov kan extraresurser sättas in för att förstärka utöver grundschema.

Majoriteten av den tillsvidareanställda personalen har genomgått Silviautbildning inom den satsning som gjorts av Tyresö kommun. Personalen genomför årligen ett antal webbutbildningar och lämnar intyg till verksamhetschefen när de slutfört utbildningen. De har även möjlighet att delta i andra kortare utbildningar inom företaget.

Under senaste året var personalomsättningen 9 personer (16 procent), varav två pensionsavgångar. Under 2018 var totala sjukfrånvaron 3,66 procent och korttidsfrånvaron var 2,84 procent.

Hälso- och sjukvård

På Trollängen arbetar fem sjuksköterskor (4,25 årsarbetare), 0,75 arbetsterapeut och 0,75 fysioterapeut. Hälso- och sjukvårdspersonalen leds av gruppledaren som också är sjuksköterska. Sjuksköterskorna har omvårdnadsansvar för cirka 15 boende vardera och är arbetsledare för personalen i omvårdnadsarbetet.

Det finns minst en sjuksköterska i tjänst mellan klockan 07.00 och 19.00 på vardagar och mellan klockan 07.00 och 17.00 på helgerna. På de tider som sjuksköterska inte finns på plats har Tyresö kommun avtal med Stockholms sjuksköterskejour som har beredskap. Både sjuksköterskor och omsorgspersonal tycker att samarbetet med sjuksköterskejouren fungerar bättre nu än under hösten 2018.

Vid tidpunkten för granskningen hade verksamheten avtal med Capio/Legevisitten gällande läkarinsatser. Läkarbesök med rond sker en heldag i veckan. Trollängen har haft samma läkare i flera år och man är nöjd med samarbetet.

3.4.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Möblerna i gemensamma utrymmen behöver renoveras eller bytas ut.

Utemiljön behöver förbättras.

Verksamhetschefen är närvarande och tillgänglig.

Samarbetet mellan ledning och personal är tillitsfullt och välfungerande.

Verksamheten har en låg sjukfrånvaro.

4 Verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten

Här bedöms de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp som verksamheten riktar sig till.

4.1 Mat och måltider

Varmrätten levereras färdiglagad från Dafgårds till Trollängen en gång i veckan och värms på plats. Maträtterna utgår från en sex veckors rullande matsedel. Måltidstillbehören, som potatis, ris, pasta och sallad tillreds av personalen på respektive boendegrupp. Personalen gör dessert och bakar kaffebröd flera gånger i veckan. Högtider och teman uppmärksammas genom att det serveras mat kopplat till högtiden och personalen berättar att det dukas extra fint.

De boende får frukost vartefter de kommer upp på morgonen. Lunch serveras cirka klockan 12.30 och då alltid med någon dessert. Middagen serveras vid 17.00 och eftermiddagskaffe cirka klockan 14.30 eller när de boende vill ha kaffe. På kvällen erbjuds kvällsmål och de boende tillfrågas vad de vill ha.

Personalen berättar att det är viktigt med matro för de boende. Vid måltiderna ska tv:n alltid vara avstängd, då de boende kan bli störda av aktivitet under måltiden.

Borden dukas olika på boendegrupperna och är delvis anpassade efter de boendes behov. För att ytterligare förbättra dukningen, på några av boendegrupperna, skulle de kunna ställa fram måltidsdryck, kryddor och andra måltidstillbehör på matborden. På de två boendegrupperna för personer med demenssjukdom har personalen omsorgsmålter med de boende.

För att ta reda på vad de boende tycker om för mat observerar personalen vad som går åt vid matbordet och de tillfrågar även boende och anhöriga. Några boende och anhöriga tycker att maten ibland är tråkig och önskar att matsedeln skulle vara mer varierad.

Varje boendegrupp har ett kostombud som bland annat har ansvar för planering och måltidsbeställning.

4.2 Kontaktmannaskap

All tillsvidare anställd personal är kontaktman för en eller två boende och vice kontaktman för ytterligare en eller två boende. Den tillfrågade personalen hade kunskap om vad uppdraget som kontaktman innebär. Det finns en tydlig skriftlig rutin rörande kontaktmannens ansvar.

4.3 Meningsfull tillvaro

Verksamheten har ett team som ansvarar för gemensamma aktiviteter. Leva Livet-inspiratören har till uppgift att samordna och planera aktiviteter tillsammans med en aktivitetsansvarig och en resursperson.

Verksamheten har två planerade gemensamma aktiviteter dagligen på vardagar. Exempel på gemensamma aktiviteter som anordnas är dam- respektive herrgrupp, tipspromenad, bingo och allsång. Verksamheten har även utvecklat ett samarbete med bland annat Väntjänsten och en förskola i närheten.

Leva Livet- inspiratören deltar i det dagliga morgonmötet och informerar om dagens aktiviteter. Han skriver även upp aktiviteterna på en whiteboard-tavla på varje boendegrupp samt går runt och påminner boendegrupperna. Leva Livet-inspiratören berättar att det även finns en aktivitetsansvarig på varje boendegrupp som ordnar enklare aktiviteter på boendegruppen.

4.4 Processer och arbetssätt

Verksamheten har en gemensam arbetsplatsträff en gång i månaden där all personal deltar.

Varje boendegrupp har avdelningsmöte cirka en gång i månaden. På mötena lyfts sådant som behöver förbättras, synpunkter på verksamheten, ansvarsområden m.m. Boendegrupperna har även teammöten cirka varannan vecka där sjuksköterskor och rehab-personal deltar. På teammötena går man igenom de boendes aktuella behov av stöd och hjälp.

Verksamheten har morgonmöte varje vardag, cirka 15 minuter, där sjuksköterskor, verksamhetschef, gruppleadare, rehab-personal, Leva Livet-

inspiratör, samordnare och en personal från varje boendegrupp deltar. På mötet går man igenom bemanning, dagens aktiviteter och andra angelägna frågor. Den omsorgspersonal som deltar har till uppgift att sprida informationen vidare på sin boendegrupp.

De tider då sjuksköterskorna inte finns på plats har några undersköterskor på Trollängen tilldelats utökad delegation och ansvar för att vid behov kontakta sjuksköterskejouren. Under arbetspasset ska undersköterskan även ge vägledning till kollegor om behov finns. De som har denna uppgift har fått särskild introduktion för uppdraget.

All personal har minst ett ansvarsområde som till exempel brandsäkerhet, kostombud, dokumentationsombud etc.

Man har en kort överrapportering mellan dag- och kvällspasset. Mellan övriga arbetspass sker överrapporteringen huvudsakligen genom en rapportpärm där det hänvisas till dokumentationen i Treserva. Den undersköterska som har utökat ansvar under arbetspasset har tid för överrapportering inlagt i schemat.

4.5 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Vid observationerna visar personalen ett gott bemötande och möter varje boende på ett professionellt och personligt sätt.

Personalen uppger att de anpassar sitt förhållningssätt utifrån de boendes behov och förutsättningar för dagen. I intervjuerna med personal blir det tydligt att de har stort fokus på de boende.

I samtal med de boende framkommer att de tycker att det är bra på Trollängen och de säger att personalen lyssnar på deras synpunkter och önskemål. Det är något som även noteras under observationerna i verksamheten.

Verksamheten bjuder in anhöriga till anhörigträffar och anhörigfika vid olika tillfällen, de får även månadsbrev från verksamheten. Anhöriga har under pågående granskning tagit initiativ till att starta en anhöriggrupp med syfte att lyfta och diskutera allmänna frågor som till exempel utemiljön.

4.6 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och annat som skrivs om individen inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd⁴ och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt att möjliggöra uppföljning av genomförda insatser. Genomförandeplanen ska utgå från målsättningen i uppdraget och ha fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

Den sociala dokumentationen ska förvaras så att ingen obehörig har tillgång till den.

Social dokumentation på Trollängen

Verksamheten dokumenterar i Tyresö kommuns verksamhetssystem Treserva. Kontaktmannen ansvarar för att upprätta och revidera genomförandeplanen. Samtliga genomförandeplaner som granskats (61 procent) var aktuella. Enligt verksamhetens rutiner ska genomförandeplanerna uppdateras var tredje månad. Vid granskningen av genomförandeplanerna uppmärksammade vi att detta genomförs.

I genomförandeplanerna framkommer tydligt att de boende har möjlighet att påverka när och hur insatserna ska genomföras.

Den löpande dokumentationen är kortfattad och det är inte alltid möjligt att följa händelser av vikt.

Personalen uppger att det finns tillräckligt med tid för dokumentation.

4.6.1 Bedömning av verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten

Verksamheten har en bra struktur för gemensamma aktiviteter.

Morgonmötena är effektiva och bidrar till tydlighet, gemenskap och trygghet.

Trollängen har utformat ett tydligt arbetssätt och en bestämd ansvarsfördelning för arbetet under de tider verksamhetens sjuksköterskor inte är i tjänst.

⁴ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

Personalens arbetssätt utgår från de boendes individuella behov och önskemål.

Personalen har ett professionellt och gott bemötande.

De granskande genomförandeplanerna håller genomgående en hög kvalitet och är respektfullt skrivna.

Den löpande dokumentationen behöver utvecklas.

5 Kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9), kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas.

5.1.1 Resultat nationella brukarundersökningen 2018

Socialstyrelsen har under 2018 undersökt äldres uppfattning om äldreomsorgen inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Andelen svarande på Trollängen var mellan 40 till 60 procent

Trollängen hade det bästa resultatet av vård- och omsorgsboendena i Tyresö. Andelen sammantaget nöjda i Socialstyrelsens brukarundersökning har ökat avsevärt sedan undersökningen 2017.

Fråga Socialstyrelsens brukarundersökning 2018	Riket 2018	Tyresö 2018	Trollängen 2018	Trollängen 2017
Trivs med sitt rum/lägenhet	74	73	75	67
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	64	54	59	54
Upplever måltiderna som en trevlig stund	68	60	73	65
Får bra bemötande från personalen	93	87	85	92
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	81	72	93	76

5.2 Trygg och säker verksamhet

Leva Livet-inspiratören ansvarar för att alla rutiner är aktuella och uppdateras vid behov. Ändringar av rutiner kommuniceras på arbetsplatsträffar samt via mail som ska signeras av samtlig personal.

Vid granskningstillfället har verksamheten aktuella rutiner för samtliga relevanta områden.

För att det ska fungera väl, bland annat i samarbetet med Stockholms sjuksköterskejour, har verksamheten gett några undersköterskor utökad delegation när Trollängens sjuksköterskor inte finns på plats. Undersköterskan gör en omedelbar bedömning av den boendes hälsa innan sjuksköterskejouren kontaktas.

All tillfrågad personal har kunskap om anmälningsskyldigheten enligt Lex Sarah. Verksamheten hade inga lex Sarah rapporter under 2018.

5.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Förenade Care är ISO-certifierade⁵, certifieringen rör bland annat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Företaget har under det senaste året omcertifierats och uppgraderats till nya standarder inom kvalitet och miljö av externa revisorer. Under 2018 har företaget genomfört en internrevision av verksamheten på Trollängen.

Verksamheten arbetar utifrån Förenade Cares ledningssystem som anpassats till Trollängen. Det innebär bland annat att man arbetar utifrån ett årshjul med kontrollpunkter där företaget genomför intern revision för att se vilka utvecklingsområden verksamheten har.

Avvikelse dokumenteras och åtgärdas. Kvalitetsrådet, som består av ledningen och representanter från de olika yrkesgrupperna på Trollängen, träffas varje månad och går igenom sammanställningen av avvikelser. Resultatet och eventuella förändringar i verksamheten redovisas sedan på arbetsplatsträffar. Avdelningsmötena är ytterligare ett forum för verksamhetsutveckling.

⁵ ISO 9001 är ett ledningssystem som beskriver hur man ständigt förbättrar och justerar i sin verksamhet för att möta kundernas behov.

I samtal med personer i ledningsgruppen framkommer att vid behov av förbättringar utarbetar verksamheten handlingsplaner för olika utvecklingsområden. Handlingsplaner och frågor som aktualiserats följs upp till exempel på arbetsplatsträffar.

I samtal med omsorgspersonal uttrycker flera att man är delaktig och tar ett gemensamt ansvar för verksamheten, det är inte bara chefens ansvar. De uppger att de har möjlighet att påverka och komma med förbättringsförslag antingen direkt till verksamhetschefen eller i olika mötesforum.

Under granskningen framkommer att verksamheten arbetar aktivt med ständiga förbättringar och utvecklingsfrågor. Däremot är det otydligt hur verksamheten följer upp utvecklingsarbetet.

Under 2018 har verksamheten arbetat med arbetsplatskulturen avseende bemötande och värdegrundsfrågor.

5.3.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet samt kvalitetsarbete

Verksamheten bedöms som trygg och säker med skriftliga rutiner inom alla relevanta områden.

Att en undersköterska har utökad delegation när sjuksköterska inte finns på plats skapar trygghet för både boende och personal.

Trollängen arbetar med ständiga förbättringar i verksamheten men behöver följa upp arbetet på ett tydligare sätt.

6 Referenser

Socialtjänstlagen

Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsen (2015); Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

Swedish standards institute; Svensk standard SS 872500:2015

Helle Wijk (2004) Vårdförbundet: Goda miljöer och aktiviteter för äldre.

Myndigheten för delaktighet (2015); Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet

Inspektionen för vård och omsorg; Vad har IVO sett 2018?

Dokument och information som direkt rör verksamheten:

Verksamhetens lokala rutiner

Verksamhetsberättelse

Verksamhetsplan

Bemannning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Social dokumentation