

Uppföljning av re-  
visionsrapporter i  
Krokoms kommun  
år 2011

# Innehåll

Sammanfattning .....	2
Uppdrag och bakgrund .....	2
Revisionsfråga .....	2
Revisionskriterier.....	2
Svar på revisionsfrågan .....	2
1. Inledning.....	3
2.1 Uppdrag och bakgrund .....	3
2.2 Revisionsfråga .....	3
2.3 Revisionskriterier .....	3
2.4 Avgränsning.....	3
2.5 Metod.....	3
2. Uppföljning av rapporter .....	4
2.1 Åtgärder mot ungdomsarbetslöshet .....	4
Löneadministrativa rutiner.....	5
2.2 Läkemedelshanteringen vid kommunens särskilda boenden för äldre 7	
Kvalitet inom äldreomsorgen .....	9
2.3 Kommunstyrelsens ledning och styrning .....	10
Bilagor .....	15
Bilaga 1 Intervjuade .....	15

# Sammanfattning

## Uppdrag och bakgrund

En viktig del i arbetet för revisorerna är att följa upp i vilken mån förvaltningar och nämnder tar till sig synpunkter och rekommendationer för att förbättra rutiner och nämndernas/styrelsens interna kontroll.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Krokoms kommun har Deloitte genomfört en uppföljning av de granskningar som utförts under år 2011.

## Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är om revisionens rapporter leder till förändringar i system, rutiner och den interna kontrollen?

## Revisionskriterier

Granskningen har i huvudsak utgått från gällande rutiner, intervjuer med ansvariga tjänstemän och revisionens avlämnade rapporter med förslag till förändringar.

## Svar på revisionsfrågan

Uppföljningen av 2011 års granskningar visar att revisionens rapporter behandlas av nämnd/styrelse och att åtgärder i enlighet med revisorernas synpunkter har påbörjats eller är pågående. Ett antal av områden i rapporterna är omfattande, exempelvis kvalitetsledningssystem inom äldreomsorg. Här är åtgärder ständigt pågående.

Vissa åtgärder med anledning av rapporterna har påbörjats men dragit ut på tiden, exempelvis nya ägardirektiv för KBAB och arbete med riktlinjer och policys.

Åtgärder gällande löneadministrativa rutiner har också påbörjats men ännu inte genomförts. Orsaken som anges är att personalsituationen under en längre tid varit ansträngd.

Vi noterar också att någon plan inte upprättats för hur uppföljningsansvaret för ungdomar upp till 20 år ska hanteras. Vid förvaltningen anges att ansvaret hanterats inom projektet "Plug in".

Krokom 2014-03-10  
DELOITTE AB

Kjell Pettersson  
Uppdragsledare

Veronica Blank  
Projektmedarbetare

# 1. Inledning

## 2.1 Uppdrag och bakgrund

En viktig del i arbetet för revisorerna är att följa upp i vilken mån förvaltningar och nämnder tar till sig synpunkter och rekommendationer för att förbättra rutiner och nämndernas/styrelsens interna kontroll.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Krokoms kommun har Deloitte genomfört en uppföljning av 2011 års revisionsrapporter.

## 2.2 Revisionsfråga

Projektet syftar till att undersöka om rapporterna behandlats av styrelsen/nämnden, vilka åtgärder som vidtagits och vilka åtgärder som planeras.

Den övergripande revisionsfrågan är om revisionens rapporter leder till förändringar i system, rutiner och den interna kontrollen?

Granskningen ska besvara följande kontrollmål:

När behandlades rapporten i kommunstyrelsen/nämnd?

Vilka åtgärder har vidtagits med anledning av rapporten?

Vilka åtgärder planeras?

## 2.3 Revisionskriterier

Revisionskriterierna är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

I denna granskning har revisionskriterierna huvudsakligen utgjorts av gällande rutiner och revisionens avlämnade rapporter med förslag till förändringar.

## 2.4 Avgränsning

Uppföljningen avgränsas till 2011 års revisionsrapporter. Granskningarna av delårsrapport och årsredovisning har inte ingått i denna uppföljning.

## 2.5 Metod

Bedömningar, synpunkter och åtgärdsförslag har gått igenom. De svar som nämnder/styrelser lämnat har granskats och kompletterande intervjuer har genomförts med berörda tjänstemän för att ta reda på aktuellt läge i frågorna.

En förteckning av de som intervjuats framgår av bilaga 1.

# 2. Uppföljning av rapporter

## 2.1 Åtgärder mot ungdomsarbetslöshet

### Revisionsfråga och sammanfattande bedömning

Följande revisionsfråga är aktuell:

- Är socialnämndens styrning för att minska ungdomsarbetslösheten ändamålsenlig?

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden kan förbättra ledning och styrning av verksamheten främst genom verksamhetsmål för enheten samt en plan för hur uppföljningsansvaret för ungdomar under 20 år ska hanteras.

### Lämnade rekommendationer och nämndens åtgärd

Socialnämnden behandlade yttrandet vid sammanträdet 2011-11-24.

#### Rekommendation 1

Tydliga verksamhetsmål beslutade av socialnämnden bör finnas för att möjliggöra uppföljning av verksamheten.

**Åtgärd:** Verksamhetsmål och uppföljningstal finns för verksamheten. Under 2013 har mål omarbetats och en ny kommunövergripande styrmodell med resultatindikatorer tagits fram.

#### Rekommendation 2

En plan för uppföljningsansvaret för ungdomar under 20 år bör tas fram.

**Åtgärd:** I yttrande svarade nämnden att en plan för uppföljningsansvaret för ungdomar under 20 år beräknades vara färdig 2012. Enligt intervju finns fortfarande inte någon plan.

Projektet "Plug in" startades under 2012 och genom projektet har uppföljningsansvaret av ungdomar hanterats. Plug In löper fram till juni 2014 och riktar sig till ungdomar över 16 år som funderar på ,eller som redan har gjort ett studieavbrott från sina gymnasiestudier. Projektet drivs av SKL och innebär att nya metoder ska användas för att få ungdomar att återvända till skolan.

#### Rekommendation 3

Ett formellt beslut bör fattas angående socialnämndens uppföljningsansvar för ungdomar under 20 år.

**Åtgärd:** Beslut har fattats i kommunstyrelsen den 25 januari 2012 om att uppföljningsansvaret ska ligga på socialnämnden. Social-

nämnden har beslutat att det organisatoriska ansvaret ska ligga på arbetsmarknadsenheten.

#### Rekommendation 4

Koda statistik över utbetalt försörjningsstöd så att orsaken, exempelvis avsaknad av A-kassa kan följas upp.

**Åtgärd:** Ett byte av system skulle göras från Pro Capita till Viva. Förvaltningen skulle titta på vilka möjligheter som finns i det nya systemet som implementerades 2012. Det nya systemet har implementeras och enligt intervju finns möjlighet att ta ut statistik. Det görs inte i dagsläget.

#### Rekommendation 5

Kommunens hemsida bör kompletteras med arbetsmarknadsenhetens organisatoriska hemvist.

**Åtgärd:** En uppdatering av kommunens hemsida pågick för tillfället och skulle tydliggöra hemvisten för arbetsmarknadsenhetens. Vad vi kan se är det fortfarande inte tydligt på kommunens hemsida var i organisationen arbetsmarknadsenheten finns.

## 2.2 Löneadministrativa rutiner

### Revisionsfråga och sammanfattande bedömning

Den övergripande revisionsfrågan var:

- Är den interna kontrollen kring lönehanteringen tillfredställande?

Någon sammanfattande bedömning har inte gjorts i revisionsrapporten, däremot har ett antal delbedömningar gjorts. Under rekommendationer nedan redovisas de samt eventuella rekommendationer.

### Lämnade rekommendationer och styrelsens åtgärd

Kommunstyrelsen behandlade yttrandet vid sammanträdet 2012-01-25.

#### Rekommendation 1

Vi bedömer att det skulle underlätta för både chefer och personalredogörare ute på förvaltningarna och personalenheten om det fanns fler rutinbeskrivningar och där roller och ansvar tydligt framgår.

**Åtgärd:** I tjänstemannaförslag angavs att upprättande av organisationsplan skulle ske där det tydligt framgår vem som har ansvar för respektive område avseende chefer, olika nivåer av granskare på förvaltningarna och handläggare hos personalenheten. Enligt intervju finns numera en organisationsplan som beskriver ansvarsfördelningen för chefer, administratörer och lönehandläggare. Några nya rutinbeskrivningar har tillkommit och några gamla har uppdaterats.

## Rekommendation 2

Vi menar att det finns anledning att se över dokumenthanteringsplanen då det nya lönesystemet kan ha medfört förändringar av exempelvis hur och i vilken form handlingar ska förvaras.

**Åtgärd:** I yttrande angavs att dokumenthanteringsplanen skulle omarbetas för att bli mer heltäckande. Planen beräknades vara klar den sista september 2012. Enligt intervju har en revision av dokumenthanteringsplanen påbörjats men det återstår en hel del arbete.

## Rekommendation 3

Vi menar att det är av avgörande betydelse för den interna kontrollen att alla chefer tar till sig information från personalenheten och fullgör sitt ansvar i lönehanteringsprocessen. Omkring 40 % av chefer och arbetsledare som svarat på våra frågor anger att de inte helt känner till vilka kontroller de ska göra av de anställdas löner vilket inte är tillfredsställande ur kontrollsynpunkt.

**Åtgärd:** I yttrande angavs att månadscykel kommer att finnas tillgänglig på intranätet för chefer med förslag på smidiga arbetsätt för att säkerställa att lämpliga kontroller genomförs.

Enligt intervju finns fortfarande förbättringsmöjligheter. Vissa manualer finns tillgängliga och har uppdaterats. Information från personalavdelningen går regelbundet ut via "chefsmail". I mailen lämnas information om nya manualer och rekommendationer på intranätet.

## Rekommendation 4

Vi bedömer att kommunen inte har gjort någon samlad riskbedömning av det nya lönesystemet och därmed kan det vara så att det saknas tillräcklig kännedom om de riskbilder som finns, vilket är ett viktigt underlag för internkontrollplaner. Vi menar också att det är viktigt att det finns rutiner för uppföljning och återrapportering av att planerade internkontrollåtgärder har utförts enligt plan och att det finns rutiner för att återkoppla iakttagelser från internkontrollen så att de rutiner som avses kan utvecklas och förbättras.

**Åtgärd:** En reviderad intern kontrollplan kommer att färdigställas med en riskbedömning av den löneadministrativa processen. Internkontrollplanen beräknades vara klar före den sista maj 2012. För att årligen följa upp planerade internkontrollåtgärder kommer årsplanen att uppdateras och utökas. En plan kommer även att göras för att fånga upp dagliga iakttagelser med förbättringsåtgärder för att möjliggöra ett aktuellt förhållningssätt till förbättringsarbete.

Enligt intervju har arbetet med en intern kontrollplan påbörjats men inte avslutats. Utifrån riskområden som framkommit med förslag på åtgärder finns idag en hantering i det löneadministrativa arbetet med stöd i det påbörjade arbetet med intern kontrollplanen. Arbetet med att skapa rutiner utifrån riskfaktorer ska fortsätta men har inte genomförts på grund av tidsbrist.

### Rekommendation 5

Vi bedömer att kontrollrutinerna i samband med utbetalning är ändamålsenliga. Vi menar dock att det kan vara av värde att ansvarsfördelning och roller mellan kommunens löneenhet och Östersunds kommun som systemförvaltare och driftansvarig tydliggörs så att inga oklarheter finns om ansvaret för olika delar i rutinerna framförallt avseende ansvar för kontroll av utbetalningarna.

**Åtgärd:** En dokumentation av ansvarsfördelningen har tagits fram.

Enligt intervju har personalsituationen varit ansträngd vilket gjort att man inte kunnat fokusera på utvecklingsinsatser, vilket ovanstående rekommendationer ses som. Bland handläggarna har det förekommit långtidssjukskrivningar och föräldraledighet. Fokus har legat på att betala ut rätt löner i rätt tid. Med anledning av detta har inte arbetet med ovanstående åtgärder varit prioriterat och en stor del återstår.

## 2.3 Läkemedelshanteringen vid kommunens särskilda boenden för äldre

### Revisionsfråga och sammanfattande bedömning

Den övergripande revisionsfrågan var:

Revisionsfrågan för denna granskning är; om läkemedelsanvändningen och avvikelshanteringen vid Krokoms kommuns särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.

Den sammanfattande bedömningen i granskningen var:

Vår sammanfattande bedömning är att läkemedelsanvändningen och avvikelshanteringen vid kommunens särskilda boenden inte till alla delar är ändamålsenliga.

### Lämnade rekommendationer och styrelsens åtgärd

Socialnämnden behandlade yttrandet vid sammanträdet 2012-09-18.

### Rekommendation 1

Vi anser att socialnämnden bör låta ta fram några övergripande mål för läkemedelsanvändningen som nämnden kan fastställa och som sedan förankras hos personalen vid äldreboendena. Detta anser vi är ett teamarbete som vi rekommenderar görs i samverkan mellan MAS, äldreboendena och berörda läkare vid hälsocentralerna.

**Åtgärd:** Enligt intervju med MAS är det inte nämndens ansvar att anta mål för läkemedelsanvändningen. Det är ett läkaransvar. Nämnden och förvaltningen kan arbeta preventivt exempelvis genom kvalitetsarbete och utbildning. För närvarande används flera



olika kvalitetsregister genom "Bättre liv för sjuka äldre" som är ett samarbete mellan landsting, kommuner och regionförbundet. Register som kommunen deltar i är exempelvis senior alert, BPSD(Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och palliativa registret.

### Bedömning/ Rekommendation 2

Vi bedömer att det finns anledning att säkerställa att användandet av lugnande/sömnmedel är optimalt med tanke på risken för påtagliga biverkningar. Vi ser det som motiverat att det närmare undersöks om användningen av sömnmedel/lugnande medel ligger på en rimlig nivå.

**Åtgärd:** Genom arbetet med kvalitetsregister finns en betydligt bättre kontroll idag än tidigare på vilka läkemedel som används. Genomgångar görs regelbundet för att säkerställa att användande är rimligt.

### Bedömning/ Rekommendation 3

28 procent av de äldre vid äldreboendena använder samtidigt 2-3 medel av psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva eller sömnmedel/lugnande). Denna form av polyfarmaci bör vara så låg som möjligt pga. uppenbar risk för biverkningar. Därför finns det skäl till en kontinuerlig kontroll och uppföljning av denna grupp av äldre (46 personer).

**Åtgärd:** Kontroll finns genom kvalitetsregister där uppföljning görs regelbundet och resultat inrapporteras till socialstyrelsen.

### Rekommendation 4

Kommunen bör sträva mot att skapa en IT-baserad rapporteringsrutin vilket skulle underlätta såväl inrapportering som uppföljning av avvikelser.

**Åtgärd:** Det finns ett datajournalssystem där avvikelser inrapporteras. Allvarliga avvikelser rapporteras till MAS medan mindre allvarliga tas upp med enhetschef.

### Rekommendation 5

I sammanställningen kan konstateras att endast 64 % av de boende får en kontinuerlig läkemedelsgenomgång i enlighet med den överenskomna och fastställda definitionen avseende innehållet i läkemedelsgenomgångar som kommunen har med landstinget.

**Åtgärd:** Antal Läkemedelsgenomgångar har ökat. Nästan 100 % av alla boende får en årlig läkemedelsgenomgång, vilket också är en del i deltagandet i kvalitetsregister.

### Rekommendation 6

I jämförelse med andra kommuner har Krokoms ett jämförelsevis högt antal inrapporterade avvikelser. Vad det beror på bör klarläggas av socialnämnden och MAS.

**Åtgärd:** Enligt MAS går det inte att anta att antal avvikelser är ett mått på dålig kvalitet. I Krokoms uppmanas personalen att rapportera in alla avvikelser, också sådana avvikelser som kanske inte regelmässigt rapporteras in i andra kommuner. Det anser MAS är bättre än att det sker färre avvikelse rapporter för då går det inte att avgöra om det finns förbättringsmöjligheter.

### Rekommendation 7

När det gäller läkemedelsanvändning menar vi att nämnden årligen bör få/begära information om läkemedelsanvändningen vid kommunens äldreboenden via MAS rapportering.

**Åtgärd:** Rapportering av läkemedelsanvändning sker regelbundet till nämnden genom att resultat från uppföljningar i kvalitetsregister redovisas i förhållande till nationella resultat och andra kommuner. Avvikelser rapporteras månadsvis.

### Rekommendation 8

Socialnämnden bör stimulera och stödja intresse och engagemang från vårdpersonalens sida vid äldreboendena när det gäller att utveckla arbetet med kost och omvårdnad för de äldre, som alternativ till vissa läkemedel.

**Åtgärd:** Genom kvalitetsregister kontrolleras även nutrition och följs upp. I övrigt har personalen fått utbildning i arbetet med värdegrund.

## 2.4 Kvalitet inom äldreomsorgen

### Revisionsfråga och sammanfattande bedömning

Har socialnämnden inrättat ändamålsenligt kvalitetssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen?

Den huvudsakliga bedömningen är att kvalitetssystemet i stora delar uppfyller de krav som finns enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11.

### Lämnade rekommendationer och nämndens åtgärder

#### Rekommendation 1

Mot bakgrund av de krav som finns i HSL menar vi att värdegrunden och bemötandepolicys på ett tydligare sätt bör kopplas till kvalitetssystemet. Vi menar att kvalitetssystemet bör kompletteras med en samlad beskrivning där det bl. a framgår hur kvalitetssystemet hänger ihop med nämndens budget- och verksamhetsplanering.

Samtliga dokument bör kompletteras med datum för antagande, vem som har beslutat och vem som är ansvarig för dokumentet. Vidare anser vi att ansvaret för kvalitetsarbetet utifrån SoL bör förtydligas.

**Åtgärd:** En kvalitetskontroller har anställts vilket innebär att bättre underlag erhållits gällande kvalitet. Lokala värdegarantier har utvecklats och utbildning sker ute på enheterna. Genom värdegarantier kopplas kvalitet och bemötande samman.

### Rekommendation 2

När det gäller mål och uppföljning menar vi att socialnämndens mål ytterligare bör kommuniceras med personalen ute på de enskilda enheterna så att deras roll i nämndens totala måluppfyllelse tydliggörs.

**Åtgärd:** Det är ett arbete som ständigt pågår. Genom utbildning i värdegrundsarbetet kommuniceras också mål.

### Rekommendation 3

Vi menar att det är viktigt att det finns utrymme för kvalitetsfrågor på arbetsplatsträffar.

**Åtgärd:** Kvalitetsfrågor diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar.

### Rekommendation 4

Vidare anser vi att nämnden bör säkerställa att de synpunkter och klagomål som inkommer via telefonsamtal och ute på enheterna diarieförs.

**Åtgärd:** Ingen åtgärd av socialnämnden. Diarieföring är en kommunövergripande fråga.

## 2.5 Kommunstyrelsens ledning och styrning

### Revisionsfråga och sammanfattande bedömning

Den övergripande revisionsfrågan var:

Är kommunstyrelsens ledning och styrning ändamålsenlig?

Sammanfattningsvis bedömer vi att kommunstyrelsens ledning och styrning till stor del är ändamålsenlig men att vissa delar kan förbättras.

### Lämnade rekommendationer och styrelsens åtgärd

Kommunstyrelsen lämnade yttrandet vid sammanträdet 2012-09-11.

### Rekommendation 1

Kommunstyrelsens reglemente bör kompletteras med att nämnden själv ges möjlighet att fatta beslut om kostnadsminskningar innan fullmäktige tar över frågan och fattar beslut.

**Åtgärd:** Enligt intervju pågår fortfarande en översyn av reglementet och det beräknas vara färdigt i juni år 2014.

### Rekommendation 2

Nya ägardirektiv för KBAB bör snarast upprättas.

**Åtgärd:** Uppdraget bör vara genomfört senast vid årsskiftet 2012/2013.

Enligt intervju har arbetet tagit längre tid än förväntat. Nya ägardirektiv upprättades under 2012 men återremitterades och något beslut om nya ägardirektiv fattades inte. I dagsläget finns ägardirektiv framtagna och beslut om dem kommer att fattas vid kommunfullmäktiges sammanträde i slutet av februari år 2014.

### Rekommendation 3

Se över vilka policydokument som är aktuella och vilka som behöver uppdateras.

**Åtgärd:** En tidplan och dokumentens aktualitet redovisades vid kommunstyrelsens möte den 20 feb år 2013. Vid kommunledningsförvaltningen har det även tagits fram en dokumentstrategi som exempelvis beskriver hur dokument ska benämnas. Strategin är ett internt arbetsverktyg och kommer inte antas i KS.

### Rekommendation 4

Uppdraget om att se över hur kommunens framtida fastighetsbestånd ska organiseras bör verkställas.

**Åtgärd:** En förstudie är genomförd under 2012. Under 2013 har en utredning genomförts av en utomstående konsult. Några beslut utifrån utredningen har ännu inte tagits.

### Rekommendation 5

Kommunstyrelsen bör uppmärksamma nämnder/förvaltningars behov av gemensamma system och riktlinjer.

**Åtgärd:** Enligt intervju finns fortfarande förbättringsmöjligheter. Det pågår ständigt ett arbete med gemensamma system, exempelvis genom det kommunövergripande kvalitetsarbetet.

### Rekommendation 6

Överväg om det finns behov av att utöka antalet presidieträffar eller andra liknande forum.

**Åtgärd:** Bedömningen är att antal presidieträffar är tillfredställande. Vid behov sätts extra presidieträffar in.

### Rekommendation 7

En övergripande plan för intern kontroll bör fastställas och kommunstyrelsen bör kräva återrapportering av nämndernas planer för intern kontroll.

**Åtgärd** Internkontrollen bör kopplas till kvalitetsutveckling och uppföljning. Det ska finnas en röd tråd och en tydlig koppling till prioriterade utvecklingsområden.

För närvarande pågår arbete med nytt intern kontroll reglemente. I arbetet med intern kontroll framöver kommer kommunfullmäktige att bestämma vilka områden som ska kontrolleras varje år. Intern kontroll planerna kommer att bli övergripande genom att vissa områden bestäms av kommunfullmäktige.

### Rekommendation 8

Rutiner för att säkerställa att fullmäktiges budgetdirektiv och beslut under löpande år verkställs bör tas fram. I detta ingår även att ta ställning till hur återrapportering till fullmäktige ska ske och hur ofta.

**Åtgärd:** I detaljbudget för 2013 kommer icke genomförda budgetdirektiv att redovisas av respektive nämnd. Tydligare uppföljning av beslut/direktiv och övriga uppdrag kommer att struktureras och möjliggöras i och med införandet av nytt handläggarsystem kopplat till databas.

Enligt intervju har icke genomförda budgetdirektiv tagits upp i nämnden. Vissa har därefter slopats. För närvarande förs budgetdirektiv till en logglista. Därefter görs en uppföljning av de uppdrag som finns. Bevakning sker i diariet av alla ärenden.

## Sammanställning rekommendationer och åtgärder

Nedan en sammanställning av uppföljningen som genomförts av tidigare revisionsrapporter. Den ger en indikation på hur föreslagna åtgärder har behandlats av nämnder/ styrelsen men ska inte ses som en absolut sanning. I vissa fall kan det exempelvis vidtagits åtgärder men fortfarande pågå ett arbete.

Grön=Åtgärder vidtagits

Gul= Påbörjat arbete med åtgärder

Röd=Ingen åtgärd har vidtagits

Granskning	Nämnd/ styrelse	Rekommendation	Åtgärd
<b>Åtgärder mot arbetslöshet</b>	SN	1	Grön
		2	Röd
		3	Grön
		4	Röd
		5	Röd
<b>Löneadministrativa rutiner</b>	KS	1	Grön
		2	Röd
		3	Gul
		4	Gul
		5	Gul
<b>Kvalitet inom äldreomsorgen</b>	SN	1	Gul
		2	Grön
		3	Grön
		4	Röd
<b>Läkemedelsanvändningen vid kommunens särskilda boenden för äldre</b>	SN	1	Grön
		2	Grön
		3	Grön
		4	Grön
		5	Grön

		6	
		7	
		8	
<b>Kommunstyrelsens ledning och styrning</b>	KS	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	

# Bilagor

## **Bilaga 1 Intervjuade**

Ola Skyllbäck- Kommunchef

Sara Strandberg- Administrativ chef

Gunilla Sundqvist-Personalchef

Alf Eliasson- Chef för arbetsmarknadsenheten

Monica Göransson- Funktionschef särskilda boenden

Pia Hernerud- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)