

Utredning

Kvalitetsgranskning

Särskilt boende, Smedsgården

Datum: 2025-09-01

Dokumentansvarig: Sofie Norén

Innehåll

Inledning	4
Askersund Kommun - Smedsgården	4
Bedömningsöversikt.....	4
Metod	5
Beslut	5
Bedömning där verksamheten brister	6
Sammanfattning	14

Inledning

Utvecklingsledare har följt upp kvaliteten i verksamheten Smedsgården på begäran av Socialchef, uppföljning av kvaliteten syftar till att utveckla och förbättra verksamheten kontrollerna som har genomförts har sitt ursprung i den nationella värdegrunden för äldre.

Framkomna brister ska hanteras genom en åtgärdsplan som verksamheten ansvarar för att upprätta med stöd av utvecklingsledare.

Askersund Kommun - Smedsgården

Smedsgården är ett vård- och omsorgsboende som öppnade 2020. Boendet omfattar totalt 96 platser, varav majoriteten är inriktade mot demensvård och 16 platser avsedda för somatisk vård. Verksamheten leds genom ett delat ledarskap av fyra enhetschefer och har omkring 100 omvårdnadspersonal (exklusive vikarier), ett verksamhetsstöd samt en administratör med ansvar mot SÄBO. Därtill finns fem sjuksköterskor och två arbetsterapeuter knutna till verksamheten, vilka lyder under en annan ledningsorganisation.

Lokalerna präglas av generösa ytor och en god boendestandard, även om kontorslösningarna upplevs som mindre ändamålsenliga. Utemiljön är en tydlig tillgång – med närhet till vårdcentral, grönområden och promenadstråk. Varje avdelning har tillgång till antingen innergård eller större balkong, vilket skapar goda möjligheter till utevistelse. Även de gemensamma utrymmena är rymliga och lägenheterna håller en hög standard.

Bedömningsöversikt

Lagar och riktlinjer/rutiner	
Kompetens - omvårdnadspersonal	
Anhörigkontakt	
Basal hygien	
Aktiv och meningsfull tillvaro	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet	
Utredning av synpunkter och klagomål	
Måltidssituationer	

Bedömningskriterier

Tillräckligt

Otillräckligt

Metod

Granskningen har genomförts med utgångspunkt i den nationella värdegrunden för äldre, vilken legat till grund för både intervjufrågor och bedömningsområden. Den nationella värdegrunden innebär att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, där den enskildes behov, önskemål och självbestämmande alltid sätts i centrum.

Granskning har också skett i verksamhetssystem där journaler, genomförandeplaner, avvikelser samt synpunkter och klagomål setts över. Observationer har genomförts ute i verksamheten. Intervjuer har genomförts med anhöriga, omvårdnadspersonal, HSL-personal och enhetschefer. I samband med kvalitetsgranskningen har utvecklingsledaren även begärt in och granskat underlag i form av rutiner.

Underlaget och granskningen ligger till grund för det som utvecklingsledaren bedömer som otillräckligt i denna rapport.

Åtgärder

Brister är påvisade i verksamheten. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer och lag ska ni åtgärda dessa brister. Detta ska genomföras genom en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd,

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetsaspekter:

- Lagar och riktlinjer/rutiner
- Kompetens
- Anhörigkontakt
- Basal hygien
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet
- Utredning av synpunkter och klagomål

Med anledning av ovanstående brister ska verksamheten ta hänsyn till ovanstående brister i sin åtgärdsrapport:

Bedömning där verksamheten brister

Lagar och riktlinjer/rutiner

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha följsamhet till de lagar (SoL)* och riktlinjer som styr verksamheten	Kontroll i verksamhetssystem
Rutiner ska vara upprättade efter verksamhetens behov och tillgängliga	Observationer
Genomförandeplaner och journal	

**HSL har ej följts upp*

Bedömning

Granskningen visar att området brister på flera punkter. Utvecklingsledaren har identifierat att det finns betydande brister i journalföringen. Dokumentation som är av vikt för den enskilde saknas och felaktig journalföring förekommer. Det har även identifierats journalanteckningar som kan upplevas som kränkande. Vid intervjuer med personal framkommer dessutom att dokumentation inte sker fullständigt, utan att information istället ofta lämnas muntligen vid rapportering, vilket innebär risk för att viktig information inte dokumenteras och glöms bort.

Vid kontroll av genomförandeplaner framkommer ytterligare brister. Planerna följs inte upp inom utsatt tid, och i vissa fall saknas genomförandeplaner helt. Det framgår sällan varför den enskilde inte varit delaktig i arbetet med planen, trots att detta är en viktig del i ett personcentrerat arbetssätt. Granskningen visar dessutom på stora skillnader mellan olika områden inom verksamheten när det gäller uppföljning av genomförandeplaner, där ett område saknar 18 procent och ett annat 55 procent. Detta pekar på en bristande likvärdighet i hur arbetet bedrivs.

Kontroller av rutiner har genomförts genom observationer på avdelningarnas kontor samt genom granskning av ledningssystemet. Vid observationstillfället noterades skillnader mellan kontoren gällande möjligheten att enkelt hitta rutiner. Enhetschefer har skickat in rutiner, men vid kontroll saknades flera av dessa i ledningssystemet. Detta innebär en risk att gamla rutiner används i verksamheten. Vid observationerna noterades dessutom dubbla versioner av rutiner, vilket skapar ytterligare otydlighet för medarbetarna.

Sammanfattning: Granskningen visar att det finns allvarliga brister i dokumentation, genomförandeplaner och rutiner. Journalföringen är ofullständig och ibland felaktig och kränkande, vilket riskerar att påverka den enskildes vård och omsorg negativt. Genomförandeplaner följs inte upp systematiskt och det saknas delaktighet från de enskilda. Stora variationer mellan olika områden visar på behovet av en mer enhetlig och strukturerad process. Rutiner är svåra att överblicka och återfinns inte alltid i ledningssystemet, vilket skapar risk för felaktig tillämpning. Förbättringsarbete krävs för att säkerställa rättssäker och personcentrerad vård och omsorg.





Kompetens - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Loggkontroll, personal ska i hög grad vara inloggad i system för att dokumentera och läsa viktig information	Kontroll i verksamhetssystem
Kontaktmannaskap, personal ska enligt rutin fullfölja sitt uppdrag och det ska tydligt framgå vem som är kontaktperson för den enskilde och anhöriga.	Intervjuer

Bedömning

Utvecklingsledaren har kontrollerat via verksamhetssystem, fem olika dygn under 2025, hur många enskilda individer som loggat in i systemet där journalföring sker. Resultatet visar att i snitt endast 37 % av personalen varit inloggade, och det är främst nattpersonal som loggat in. Detta förklarar delvis de brister som identifierats i journalföringen.

Kontroll av kontaktmannaskap har genomförts via intervjuer med anhöriga, omvårdnadspersonal och enhetschefer. Samtliga grupper uppger att det finns brister inom området. Majoriteten av anhöriga säger att de inte blir kontaktade vid viktiga händelser (som ej berör HSL) och många vet inte heller vem som är utsedd kontaktperson.

Omvårdnadspersonal anger att det finns en tydlig rutin för kontaktmannaskap, men att denna i praktiken inte följs av många. De beskriver att hög personalrotation skapat utmaningar och att det kan vara svårt för mindre erfarna medarbetare att förstå och ta till sig vad kontaktmannaskapet innebär. Personalen uppger även att de ofta flyttas mellan avdelningar, vilket gör att den dagliga planeringen faller och att kontinuiteten i kontaktmannaskapet brister. Enhetscheferna bekräftar att det finns utvecklingsområden både i efterlevnaden av kontaktmannaskapet och i hur rutinen fungerar i praktiken. Frågan tas upp återkommande vid arbetsplatsträffar men förbättringar bedöms fortfarande vara nödvändiga.

Sammanfattning: Granskningen visar att både journalföring och kontaktmannaskap brister i verksamheten. Den låga inloggningsfrekvensen i verksamhetssystemet bidrar till otillräcklig journalföring och dokumentation. Kontaktmannaskapet följs inte systematiskt, vilket skapar osäkerhet för anhöriga och bristande kontinuitet för brukarna. För att höja kvaliteten krävs ökad följsamhet till rutiner, minskad personalrotation samt tydligare stöd från ledningen för att säkerställa att både journalföring och kontaktmannaskap fungerar enligt intentionerna.

Anhörigkontakt



Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Anhörigträffar	Intervjuer
Återkoppling till anhöriga	

Bedömning

Granskning av området anhörigkontakt har genomförts via intervjuer med anhöriga, omvårdnadspersonal och enhetschefer. Resultatet visar på brister inom området.

Under de senaste åren har inga anhörigträffar genomförts, vilket innebär att det saknas en strukturerad arena för dialog och delaktighet. Informationen till anhöriga sker inte på ett systematiskt sätt från verksamheten på övergripande nivå, utan sker främst ad hoc och i samband med specifika händelser.

Flera anhöriga uttrycker att de inte får återkoppling när de söker enhetschef och att kommunikationen i många fall brister. De upplever att de ofta får besked från omvårdnadspersonal först efter att något inträffat, men utan tydlig förklaring till varför det skett. Personalen uppges inte heller alltid kunna svara på anhörigas frågor, vilket skapar otrygghet och missnöje.

Sammanfattning: Granskningen visar att området anhörigkontakt har tydliga utvecklingsbehov. Verksamheten saknar strukturer för återkommande dialog med anhöriga och för systematisk informationsöverföring. Avsaknad av återkoppling från enhetschef samt brister i kommunikationen bidrar till att anhöriga upplever otrygghet och bristande delaktighet. För att stärka förtroendet och öka anhörigas delaktighet krävs en mer aktiv, systematisk och tillgänglig kommunikation mellan verksamheten, personalen och anhöriga.

Basal hygien

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Om personal följer den basal hygien	Intervjuer och observationer
Om brukaren får sin omvårdnad tillgodosedd	
Om enskilda lägenheterna är städade (<i>utifrån hygien</i>)	

Bedömning



Granskning av området basal hygien har genomförts genom observationer samt intervjuer med omvårdnadspersonal, anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal. Resultatet visar att området brister på flera punkter.

Vid observationerna noterades att privata kläder används i kombination med arbetskläder och i vissa fall långärmade plagg ovanpå arbetskläderna. Smycken på händer och armar har observerats hos personal. Hälso- och sjukvårdspersonal uppger i intervjuer att brister i följsamhet till hygienrutiner förekommer, även om situationen har förbättrats över tid. Det har också observerats att personal röker i arbetskläder. Detta innebär en tydlig avvikelse från gällande hygienrutiner. Vid omvårdnadssituationer observerades även att en dörr stod öppen in till vårdtagare, vilket inte är förenligt med den personliga integriteten.

Flertalet avvikelser har identifierats som rör omvårdnaden av brukarna. Vidare framkommer att anhöriga upplever att lägenheterna är smutsiga och osanitära, även om de allmänna utrymmena upplevs som välskötta. Vissa anhöriga uttrycker också att brukarna ibland bär smutsiga kläder, vilket förstärker intrycket av bristande hygien och omsorg.

Sammanfattning: Granskningen visar att verksamheten behöver arbeta mer systematiskt med att säkerställa korrekt klädanvändning, avlägsnande av smycken, rökfrihet i arbetskläder och respekt för vårdtagarnas integritet. Därutöver krävs förbättringar i städning, klädvård och uppföljning för att garantera en trygg och hygienisk miljö för brukarna samt för att stärka anhörigas förtroende för verksamheten.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Personcentrerade aktiviteter, den enskild	Intervjuer och observationer
Systematiska aktiviteter	
Tillgång till utevistelse	

Bedömning

Området aktiviteter har granskats genom observationer och intervjuer med anhöriga, omvårdnadspersonal, hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetschefer. Resultatet visar på brister.

Både anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal upplever att det ofta saknas aktiviteter i vardagen för de boende. Flera anhöriga uttrycker oro över att deras närstående sällan eller aldrig får möjlighet att komma ut på promenader. Omvårdnadspersonalen hänvisar till att brukarna erbjuds utevistelse när personalresurser finns tillgängliga, men att det ofta saknas personal för att hinna genomföra detta i praktiken.



Enhetschef och anhöriga ser en utmaning i att omvårdnadspersonalen delvis saknar kompetens kring vad som kan betraktas som en aktivitet och hur vardagliga sysslor kan användas för att skapa meningsfullhet för brukarna. Anhöriga upplever även att engagemanget hos personalen är bristande samt att ledningens närvaro och stöd för att höja engagemanget inte är tillräcklig. Detta påverkar i sin tur i vilken utsträckning aktiviteter faktiskt genomförs i det dagliga.

Det framgår inte tydligt i dokumentationen vilka personcentrerade aktiviteter som kan eller bör genomföras för den enskilde. Hälso- och sjukvårdspersonal uppger att det är svårt att följa om omvårdnadspersonalen utför aktiviteter via verksamhetssystemet, även när dessa lagts ut som arbetsuppgift. Ofta saknas information kring varför en planerad aktivitet inte blivit utförd, vilket gör uppföljning svårt.

Flera anhöriga beskriver att verksamheten snarare upplevs som "förvaring" där brukarna riskerar att bli ensamma och isolerade på sina rum.

Sammanfattning: Granskningen visar att verksamheten behöver utveckla sitt arbete med aktiviteter, både genom ökad kompetens och engagemang hos personalen, förbättrad dokumentation och uppföljning samt en tydligare ledningsnärvaro. Därtill krävs en bättre planering för att säkerställa att utevistelse och meningsfulla aktiviteter kan erbjudas samtliga brukare på regelbunden basis.

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utreds avvikelser inom utsatt/rimlig tid	Verksamhetssystem och intervjuer
Upprättas avvikelser korrekt	
Rapporteras avvikelser via verksamhetssystem	

Bedömning

Granskning av avvikelshantering har genomförts genom kontroller i verksamhetssystem samt via intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Resultatet visar på brister inom flera områden.

När det gäller utredning inom utsatt tid framkommer det brister. En bidragande orsak är det beroende som finns av samverkan mellan olika professioner, vilket kan göra att utredningar stannar upp. Frågan ses över kontinuerligt och det finns etablerade och systematiska träffar i verksamheten för att hantera detta. En annan utmaning är också att nattpersonalen inte deltar i dessa träffar då de sker dagtid och därför saknas ibland helhetsbilden.



När det gäller korrekt upprättande av avvikelser framkommer det att avvikelser ofta skrivs utan tydlig information om när, hur och vad som gjordes. Ibland registreras de även under fel område, exempelvis som SoL i stället för HSL eller KIA. Felaktigheter i registreringen leder till merarbete för samtliga inblandade och visar på bristande kompetens kring vad en avvikelse ska innehålla.

När det gäller rapportering av avvikelser via verksamhetssystemet framkommer att detta inte alltid sker. Under intervjuer beskriver omvårdnadspersonal att de ibland väljer att prata direkt med den berörda personen i stället för att skriva en avvikelse inom SoL. Detta leder till att avvikelser inte dokumenteras systematiskt och att risker för att ärenden ”faller mellan stolarna” ökar.

Sammanfattning: Granskningen visar att avvikelshanteringen i verksamheten brister i flera led. Utredningar fördröjs ofta, registreringen sker inte alltid korrekt och rapporteringen i verksamhetssystemet är otillräcklig. Detta innebär risker för bristande systematik, ökat merarbete och försämrad möjlighet till lärande av avvikelser. Förbättring kräver stärkt kompetens kring avvikelshantering, ökad följsamhet till rutiner samt lösningar som inkluderar även nattpersonal i den systematiska uppföljningen.

Utredning av synpunkter och klagomål

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Följs synpunkter och klagomål upp	Verksamhetssystem

Bedömning

Området synpunkter och klagomål har granskats och resultatet visar på brister i hanteringen.

Återkoppling till den som lämnat synpunkten eller klagomålet blir ibland fördröjd, vilket riskerar att skapa missnöje och bristande förtroende. Det saknas dessutom tydliga åtgärder för att kunna avsluta och stänga ärendet på ett systematiskt sätt.

Synpunkter och klagomål hanteras av enhetschefer, men granskningen visar att hanteringen skiljer sig åt mellan olika chefer. Det innebär att det saknas en enhetlig struktur och att kvaliteten i återkoppling och uppföljning varierar. Bristerna framträder främst inom en del av verksamheten.

Sammanfattning: Granskningen visar att arbetet med synpunkter och klagomål behöver förbättras. Bristerna gäller framför allt fördröjd återkoppling, avsaknad av tydliga åtgärder för att avsluta ärenden samt skillnader i hur enhetschefer hanterar ärenden. För att skapa förtroende och säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete krävs tydligare struktur för dokumentation, återkoppling och uppföljning av synpunkter och klagomål.



Bedömning där verksamheten inte brister

Måltidssituationer

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Mat och måltider	Intervjuer och observationer
Samarbete med måltidsenheten	

Bedömning

Området måltidssituationer har granskats genom intervjuer med anhöriga, enhetschefer och personal samt observationer vid mellanmål. Resultatet visar att området i huvudsak fungerar väl och att det inte föreligger några brister.

Även om det finns vissa synpunkter på maten som serveras upplever majoriteten av anhöriga att deras närstående tycker maten smakar bra. Personalen uppger att det finns tydliga rutiner för hur måltidssituationerna ska genomföras och vad som ska erbjudas, vilket också bekräftades vid observationerna.

Några enhetschefer lyfter att det fortfarande finns utrymme till förbättring, framför allt genom att säkerställa att personal arbetar mer likartat vid mat och måltider. Detta bedöms kunna höja kvaliteten ytterligare och bidra till att måltidssituationerna blir en än mer positiv stund med möjlighet till guldkant för de boende.

Gällande samarbetet med måltidsenheten så upplevs detta vara välfungerande.

Sammanfattning: Granskningen visar att måltidssituationerna fungerar väl och att det finns fungerande rutiner, uppskattad mat och trevliga stunder. Området bedöms därför inte brista. Det utvecklingsområde som finns handlar främst om att skapa en ökad enhetlighet i arbetssättet för att ytterligare förhöja måltidsupplevelsen för de boende.

Övrigt – Viktiga observationer

Utöver de specifika områden som granskats har följande observationer och uppgifter från intervjuer framkommit:

När det gäller engagemang lyfts att det finns många eldsjälar i verksamheten. Samtidigt tar ett arbete med att skapa engagemang tid och kräver hög ledningsnärvaro. Engagemang är något som byggs tillsammans och skapar inte bara mervärde för kollegor, utan också för de boende.



En annan utmaning som framkommit är att verksamheten inte äger sin bemanning eller sina vikarier fullt ut. Även om bemanningen numera utgår från huset upplevs det problematiskt när brister sker av vikarier och i bemanningsförfarandet. Rekommendationen är att verksamheten själv får äga sina resurser för att skapa en helhetssyn och gemenskap. Idag ligger dessa under en separat organisation, vilket enligt enhetscheferna bidrar till vissa svårigheter kring ett helhetsperspektiv och medför merarbete när bemanningen inte fungerar som planerat.

Rotationen av personal framkommer som en annan utmaning. Samplanering är nödvändig för att verksamheten ska fungera, men sker i så stor omfattning att det kan innebära risk för bristande patientsäkerhet, särskilt inom demensvården där kontinuitet är avgörande. Här finns också en tydlig koppling till rätten till heltid, då det kräver god framförhållning och planering av timmarna i verksamheten. Detta innebär att balansen mellan heltidstjänster, samplanering och kontinuitet behöver ses över. En rekommendation är därför att behålla samplaneringen men begränsa den till delar av huset, för att ge personal möjlighet att bygga teamkänsla, utveckla sitt engagemang och arbeta mer långsiktigt med kontaktmannaskap.

För att möta framtida behov behöver verksamheten även säkerställa sin attraktionskraft som arbetsgivare, då kompetensförsörjningen är en känd utmaning. I Askersunds kommun är denna fråga särskilt aktuell eftersom kommunen, likt många mindre kommuner, har en hög andel äldre invånare och en begränsad arbetsmarknad att rekrytera ifrån. Detta innebär en hård konkurrens om undersköterskor, sjuksköterskor och annan vårdpersonal – inte minst i relation till större kommuner och regionen. För att långsiktigt trygga kompetensförsörjningen behöver Askersunds kommun därför:

- Fortsätta arbeta strategiskt med att profilera sig som en attraktiv arbetsgivare och erbjuda utvecklingsmöjligheter, exempelvis genom vidareutbildning, handledning.
- Fortsätta med stärkta samarbeten med skolor, yrkesutbildningar och universitet för att underlätta rekrytering och praktikplatser.
- Säkerställa god introduktion och språkstöd för medarbetare med svenska som andraspråk.
- Undersöka möjligheter till ökad flexibilitet i tjänstgöring, för att kunna möta både personalens behov och verksamhetens krav.

En annan utmaning är språket. Många medarbetare har svenska som andraspråk, och det upplevs ibland otydligt om information nått fram eller om budskapet förstås. Detta skapar osäkerhet och orolighet både hos kollegor och för anhöriga. En rekommendation här skulle vara att använda sig av språkstest innan anställning.

När det gäller bemötande finns varierade upplevelser. Vissa anhöriga upplever att personal ofta sitter tillsammans eller använder mobiltelefoner istället för att umgås med brukarna. Detta pekar på behov av ett nära ledarskap på avdelningarna, där personal får stöd i att använda tiden mellan praktiska moment på ett sätt som stimulerar både dem själva och de boende.

Allvarliga uppgifter har även framkommit kring stölder, blåmärken och andra incidenter där avvikelser inte upprättats. När anhörig haft dialog med personal framkommer ofta att de inte vet hur situationerna uppstått och att dokumentation saknas. Detta bedöms som ett prioriterat område då det direkt rör de boendes trygghet, säkerhet och rättssäkerhet.



Alla händelser av denna karaktär behöver systematiskt hanteras som avvikelser. Att upprätta en avvikelse är avgörande eftersom det skapar en tydlig dokumentation och gör det möjligt att analysera händelsen, förstå orsakerna och vidta konkreta åtgärder. Varje avvikelse blir på så sätt inte bara en enskild händelse, utan en del av ett större lärande som kan förebygga liknande situationer i framtiden.

Att inte dokumentera avvikelser innebär flera risker:

- **Brist på åtgärder:** Utan avvikelse finns ingen säkerställd plan för hur händelsen ska följas upp, vilket riskerar att samma problem upprepas.
- **Patientsäkerhet:** Särskilt inom vård och omsorg kan brist på dokumentation leda till direkt fara för de boendes hälsa och trygghet.
- **Rättssäkerhet:** De boende och deras anhöriga har rätt till transparens och möjlighet att följa hur incidenter hanteras. Avvikelser utgör ett skydd för både boende och personal.
- **Systematiskt förbättringsarbete:** Avvikelsedata används för att identifiera mönster, sätta in förebyggande insatser och höja kvaliteten i verksamheten.

För att säkerställa trygghet och förtroende är det därför centralt att varje misstanke om stöld, varje oförklarligt blåmärke eller annan avvikande händelse alltid dokumenteras och följs upp enligt gällande rutiner. På så vis blir det tydligt vilka åtgärder som vidtagits, vilket stärker både verksamhetens kvalitet och tilliten från de boende och deras anhöriga.

Sammanfattning

Granskningen visar att verksamheten har stora styrkor i form av engagerade medarbetare, men också betydande utmaningar som kräver åtgärd. Bemanning, rotation, rätten till heltid i relation till samplanering, kompetensförsörjning kopplad till Askersunds kommuns särskilda utmaningar, språksvårigheter, bemötande och brister i dokumentation av allvarliga händelser är områden som behöver hanteras skyndsamt. För att möta dessa utmaningar krävs ett nära ledarskap, tydligare ansvarsfördelning kring bemanning och ett systematiskt arbete för att säkerställa både patientsäkerhet och brukarnas trygghet.

Bilagor:

Sammanställning av intervjuer

Intervjufrågor



Sofie Norén
Utvecklingsled
are
Socialförvaltningen
Askersunds kommun