



ANEBY  
KOMMUN

# **Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen**

---

Sociala avdelningen  
Halvår 2 2023

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>God kvalitet- och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet..4</b>	<b>4</b>
Lagkrav .....	4
Verksamhetens egna krav .....	4
Medborgare, brukare och kunder .....	4
Ekonomi.....	5
Medarbetare.....	5
Utveckling .....	5
Samhälle.....	5
Brukaren, den enskildes krav/förväntningar .....	5
<b>Kommunens kvalitetsarbete.....</b>	<b>5</b>
<b>Sociala avdelningens ledningssystem .....</b>	<b>5</b>
<b>Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop.....</b>	<b>6</b>
<b>Sociala avdelningens organisation.....</b>	<b>6</b>
<b>Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.....</b>	<b>6</b>
<b>Dokumentation av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>7</b>
<b>Ledningssystemets delar och resultat.....</b>	<b>8</b>
Verksamhetens grunduppdrag utifrån styrande lagar, mål och krav.....	8
Processer och rutiner .....	9
Vård och omsorg- Sociala avdelningen Aneby.....	9
Processer och rutiner i samverkan/samarbete .....	10
Riskanalyser.....	13
Avvikelser .....	13
Egenkontroller och jämförelser med andra.....	15
Personal och kompetens.....	20
Verksamhetsuppföljning och verksamhetsplan.....	21
Förslag på vidare utvecklingsarbeten .....	21

## Bilagor

*Bilaga 1: Rapport händelseråd för 2023 (002)*

# Sammanfattning

Under 2023 har den utvecklade ledningsorganisationen inom Sociala avdelningen börjat ta form och ordinarie chefer har kommit på plats i verksamheterna vilket har stor betydelse för att ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska fungera. Under 2023 har verksamheterna haft fortsatt stora utmaningar gällande bemanning och rekrytering och ett stort arbete har skett gällande anpassningar till kravet på 11h dygnsvila. Ett arbete med plan för kompetensförsörjning har också startats för att få en hållbar och en attraktiv arbetsgivare som skapar förutsättningar för en hälsofrämjande arbetsplats och en vidare utveckling av nya arbetssätt som behövs för att möta våra utmaningar.

Under 2023 har en ny strategisk plan också antagits och det har formats nya verksamhetsplaner/styrkort, med stort fokus är att jobba vidare med utvecklingen av nära vård. Utvecklingen sker i stor samverkan med region, primärvård och andra aktörer, och med fokus på individen/Esther i centrum.

Verksamheten har under 2023 följts upp genom olika egenkontroller såsom användning av kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering och brukarenkäter med mera. Verksamhetens medarbetare har bidragit till underlag för ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att 2023 rapportera avvikelser i ”DF Respons”, 638 avvikelse inom HSL och 147 avvikelse inom SOL, 374 fallavvikelse och 245 inom läkemedel. 3 avvikelser har skickats till Aneby vårdcentral.

Resultat har legat till grund för analys och framtagande av prioriterade förbättringsområden.

Uppdatering och utveckling av processer och rutiner har inte kunnat ske i fullt önskad grad utan är ett viktigt vidare arbete. Under 2023 har vi startat upp ett arbete gällande lagringsytor för våra styrande dokument utifrån arbetet med kontinuitetsplanering för att också kunna förhålla oss till det aktuella säkerhetsläge som råder.

Huvuddelen av verksamhetens brukare och patienter har under 2023 fått en trygg och säker vård och omsorg men det finns flera områden som är i behov av vidare utveckling för att ytterligare stärka kvalitet- och patientsäkerhet. Vidare ledning och utveckling behövs för att stärka såväl struktur som kultur för att bidra till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Under 2024 sker ett vidare arbete med nya verksamhetsuppföljningar gällande insatskvalité, arbetsmiljö och ekonomi. Vi behöver också öka brukarmedverkan i arbetet med ständiga förbättringar och en innovativ utveckling av sociala avdelningens verksamheter.

# God kvalitet- och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamhet

Kravet på god kvalitet framgår av lagar och föreskrifter som styr Sociala avdelningens verksamheter. I SOSFS 2011:9 definieras kvalitetsbegreppet som, i vilken grad uppsatta krav och mål uppfylls.

Generellt kan kvalitet uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse eller mellan mål och utfall. Det innebär att sociala avdelningens mål och tjänster som verksamheten erbjuder måste vara tydliga.

De som kommer i kontakt med verksamheterna inom Social avdelningen bedömer kvaliteten i förhållande till vad han eller hon förväntat sig.

I författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår att kvalitet kan ses utifrån tre perspektiv:

- Lagen
- Verksamheten
- Brukaren/den enskilde

## Lagkrav

Att uppfylla lagarnas olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den enskilde.

**Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap 3 §** står att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

**Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 6§** innehåller motsvarande bestämmelser som i socialtjänstlagen. Kraven på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten. Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser.

**Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 kap 2a§** står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av särskilt god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd **SOSFS 2011:9** om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

## Verksamhetens egna krav

Utöver styrande lagar och krav ställs också krav på kvalitet utifrån verksamhetens styrning och ledning med mål och strategier i relation till det balanserad styrkortet i Aneby kommun.

## Medborgare, brukare och kunder

---

### Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska ge alla brukare, inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, tjänster av god kvalitet

---

## Ekonomi

---

### Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska bedriva en kostnadseffektiv verksamhet

---

## Medarbetare

---

### Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska vara en attraktiv arbetsgivare och arbetsplats

---

## Utveckling

---

### Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och jobba tillsammans med dagens och morgondagens användare för innovativa lösningar och ständiga förbättringar

---

## Samhälle

---

### Avdelningens mål

Sociala avdelningen ska bedriva arbete som stödjer en hög livskvalitet, självständighet och en hållbar tillväxt

---

## Brukaren, den enskildes krav/förväntningar

Den enskilde har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet med mera är viktigt i detta perspektiv. I brukarperspektivet finns även verksamheternas arbete med att systematiskt och löpande följa upp resultaten av olika insatser på både individ- och gruppnivå.

# Kommunens kvalitetsarbete

Sociala avdelningens ledningssystem är en del av Aneby kommuns övergripande styrmodell. Styrmodell påverkas och styrs av bland annat från följande:

- Gällande lagar, föreskrifter och nationella riktlinjer
- Kommunfullmäktiges mål
- Kommuns strategiska plan
- Avdelningens lönomodell
- Avdelningens mål och verksamhetsplan

# Sociala avdelningens ledningssystem

Sociala avdelningens ledningssystem ska ses som en konkretisering av kommunens styrmodell. Här tydliggörs hur sociala avdelningen leder och styr mot god kvalitet och säkerhet i sina verksamheter.

Centrala utgångspunkter för att leda och styra är:

- Kvalitet skapas i mötet mellan medarbetaren och brukaren.
- Duktiga medarbetare ger bättre kvalitet.
- Vi är en lärande organisation – skapar och använder kunskap från det dagliga arbetet.
- Verksamhetsutveckling och förbättringar sker i verksamheterna så nära brukarna som möjligt.

- Kvalitetsarbetet är uthålligt och systematiskt vilket förutsätter analys, planering och dokumentation.
- Ledning- och styrning kännetecknas av ett nerifrån och upp perspektiv.

## Kvalitetsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning hänger ihop

Kvalitetsstyrningen är verksamheternas styrning och dess huvudfråga är att svara på hur det går för verksamheterna. Utför vi insatser med god kvalitet och säkerhet eller finns det brister? Ska något förbättras eller återställas?

Målstyrningen är politikens styrning av verksamheterna och handlar om att skapa mål och ge inriktning till verksamheterna utifrån given budgetram och kvalitetsstyrningens analys. Utifrån målstyrningen ska avdelningen upprätta en verksamhetsplan och uppföljningen görs i samband med ekonomistyrningens delårs- och helårsbokslut.

Målstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning hänger alltså ihop och tillsammans kan man prata om planering, uppföljning och utveckling av våra verksamheter.

## Sociala avdelningens organisation

Ledningssystemet för kvalitetsarbete gäller för alla sociala avdelningens verksamheter i Aneby Kommun.

Sociala avdelningen är en tydlig tjänsteproducerande kunskapsorganisation. Kunskapen finns hos verksamheternas chefer och medarbetare. Att utveckla kvalitet och patientsäkerhet inom verksamheterna förutsätter därför lärande. Både organisationen och de enskilda cheferna och medarbetarna måste lära sig av det dagliga arbete och använda nya kunskaper som inhämtas vid utbildningar och kurser. Att vara en tydlig och medveten lärande organisation är därför grundläggande i ledningssystemet.

Vi skapar lärandemiljön tillsammans. Konkret innebär det bland annat att vi jobbar med att:

- Ledningen är stödjande och uppmuntrar utveckling
- Medarbetare är aktiva, flexibla och problemlösande
- Brukares behov är i fokus och den enskildes egna erfarenheter tas tillvara
- APT, veckomöten, ”Hållplatser för lärande”, seminarier, bokcirklar, handledning etc. är tillfällen för reflektion och ett ständigt lärande

## Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet

### Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen är vårdgivare med ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

### Socialchef

Inom ramen för ledningssystemet ansvarar socialchefen för att det tas fram, fastställs och

dokumenteras rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. I ansvaret ingår att tillse att författningar och andra regler är kända och följs samt att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårdsverksamheten och att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs i verksamheten. MAS gör även anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I samverkan med socialchef utreda och rapportera Lex Sarah.

#### Enhetschef för hälso- och sjukvården

Enhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar för att tillgodose hög patientsäkerhet och god vård-kvalitet. Att mål formuleras samt att uppföljning och analys av verksamheten sker så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Enhetschefen ansvarar också för att det finns rutiner.

#### Enhetschef verksamhet SOL och LSS

Enhetschefen ansvarar för att fastställda rutiner och att riktlinjer är väl kända och följs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

#### Kvalitetsutvecklare och andra stödfunktioner

Stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet och omvärldsbevakning. Sammanställa aktuella rutiner, processer och göra dessa lättillgängliga för verksamheten och även delvis tillgängliga för andra kommuninvånare och brukare. Sammanställa statistik, resultat och underlag för egenkontroller samt inrapportering till nationella register.

Förvaltningssekreteraren ansvarar för att revidera socialförvaltningens delegationsordning och diarieför inkomna och upprättade handlingar,

IT-samordnare ansvarar för utveckling av verksamhetssystem så att det följer gällande lagstiftning och stödjer förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

#### Personligt yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen inkl. omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ansvarar för att det arbete som utförs genomförs med god kvalitet inom ramen för verksamhetens ledningssystem samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

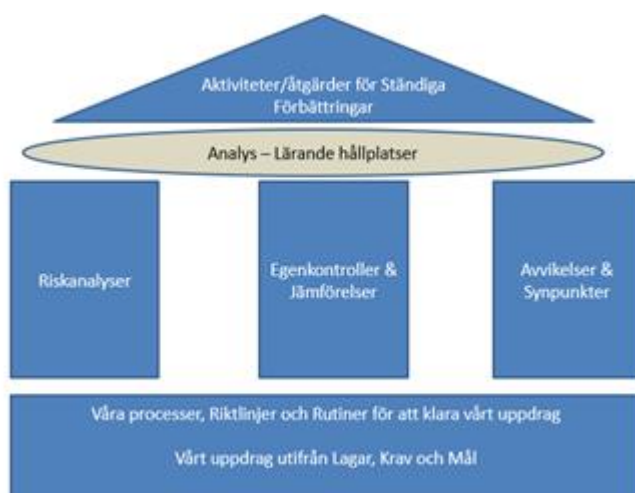
## Dokumentation av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Systematiskt kvalitetsarbete förutsätter att dokumentation sker löpande och systematiskt. Dokumentation av sociala avdelningens kvalitetsarbete sker dels via minnesanteckningar på APT för varje enskild arbetsplats, via enheternas regelbundna uppföljningarna i Stratsys, dokument via intranätet och via denna årliga sammanhållande kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Under 2023 har en ny modul i Stratsys utvecklats för att stödja avdelningens systematiska arbete med uppföljning och utveckling. Systemstödet ger oss möjligheten att mer enhetligt samla dokumentationen över uppföljningar och utveckling över tid, och ger oss mer tid för utvärdering, analys och utveckling av verksamhetens resultat.

## Ledningssystemets delar och resultat

Ledningssystemets olika delar ska tillsammans bidra till att verksamheterna utvecklar och bedriver sin verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet.



För att stödja det systematiska kvalitetsarbetet och uppmuntra till kontinuerlig reflektion och lärande har sociala avdelningen också ett årshjul med Lärande hållplatser. Ansvarig chef tillsammans med medarbetare kan vid varje hållplats lägga fokus på ett samlat lärande och analys/reflektion kring ett specifikt urval av kvalitetsarbetets delar.

### Verksamhetens grunduppdrag utifrån styrande lagar, mål och krav

Inom Sociala avdelningen finns modellen LOKE, (Lokal Evidens) som stöd för enheterna att upprätta verksamhetsbeskrivningar på sitt grunduppdrag. Här beskrivs syftet med varje enskild verksamhet, styrande lagar, mål och krav, tillgängliga resurser, aktuella insatser och en plan för uppföljning. Under 2023 har verksamheterna i varierande grad klarat av att uppdatera sina verksamhetsbeskrivningar med anledning av, andra nödvändiga prioriteringar på grund av framförallt bemanningsläget. Under 2024 kommer beskrivningen av grunduppdraget också inkluderas i den nya modulen i Stratsys för uppföljning och utveckling.

Under 2023 har ledningsgruppen för sociala avdelningen, jobbat vidare med att utveckla verksamhetsplaner med avdelningsspecifika strategier utifrån de övergripande målsättningarna i den nya strategiska planen. Strategierna anger en riktning för vad som är viktigt att verksamheterna jobbar med för att nå de övergripande målen.

Under 2023 har flera olika insatser genomförts som förberedelser för att möta framtidens vård och omsorg med inriktning på "Nära vård". Inriktningen på "Nära vård" är att arbetet går från fokus på organisation, reaktivitet, fragmentisering och passiv mottagare till att öka det proaktiva och förebyggande arbetet, det sammanhängande, det relationsskapande och ett aktiva medskapande. "Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård". En god och en nära vård som utgår från individuella förutsättningar och behov och bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit. Under 2023 har arbetet med mötesplatsen på Trygghetsboendet Druvan utvecklats vidare och det är stor samverkan med flera ideella olika aktörer som anordnar olika aktiviteter varje vecka.



Som beskrivits i årsredovisningen har de förstärkta kraven på en individanpassad daglig verksamhet gjort att den verksamheten 2023 har fått utökade lokaler och en möjlighet till mer individanpassade aktiviteter. Arbetsmodellen DMO(Delaktighetsmodellen) har också används som utveckling inom funktionshinderomsorgen 2023. Modellen används i dag i 134 kommuner i Sverige. Syftet med arbetsmodellen, är att möjliggöra ökad delaktighet och självbestämmande över sitt eget liv. Ett arbete har gjorts 2023, där brukarna har fått vara mer delaktiga i planeringen av måltider och inköp av varor.

## Processer och rutiner

Genom att synliggöra processer, fastställa rutiner och arbeta med avvikelser kan verksamheten förflytta brister i verksamheten från ett individperspektiv till ett systemperspektiv.

De processer, rutiner och andra dokument som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet finns tillgängliga att söka framför alla medarbetare via kommunens Intranät- ”Skvalpet”. Under 2023 har ett omtag påbörjats gällande vår beslutade dokument då fler olika rutiner behöver ses över i relation till bland annat allt större fokus på säkerhet och kontinuitetsplanering.

I samlingen av våra beslutade dokument finns också material för processkartläggning och mallar för rutiner.

### Vård och omsorg- Sociala avdelningen Aneby

Delprocesser	Beskrivning
Initiera	Aktivitet som startar den individanpassade processen genom att en vård- och omsorgstagare kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.
Utreda	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal startar och genomför en utredning.
Avgöra-besluta	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal avgör/beslutar vilka åtgärder eller insatser som är lämpliga att genomföra för att förändra individens tillstånd och uppnå ett måltillstånd.
Genomföra	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal planerar och genomför åtgärder/insatser för att lagar, krav och mål ska kunna uppnås utifrån kvalitét och patientsäkerhet.
Följa upp	Aktiviteter som gäller uppföljning av kvalitét- och patientsäkerhet utifrån de processer och rutiner som fastställts för att lagar, krav och mål ska kunna uppnås.

Under 2023 har en del rutiner uppdaterats och några nya har kommit till. Fortsatt arbete med att vaccinera mot Covid-19 och säsongsinfluensa i olika åldersgrupper har pågått, både under våren 2023 och hösten 2023. Provtagning för vissa grupper har tagits bort under året, men man fortsätter att provta vissa grupper inom SÄBO och vissa andra sköra grupper över 65 år. Smittskydd- och vårdhygienär ett stort stöd i att ta fram och uppdatera riktlinjer och rutiner gällande provtagning och vaccinationer. Fortsatt provtagning av Covid-19, RS virus och influensa, görs på SÄBO och man har också tagit bort provtagning av brukare i hemtjänsten.

Aneby kommun har följt riktlinjer och rutiner gällande vaccinationer, covid-19 och säsongsinfluensa, för att skydda de mest svaga och sköra äldre i kommunal verksamhet. Aneby har haft inne två extra sjuksköterskor som har hjälpt till att vaccinera.

Vaccinationstäckningen i Jönköpings region ligger högt i jämförelse med övriga regioner i landet.

Uppdatering av rutiner som utvecklats övergripande för sociala avdelningens verksamheter under 2023 är b.l.a

- Uppdatering för läkemedelshantering gällande narkotika/smärtplåster.
- Uppdatering för signeringslista i palliativvårdsväskor/box
- Läkemedels väskor för palliativ vård har köpts in för en mer säker hantering,
- Övergripande rutin för delegering i Aneby kommun
- Rutin för rengöring av hjälpmedel
- Rutin för egenvård, ny gemensam blankett för hela regionen.
- Rutin för samverkan med vårdcentral gällande fallavvikelse som inkommer till hemtjänst där brukaren inte är inskriven i hemsjukvård.
- Rutin/process för trygg hemma beslut och korttidsvistelse, ej helt fastställd.

## Processer och rutiner i samverkan/samarbete

Att säkerställa processer och rutiner för samverkan finns, samt att de är väl kända och använda i det dagliga arbetet har hög prioritet i kvalitetsarbetet. Patienter/brukare har många gånger komplexa behov som kräver samverkan som kräver samverkan både internt och externt.

### Samverkan med brukare/den enskilde och närstående

Brukare/den enskilda och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och eller patientsäkerhetsarbetet. Samverkan är viktig för att förebygga risk för missförhållanden och eller risk för vårdskador.

Brukare/den enskilde och i förekommande fall närstående/företrädare ska vara med i att upprätta gemförande planer och vårdplaner utifrån individens behov:

- medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- informeras vid utredning av missförhållanden/vårdskador
- informeras om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- informera om när nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister.

Det finns i nuläget ingen systematisk uppföljning som visar på i vilken omfattning som ovanstående sker i verksamheterna, mer än utifrån frågeställningar kring delaktighet i våra olika brukarundersökningar.

### Samverkan mellan verksamheter

Många olika processer kan identifieras där samverkan behövs för att förebygga att den enskilde riskerar att drabbas av en vårdskada. Samverkan sker internt och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras bland annat i diverse samverkansdokument, avtal och deltagande i olika lokala samt regionala nätverk.

Här följer några exempel på samverkansformer:

- Medverkan på Estherforum och Esthercafé´ ger tydlighet i ansvarsfrågor och samverkan inom länet
- Samverkan i ”Händelseråd” MAS-ar höglandet och Chefsjuksköterska Höglands sjukhuset, analys av avvikelse i samverkan, samt ett forum för samverkan med olika verksamheter inom regionen. Bjuder in olika verksamheter till händelserådet höglandet.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och

- habilitering.
- Samverkan med länets hjälpmedelscentral.
- Samverkan med Aneby vårdcentral.
- Veckostyrningsmöte via teams med höglandets medicinska ansvariga. sjuksköterskor, chefsjuksköterska höglandssjukhuset smittskydd och vårdhygien i regionen en gång i veckan, en uppdatering hur det ser ut på sjukhuset sam läget i ute i höglandskommunerna. Utskrivningsprocessen u Cosmic Link.
- Efterföljelse av regelverk för samordnad vårdplan, (SVPL) och samordnad individuell plan, (SIP).
- Avtal med Folktandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och regionens apotekare.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t ex länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Samverkan med Regionens enhet för Smittskydd/vårdhygien.
- Deltagande i demensteam i samverkan med höglandskommunerna och regionen.
- Deltagande och användande av Kommunal utvecklings tjänster
- Samverkan och överenskommelse med Arbetsförmedling och Försäkringskassa
- Öppenvård och Familjecentralen
- Boendestöd och hemtjänst

### **Samordnad vårdplanering**

En revidering av utskrivningsprocessen(SVPL) har skett under året 2023, i samverkan med regionen och kommunerna i länet och kommer nu att heta SIP 2024 - Samordnad process vid utskrivning hälso- sjukvård.

Kommunen har under året inte haft några betal dagar mot Regionen utan har klarat av att välkomna den enskilde hem då denne varit klar för utskrivning.

Under 2021 reviderades underlaget för samverkansavtalet med vårdcentralerna i regionen. Detta innebar att ett nytt avtal med vårdcentralen i Aneby upprättades 2022. Under första kvartalet 2023 genomfördes uppföljning enligt checklistan i avtalet och skickades in till kommunal utveckling i regionen. Uppföljning och revidering av avtalet för Aneby kommun och vårdcentralen kommer att ske under februari månad 2024.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador och missförhållanden**

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att förebygga risk för missförhållanden i verksamheterna. Avvikelsesystemet ligger till grund för att dra lärdom av inträffade brister och finna säkrare och effektivare sätt att undvika dessa i framtiden. Avvikelser som sker tas upp på olika nivåer av samverkan till exempel teamträffar och arbetsplatsträffar.

Samverkan mellan MAS/MAR, ledning och verksamheterna är en viktig del av det förebyggande arbetet. I samverkan säkerställs dels viktig informationsöverföring, dels att nödvändiga rutiner och instruktioner tas fram för att undvika missförhållanden.

Utöver detta finns ett antal externa samverkans forum som delvis har till uppdrag att förebygga missförhållanden.

### **Uppsökande tandvård i Aneby kommun**

Brukare på särskilda boenden samt inom funktionshinder omsorgen, får årligen erbjudande om munhälsobedömning och resultatet sammanställs.

126 antal patienter som har varit berättigade till en munhälsobedömning inom Aneby kommun, patienter som är uppsökta 91(93,8%) och patienter som tackat nej är 27. De

flesta individer som önskat få munhälsobedömningar även fått den utförd, 94%. Av de munhälsobedömningar har 53% god munhälsa och 41 patienter önskar vidare behandling till tandvården

6467 patienter i hela länet är berättigade till munhälsobedömningar, patienter som är uppsökta under 2023 är 3742( 91,90%), och 2012 patienter som tackat nej till en bedömning.

### **Samverkan och förebyggande preventiva insatser**

Kommuner och Regionen i Jönköpings län satsar gemensamt på att utveckla hälsocenter tillsammans med civilsamhälle och föreningsliv. Hälsocenter är en lokal samverkansmodell för kommuner, vårdcentraler och ideell sektor.

Hälsocenter ska vara ett väl känt preventivt arbete där kommunens invånare kan få stöd att förändra sina levnadsvanor för en bättre, eller bibehållen hälsa. Hälsocenter ska stödja och skapa goda förutsättningar för en långsiktig och hållbar hälsosam och aktiv livsstil för invånare i kommunen.

Nuvarande hälsocoach i Aneby tillträdde 14 aug 2023. Det gjordes en överlämning av deltagare från föregående hälsocoach på 11st deltagare. Några av dessa deltagare fortsatte under hösten på Hälsocenter, medan andra avslutades då deras tid på hälsocenter var slut. Totalt har Aneby Hälsocenter jobbat med 22st deltagare under 2023.

Hälsocenter ligger idag under Kultur- och fritid inte sociala avdelningen.

### **Infektioner förvärvade på särskilt boende.**

9 av 13 kommuner har månadsvis utfört registrering av riskfaktorer och infektioner förvärvad på särskild boende under 2023. I länet ses i genomsnitt 25 riskfaktorer per 100 vårdtagare, vilket är i nivå med de senaste åren. Den vanligaste typen av riskfaktor är någon form av sår, d.v.s. trycksår och andra sår. Den vanligaste *enskilda* riskfaktorn i länet är urinkateter och så har det varit sedan mätningarna startade 2017. Elva procent av vårdtagarna i länet har urinkateter. Siffran har varit oförändrad under alla år (10%), men i år ses en ökning om än liten.

För att kunna följa förekomsten av infektioner uppkomna på särskilt boende uppmanas varje kommun att rapportera fall av antibiotikakrävande infektioner och spridningsbenägna virusinfektioner. Som ett övergripande mått presenteras antal infektioner per 100 vårdtagare och i årets mätning ligger genomsnittet i länet på 9 infektioner per 100 vårdtagare per år, vilket är något färre i jämförelse med föregående år, men något fler än åren dess för innan. Infektioner förvärvade på särskilt boende i länet domineras av urinvägsinfektion hos icke kateterbärare (24 %) samt covid- 19 (23 %), följt av urinvägsinfektion hos kateterbärare (11 %), pneumoni (11 %), sårinfektion (8 %) och annan hud- och mjukdelsinfektion (8%). Om man enbart ser till antibiotikabehandlade infektioner så ses urinvägsinfektion som den vanligaste infektionstypen 35 %, följt av hud- och mjukdelsinfektioner 16 %, (varav sårinfektioner 8 % och annan hud- och mjukdelsinfektion 8 %) och pneumoni 11 %. Resultaten är i princip oförändrade jämfört med föregående år.

Urinvägsinfektion hos icke kateterbärare är den infektion som registrerats flest gånger i flest kommuner och är nu åter igen vanligare än utbrottsbenägna virusinfektioner. Av icke kateterbärare på särskilt boende i länet behandlas drygt 2 % för en urinvägsinfektion. Av kateterbärare på särskilt boende i länet behandlades 9 % för urinvägsinfektion under 2023.

Aneby hade totalt 792 inkluderade vårdtagare under 2023 och 20 riskfaktorer per 100 vårdtagare, och 5 infektioner per 100 vårdtagare, som i jämförelse med länet som ligger i genomsnitt på 9 infektioner per 100 vårdtagare.

## Samverkan Kontinuitetsplanering - länsstyrelsen

Som beskrivits i årsredovisningen för Sociala avdelningen så har 2023 också inneburit, högre krav på kontinuitetsplanering som inneburit ett stort arbete med att förbereda verksamheterna för att klara en god nivå av kvalitet och patientsäkerhet trots vissa krisscenario. Inom Jönköpings län är KHOSS, ett stöd till kommunerna i deras arbete med den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och civilt försvar. Det är 6 prioriterade områden som socialstyrelsen och länsstyrelsen har lyft fram i sin kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänstens beredskap:

- samverkan och ledning
- planeringsförutsättningar
- utbildning och övning
- upphandling och samverkan med privata aktörer
- målgruppsanpassad kommunikation
- att upprätta ordinarie verksamhet ordinarie verksamhet vid avbrott och störning.

Kontinuitetsplanering fortsätter under 2024.

## Riskanalyser

Systematiska riskanalyser med utgångspunkt från verksamheternas huvudprocesser ska göras årligen samt vid väsentliga förändringar i verksamheten. Syftet är att identifiera risker för avvikelser och negativa händelser utifrån brukarperspektivet.

Instruktioner och mallar som stöd för att upprätta riskanalyser finns tillgängliga via vårt intranät Skvalpet.

Under 2023 har riskanalyser fortsatt gjorts vid förändrade arbetssätt i verksamheterna, för att skapa en fortsatt god och hållbar insatskvalitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. Riskanalyserna dokumenteras och sparas i nuläget ute i verksamheterna av varje ansvarig chef men den nya modulen i Stratsys ger oss nu möjligheter att dokumentera och samla genomförda riskanalyser och eventuella åtgärder, i systemet från och med 2024.

## Avvikelse

När en avvikelse eller risk för missförhållande inträffar är det viktigt att åtgärda och avhjälpa det som har blivit fel så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell huvudprocess. Alla verksamheter informerar årligen personalen om sin rapporteringsskyldighet.

Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är också skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för vårdskada. Verksamheten är enligt lag skyldig att rapportera de allvariga avvikelserna till IVO.

Från och med 2020-10-01 har Sociala avdelningen infört nytt avvikelssystem ”DF Respons”. I samband med detta införande har rutin för uppföljning och utredning av avvikelser förändrats och ligger nu mer systematiskt nära verksamheten.

Avvikelse rapportering sker enligt sociala avdelningens rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador och missförhållanden följs upp via samtal med patient, anhöriga, chef och berörd personal. Allvariga missförhållanden och vårdskador rapporteras enligt lex Sarah och lex Maria till IVO.

MAS ansvarar för att övergripande analysera och sammanställa inkomna avvikelser samt visa på förbättringsområden av kvalitet och säkerhet. Inkomna avvikelser utreds, åtgärdas,

hanteras och ska följas upp på enhetsnivå. Sammanställning på årsbasis sker till ansvarig nämnd i samband med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

En avvikelserapport ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för brukare/den enskilde på grund av brister i verksamheten.

Sammanlagt under året 2023 har 800 interna avvikelser registrerats i ”DF Respons” varav 374 fallolyckor som är en minskning jämfört med 2022 då det rapporterades in 398 fallavvikelser. Fallavvikelser ska utredas och förebyggande åtgärder ska planeras i samband med teamträffar som verksamheterna har 1 gång/vecka. Under 2023 har 193 fall inträffat på SÄBO, en minskning med 21 fall avvikelse, 181 fall inom ordinärt boende vilket är en ökning med 15 fallavvikelse 4 fall som registrerats inom Funktionshinder omsorgen.

## **Appva**

Digital signering för ordinerade läkemedel-och rehabiliteringsinsatser sker i Appva, digital signering. Från 2023-01-01-2023-12-31 finns totalt 263001 stående insatser, 84% av dessa är signerade i tid, 16% ej i tid. Detta är en liten förbättring sedan 2022 då det va 83% som var signerade i tid. Genomsnittlig avvikelse i tid är 26 minuter, tidigare år 31 minuter. Andelen signerade insatser är 98%.

I samverkan med vårdcentralen fortsätter arbetet med att minska andelen dosetter. Resultatet av detta är att läkemedelshanteringen blivit säkrare. För de patienter som det är lämpligt övergår läkemedelsadministreringen till dosdispenserade läkemedel. Detta som ett led i att minska risken för feldelade dosetter. I ordinärt boende finns digitala medicinskåp. Detta höjer säkerheten kring läkemedel och minskar risken för svinn av läkemedel.

## **Avvikelse i samverkan och händelseråd**

Händelserådet består av Höglandets och Ydre kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Höglandetssjukhusets chefssjuksköterska och representant från vårdcentral Bra Liv.

Fokus på Händelserådet är - Vad är bäst för Esther

Att uppmärksamma och analysera avvikelser i samverkan är en viktig del i kvalitetsarbetet för att skapa förutsättningar för en trygg och säker vård för Esther.

Avvikelsehantering definieras som ”att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten”.

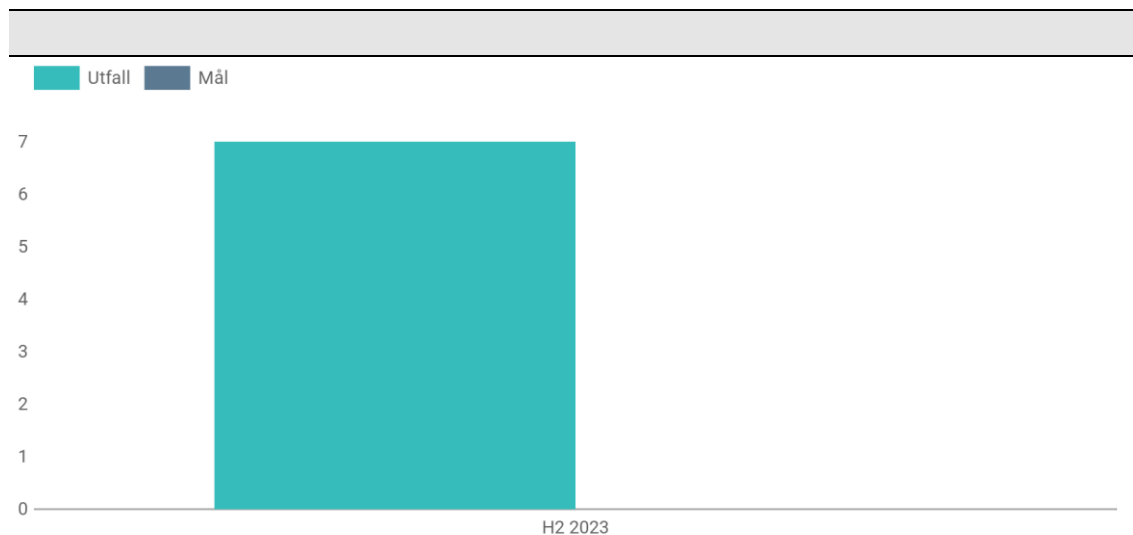
Sammanställning av avvikelser i samverkan

Under januari – december 2023 skickades 155 avvikelser i samverkan mellan slutenvården på Höglandssjukhuset, Ydre och Höglandets kommuner. I 83 % av ärendena var kommunerna avsändare, och dom två områden som sticker ut när det handlar om rapporterade avvikelser i samverkan är vårdplaneringsprocessen och läkemedel.

## **Patientnämnden**

Viktig del i att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga/närstående berättelse. Patientnämnden har under året uppmärksammat behovet utav information om nämndens verksamhet, där nämndens arbete i form av rapporter och dialoger är en viktig del i Regionen Jönköpings län kvalitet- och utvecklingsarbete. Aneby har inte fått in några ärenden under 2023 från patientnämnden.

## Egenkontroller och jämförelser med andra

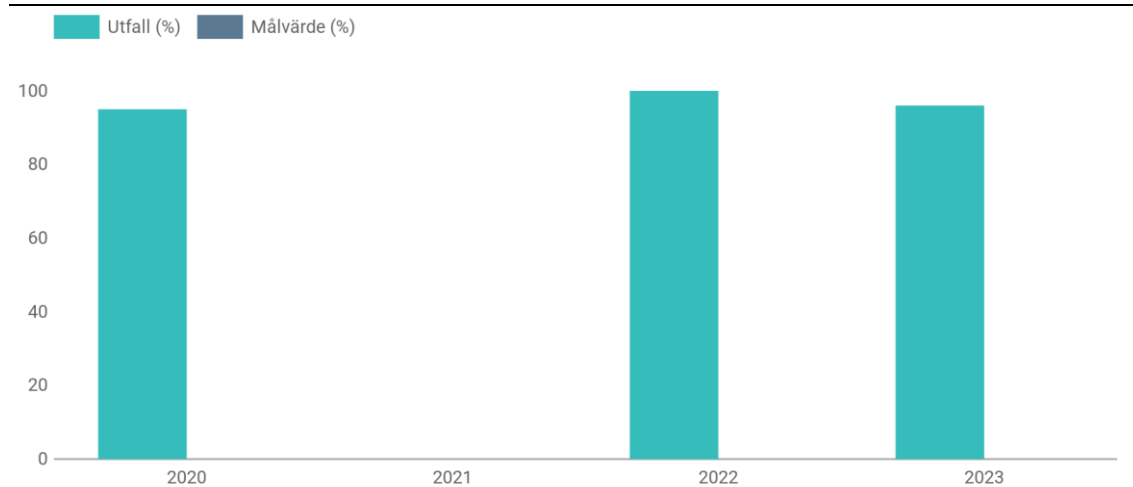


### Synpunkter och klagomål

#### Kommentar

Totalt under 2023 har sju synpunkter/klagomål inkommit via webben. De flesta har gällt äldreomsorgen men något också funktionshinderomsorgen och myndighetsenheten.

En synpunkt kan innefatta positiva alternativt negativa omdömen eller förbättringsförslag. Ansvariga enhetschefer utreder inkomna synpunkter/klagomål och vidtar åtgärder med målsättning att förhindra att liknande händelser inträffar igen och för att utveckla verksamheten. Synpunktshantering är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet.

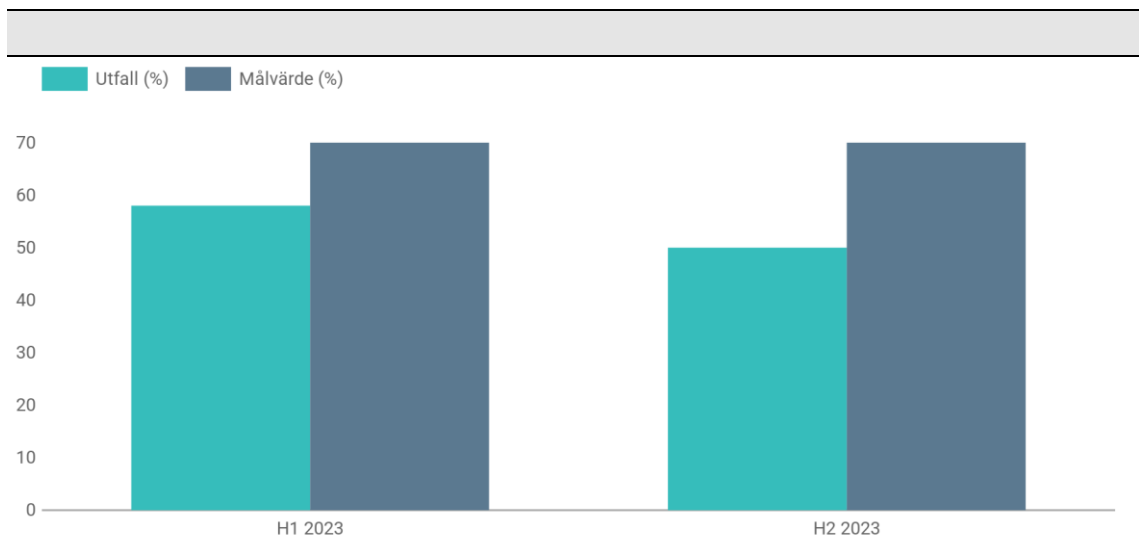


### Brukarnöjdhet Hemtjänst

Följa upp och utveckla verksamheten utifrån brukarnas synpunkter och att kunna jämföra resultaten med andra kommuner.

#### Kommentar

Ett utfall på 96% 2023 är en viss försämring från resultatet på 100% 2022.



## Hygienmätning

Att följa Basala hygienrutiner för att uppnå patientsäkerhet och en god vård och omsorg.

### Kommentar

Resultat av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts genom två mätningar under året, en gång på våren och en gång på hösten. Metod för mätningarna är observation och självskattnig. Mätningen ska utföras vid vård- och omsorgsnära arbete. Varje mätning som görs gäller både basala hygienrutiner och klädregler.

Målet är att nå en följsamhet till 70% i samtliga åtta steg.

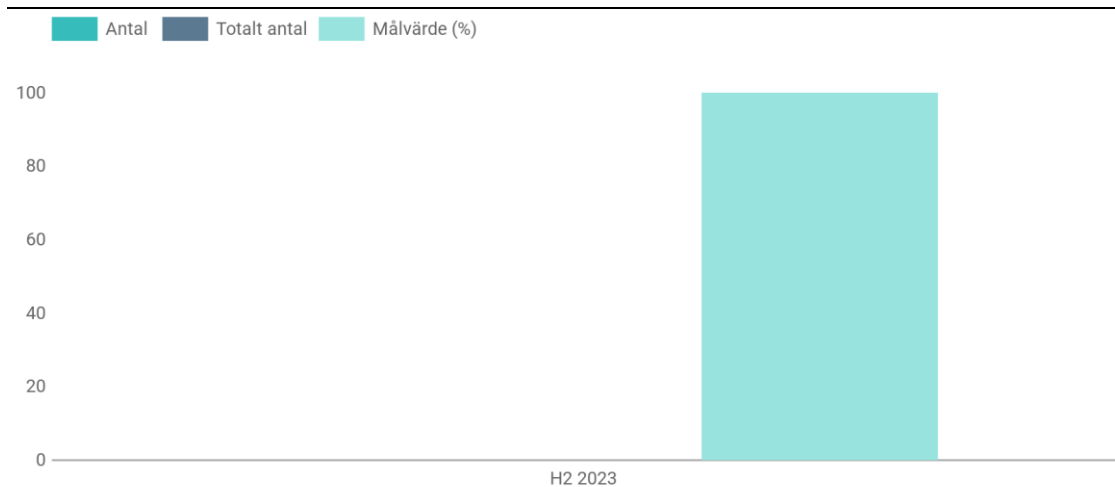
Mätningen består i:

- Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner( korrekt i samtliga steg)
- Korrekt följsamhet till klädregler( korrekt i samtliga fyra steg)
- Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ( korrekt i samtliga åtta steg)

Vid vårens första mätningen 2023 nåddes en följsamhet till 58% i samtliga åtta stegen. Följsamhet i de fyra stegen i basala hygienrutiner nåddes till 64% och följsamhet i korrekt klädregler nåddes till 92%.

Vid höstens mätning såg man en nedåtgående trend i alla åtta stegen som nådde en följsamhet till 51%. Följsamhet i basal hygienrutiner i de fyra stegen nåddes till 58% från tidigare under våren låg på 64%. Följsamheten i klädesregler i de fyra stegen uppnåddes till 79% och som under våren låg på 92%.

Finns en handlingsplan för vårdhygienisk arbete under 2024, där det är planerat möte med hygiensjuksköterska från smittskydd- och vårdhygien, hygienombud, chefer samt MAS, under våren 2024. Fortsättning med BHK mätningar, följsamhet Basala hygienrutiner och Rätt Klädd, under våren och hösten 2024.



## Genomförandeplaner

Löpande följa upp aktuella genomförandeplaner

### Kommentar



---

Enhetsundersökningarna 2023 visar på att :

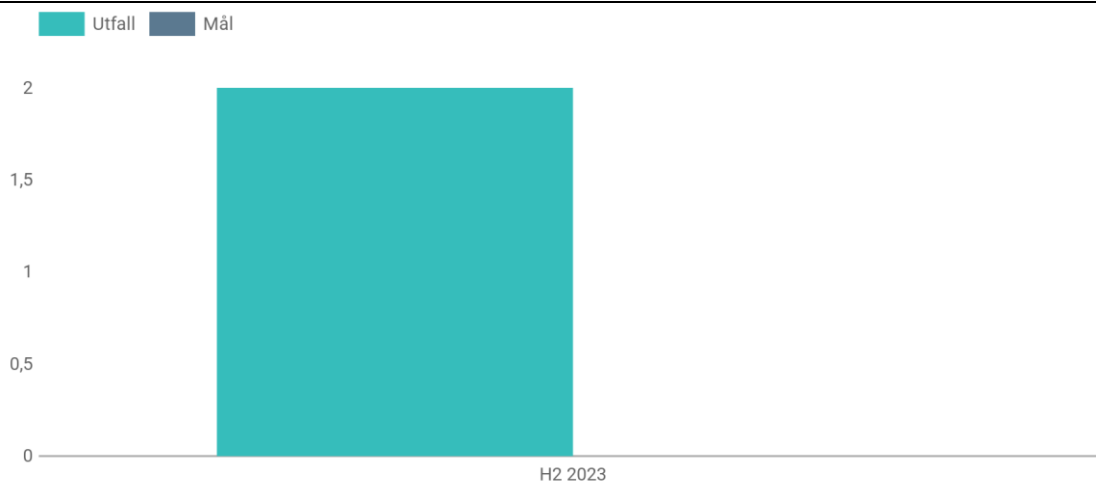
74% av genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella på Särskilt boende- äldre.

42% av genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom hemtjänst.

100% av genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom bostad med särskild service-  
funktionshinderomsorgen.

87% av genomförandeplanerna är uppdaterade och aktuella inom daglig verksamhet- funktionshinderomsorgen.

---



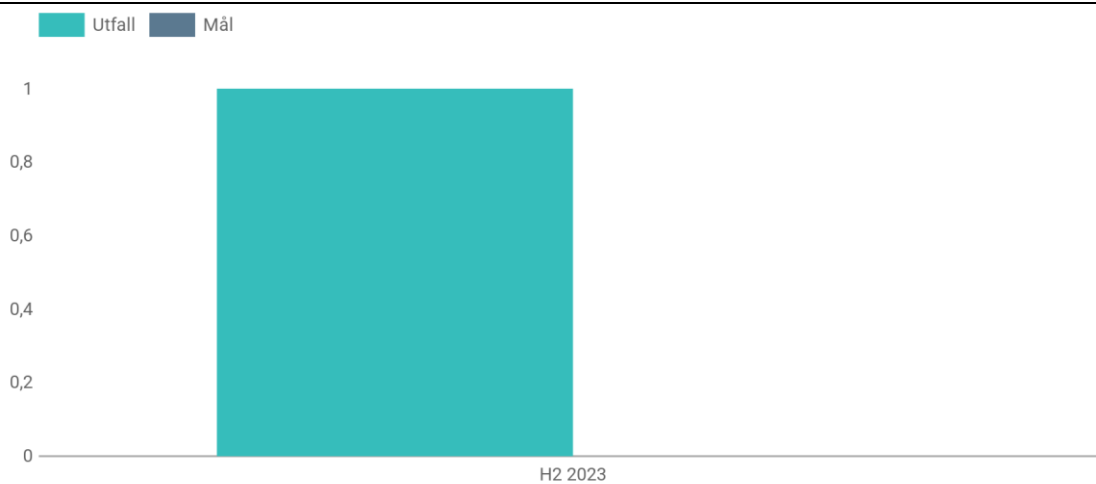
**Lex Sarah**

---

**Kommentar**

Två ärenden under 2023. Både två inom ÄO. IVO har godkänt vidtagna åtgärder och avslutat ärendena.

---



**Lex Maria**

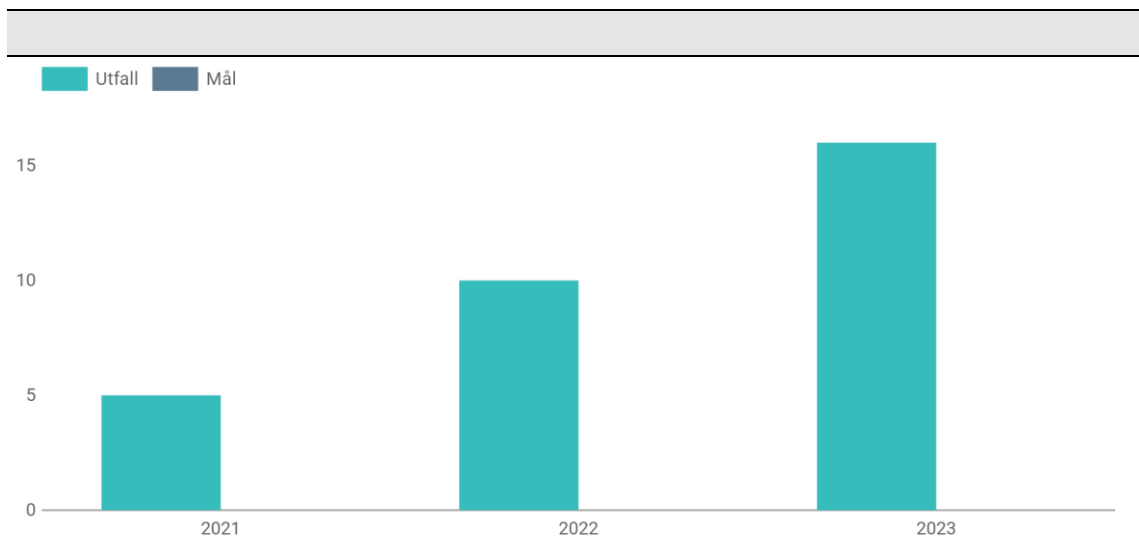
---

**Kommentar**

Ett ärende under 2023.

IVO handlägger fortsatt ärendet och vi inväntar deras beslut.

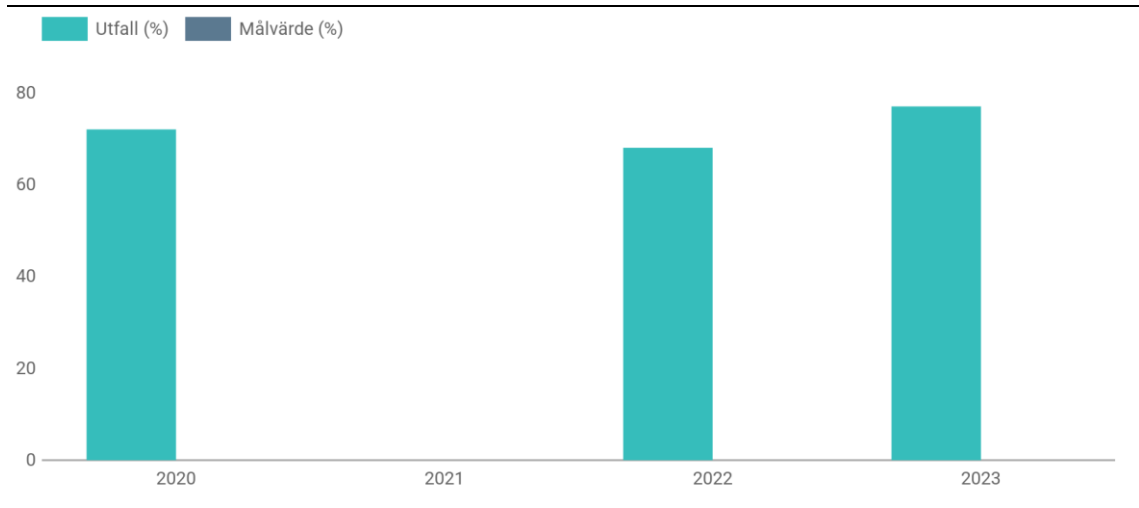
---



#### Ej verkställda beslut

##### Kommentar

Totalt 16 anmälningar till IVO 2023 om ej verkställda beslut. Några av anmälningarna gäller samma ärenden då det inte kunnat verkställas under en längre period. Alla rapporter av ej verkställda beslut har redovisats till utskottet varje kvartal.

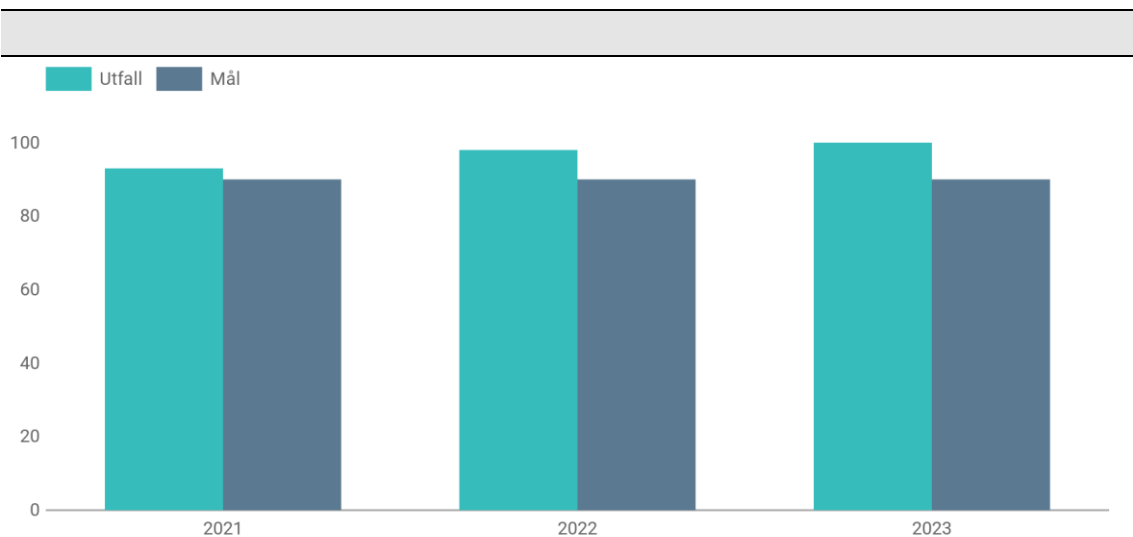


#### Brukamöjdhet SÄBO

Följa upp och utveckla verksamheten utifrån brukarnas synpunkter och att kunna jämföra resultaten med andra kommuner.

##### Kommentar

Ett utfall på 77% 2023 är en viss förbättring från resultatet på 68% 2022.



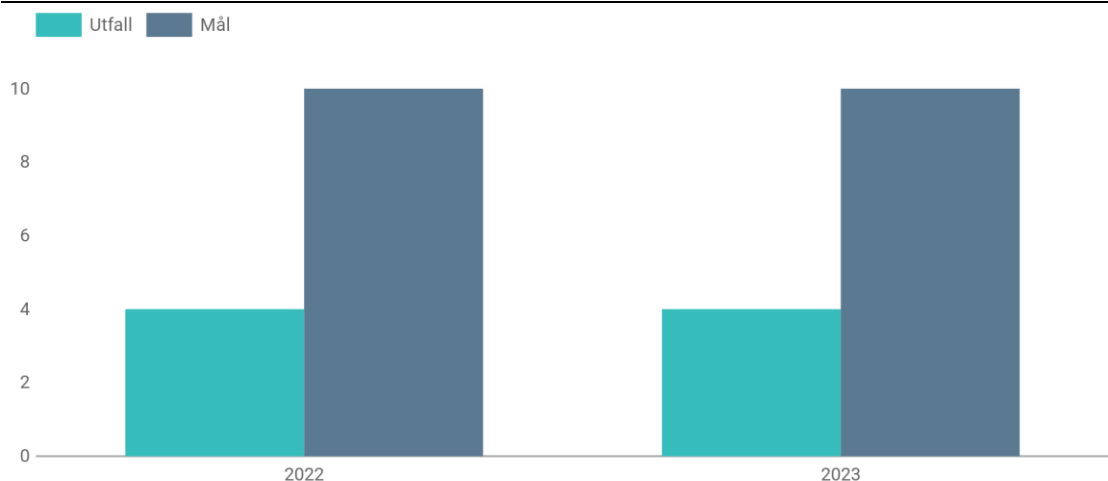
### Senior Alert

#### Kommentar

##### Senior Alert

Vårdprevention hos äldre syftar till att förebygga ohälsa. Liksom många andra kommuner i Sverige använder Aneby Senior Alert som verktyg för att systematisera arbetet.

100% av de som riskbedömts visar på risk för ohälsa pekar det på att de som bor på SÄBO är väldigt sköra. Utförda åtgärder vid risk har gått ner från 80% 2022 till 51% 2023.



### Palliativvård

#### Kommentar

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Detta inkluderar ALLA dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet och vi har även en enkät för närstående.

Aneby hade totalt inrapporterade 28 dödsfall och av dom va 27 väntade dödsfall under 2023. Det är 10 indikationer som är med i palliativvårdsregistret och som dokumenteras vid registrering vid dödsfall. Under 2023 har 4 av 10 indikatorer nått upp till minst 85%.

<b>Palliativvårdsregistret</b>	<b>Målvärde (nationellt)</b>	<b>Aneby</b>
•Andel läkarbeslut palliativ vård	100 %	96%
•Andel brytpunktssamtal	98 %	81%
•Inj Opioid 100%Inj	100%	100%
•Inj lm mot ångest vb	98 %	100%
•Smärtskattning	100 %	78%
•Övrig symtomskattning	42%	56%
•Dokumenterad munhälsobedömning	90%	70%
•Inga Trycksår grad 2 - 4 vid dödsfallet	90%	89%
•Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	78%
•Erbjuda eftersamtal	100 %	81%

Inga tillgängliga data

#### Demensvård och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

##### Kommentar

Mål och inriktning för demensvården är taget i ett politiskt beslut "Riktlinjer för hur vården av personer med demenssjukdom ska bedrivas i Aneby kommun, 2019–2025". Behovet av antal demensavdelningar styrs av hur många personer med demenssjukdom som behöver särskilt boende. Under 2023 så fanns tre demensavdelningar på Antuna och Rosenberg men behovet av fler platser anpassade för individer med demenssjukdom växer.

Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) används som en kvalitetsssäkring i demensvården. Det görs två registreringar/person och år + vid behov för att kunna följa personens mående och välbefinnande. Registreringar görs för att upptäcka beteendeförändringar och göra bemötandeplaner och åtgärder för att personen ska få en så god livskvalité som möjligt. BPSD-administratörerna är personal i hemtjänst och på Antuna/Rosenborg. De gör ett stort arbete kring BPSD-skattningar och det leder till att demensvården blir person-centrerad. Enligt Socialstyrelsen riktlinjer så är personcentrerad demensvård prioritet I.

Demenssteamet är ett samarbete mellan kommun och vårdcentral sedan 2018. Teamet består av biståndshandläggare, demenssjuksköterska, undersköterska i hemtjänsten, arbetsterapeut, samordnare och läkare. Teamet träffas 4–5 gånger/termin. Målet är att personen med demenssjukdom efter att ha givit sitt samtycke, ska följas upp kontinuerligt under hela sjukdomsperioden för att få hjälp och stöd i rätt tid.

Framgångsfaktorer för en god demensvård är personcentrerad omsorg, utbildning för personal och samverkan mellan olika professioner. (Enligt Socialstyrelsen prioritet I)

## Personal och kompetens

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. För att utföra uppgifter inom vård- och omsorgsverksamheten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Många brukare/enskilda befinner sig ofta i utsatta och komplicerade livssituationer som kräver kvalificerad hjälp. Medarbetarnas kompetens och professionalitet är därför viktig i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten.

Flera medarbetare inom avdelning har studerat och utvecklat sin kompetens under 2023 med stöd av bland annat statliga stimulansmedel.

Sjukfrånvaron för Sociala avdelningen under 2023 når upp till 8,69% för SoA totalt. 36,56% utgör lång sjukfrånvaro(60 dagar eller mer) och resten är korttidsfrånvaro.

Variationer har varit stora mellan verksamheterna där vissa haft en lägre nivå och andra en högre. Stort arbete har fortsatt gjorts under 2023 gällande rekrytering och bemanning.

Under 2023 har ordinarie chefer rekryterats och introducerats inom äldreomsorgen på särskilt boende och inom hälso- och sjukvården.

De nya kraven på 11h dygnsvila har under 2023 inneburit ett stort arbete gällande

bemannning och schema.

Under 2023 har ett stort arbete genomförts gällande Kompetensförsörjningsplanen och omställning av nya former för kompetensutvecklande insatser utifrån nya kraven på 11h dygnsvila och andra schema.

## Verksamhetsuppföljning och verksamhetsplan

Resultaten som nu presenterats är en del av Sociala avdelningens verksamhetsuppföljning och ett underlag för verksamhetsplanerna för vidare utveckling 2024.

Innehållet i det systematiska arbete med uppföljning och utveckling av kvalitet och patientsäkerhet används löpande för att utveckla och förbättra innehållet och kvaliteten i verksamheterna på både enhetsnivå och avdelningsnivå.

Under 2023 har en ny form av regelbunden uppföljning av verksamheterna utvecklats och kommer nu 2024 att genomföras. Uppföljningarna kommer att ske fyra gånger under året och ha fokus på uppföljning och utveckling av både kvalitet, arbetsmiljö och kostandeseffektivitet.

## Förslag på vidare utvecklingsarbeten

I de resultat som presenterats finns mycket positivt som visar på god kvalitet och patientsäkerhet i Sociala avdelningens verksamheter. Utifrån insamlade resultat kan ändå vissa områden identifieras som kräver förbättringar och fortsatt utvecklingsarbete.

Omställning till "Nära Vård" handlar mycket om att visa riktning, tillit och samskapande. Viktigt att identifiera det "organisatoriska mellanrummet" så att vi tillsammans tar fram strategier för att möta framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård-hur vi i samverkan förflyttar oss mot målbilden. Samordning som främjar att leva i livet och inte i vården. Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.

Som också nämnts i årsredovisningen vill vi lyfta fram fortsatt utveckling 2024 inom fram för allt följande områden:

- Fortsatt arbete med utvecklingen av nära vård och ett preventivt och förebyggande arbete i samverkan med andra och tillsammans med regionen och vårdcentral
- Stödja våra verksamheter och medarbetare att hitta nya arbetssätt baserat på vårt grunduppdrag och ett salutogent förhållningssätt med fokus på stöd för Esthers självständighet
- Förbättra arbetet med olika kvalitetsindikationer utifrån våra kvalitetsregister i vård och omsorgen, jobba aktivt med vårdplaner och genomförande planer med fokus på individen i centrum
- Arbeta med dokumentation och rutiner som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet
- Aktivt arbete för att göra oss attraktiva som arbetsgivare för att klara kompetensförsörjningen
- Löpande uppföljning och utveckling i våra verksamheter för att klara av att leverera en god och hållbar insatskvalitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet
- Påbörja vägen mot ny socialtjänstlag med stärkt riktning på en mer kunskapsbaserad och tillgänglig verksamhet