

Patientsäkerhetsberättelse Välfärdförvaltningen Kramfors kommun år 2025

Agera
för säker vård



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030".

Innehåll

Sammanfattning.....	5
1 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
1.1 Kommunala hälso- och sjukvården.....	6
1.2 Engagerad ledning och tydlig styrning	6
1.2.1 Övergripande mål och strategier.....	7
1.2.2 Organisation och ansvar	7
1.2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	8
1.2.4 Informationssäkerhet	9
1.3 En god säkerhetskultur.....	10
1.3.1 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård	10
1.3.2 Utredningsforum	11
1.4 Adekvat kunskap och kompetens	11
1.5 Patienten som medskapare.....	11
2 Agera för säker vård	12
2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
2.1.1 Utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser	13
2.1.2 Smittförebyggande arbete.....	14
2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	14
2.2.1 God och Nära vård	14
2.2.2 Läkarmedverkan	16
2.2.3 Olämpliga läkemedel hos äldre	16
2.2.4 Extern granskning av läkemedelshantering.....	20
2.2.5 Digital signering	20
2.2.6 Tandvårdsstöd	21
2.2.7 Riktade satsningar på rehabilitering/habilitering och främjande insatser	22
2.2.8 Utveckling av demensvården.....	22
2.2.9 Kost och förebygga undernäring	22
2.2.10 Kvalitetsrådet.....	23
2.3 Säker vård här och nu.....	23
2.3.1 In- och utskrivning i slutenvård	23
2.3.2 Process för att ge kommunal hälso- och sjukvård	23
2.3.3 Egenvård	23
2.3.4 Medicintekniska produkter.....	23
2.3.5 Delegeringar	24
2.3.6 Bemanning legitimerad personal.....	24
2.4 Stärka analys, lärande och utveckling	25
2.4.1 Hälso- och sjukvårdsavvikelser	25
2.4.2 Klagomål och synpunkter	31

2.4.3	Kvalitetsregistret Senior Alert.....	32
2.4.4	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....	34
2.4.5	Svenska palliativregistret.....	36
2.4.6	Journalgranskning legitimerad personal.....	36
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	37
2.5.1	Riskanalyser	37
2.5.2	Kontunitetsarbete och beredskap	38
3	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	38
3.1	Mål	38
3.2	Strategier och utmaningar.....	39
3.3	Prioriterade åtgärder utifrån identifierade brister	40

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2025 redogör för det arbetet inom hälso- och sjukvård som genomförts inom Valfärdsförvaltningen i Kramfors kommun samt de resultat som uppnåtts. Året präglas av både positiva utvecklingsområden och områden där ytterligare insatser krävs för att säkerställa en god och säker vård.

Under året har arbetet inom flera centrala områden stärkts. Riskbedömningar för att identifiera ohälsa har ökat inom både särskilt boende och ordinärt boende, vilket har bidragit till att fler personer nås av det förebyggande arbetet. Arbetet med symtomskattningar för patienter med demenssjukdom har vidareutvecklats, särskilt inom ordinärt boende och på demensenheter. Inom hemsjukvården i ordinärt boende kan fortsatta förbättringar noteras avseende symtomskattningar inför läkemedelsgenomgångar, samtidigt som antalet läkemedelsavvikelser har minskat.

Årets resultat visar dock att kvaliteten fortfarande varierar mellan olika enheter och att centrala delar av patientsäkerhetsarbetet ännu inte är tillräckligt enhetliga för att nå målen om en jämlik och säker vård. Följsamheten till rutiner för avvikelshantering behöver stärkas, och lärande utifrån inträffade händelser sker inte systematiskt i alla team. Hanteringen av synpunkter och klagomål behöver också utvecklas för att i större utsträckning identifiera och åtgärda brister. Arbetet med riskanalyser har ännu inte nått önskad nivå och behöver integreras mer konsekvent i verksamheterna. Omställningen till en mer sammanhållen nära vård har fortsatt under året och kräver fortsatt fördjupad samverkan med regionen.

Sammanfattningsvis visar årets resultat att flera positiva steg tagits, men att de två prioriterade målområdena; riskhantering samt vårdprevention och förebyggande åtgärder ännu inte uppnåtts i tillräcklig omfattning. Dessa områden kvarstår därför som prioriterade inför kommande år, och ett ytterligare målområde, digital signering, tillkommer inför 2026.

1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1.1 Kommunala hälso- och sjukvården

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (HSL, 2017:30) och regleras till vissa delar utifrån socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS, 1993:387). Sedan 2014 har ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) överlåtits till kommunen enligt tröskelprincipen vilket innebär att kommunen ansvarar för oplanerade och planerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i ordinärt boende.

Kommunen har totalt 35 årsarbetande sjuksköterskor, sju arbetsterapeuter och fem fysioterapeuter. Sjuksköterskor finns i tjänst dygnet runt, medan arbetsterapeuter och fysioterapeuter bemannar vardagar, dagtid. Utöver legitimerad personal utför dagligen stöd- och omvårdnadspersonal delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Kommunens uppdrag omfattar därmed patienter inom funktionsstöd, ordinärt boende samt särskilt boende för äldre. Under det gångna året har 65 patienter inom funktionsstöd erhållit hälso- och sjukvård i hemmet, där läkemedelsbehandling, patientrelaterade konferenser samt förskrivning av hjälpmedel är de mest förekommande åtgärderna. Inom ordinärt boende har 724 personer fått insatser i hemmet, vilket är en minskning på cirka 10 procent jämfört med föregående år. Även här dominerar läkemedelshantering, patientrelaterade konferenser och hjälpmedelsförskrivning. På särskilt boende för äldre har 357 patienter fått hälso- och sjukvård under året, med läkemedelsbehandling, konferens om patient och smärtbedömning som de vanligaste åtgärderna.

Sammantaget ansvarar kommunen för en omfattande och varierad hälso- och sjukvårdsverksamhet, som spänner över flera målgrupper och ställer krav på hög medicinsk kompetens, samverkan och kontinuitet i vården.

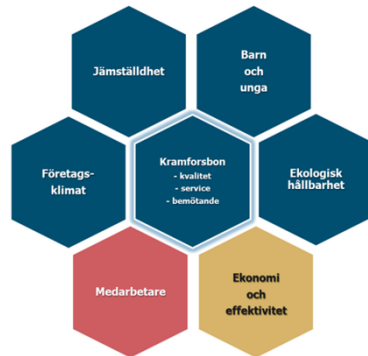
1.2 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledningssystemet är till för att systematisk och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Ledningens beslut, kunskap, agerande, förhållningssätt och ställningstaganden är avgörande för ökad patientsäkerhet. Valförvaltningsnämnden fullgör sitt ansvar bland annat genom att varje år fastställa plan för patientsäkerhetsarbete och därigenom följa och redovisa resultatet av detta arbete genom patientsäkerhetsberättelsen.



1.2.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §



Källa: Mål och resursplan 2025 med planår 2026 och 2027

Källa: Målbild 2030, God och Nära vård i Västernorrland

1.2.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enligt 6 kap. 4§ Patientsäkerhetslagen (PSL) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga till att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Välfärdsnämnden

Nämnden som vårdgivare ska planera, leda samt kontrollera verksamheten. Detta på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård och kravet på god kvalitet upprätthålls.

Förvaltningschef

Ansvarar för att leda och fördela förvaltningens arbete i enlighet med nämndens mål och gällande lagar och författningar.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1

Ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten och att patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschef har det direkta ansvaret för att planera, leda och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet inom sitt område.

Verksamhetschef SoL och LSS

Ansvar för att verksamheten inom området bedrivs med god kvalitet.

Verksamhetschef har det direkta ansvaret för att planera, leda och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet inom sitt område.

Medicinskt ansvariga

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet. MAR och MAS utövar sitt ansvar genom att fastställa tjänsteföreskrifter och rutiner, följa upp resultat och identifiera prioriterade förbättringsområden i verksamheten.

MAR och MAS ansvarar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt

negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket.

Enhetschef

Ansvarar för att planera, leda och genomföra systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med ledningssystemet för kvalitet. Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som uppföljningen visar samt för att ge information om resultatet till medarbetare och patienter.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är delaktig i det systematiska förbättringsarbetet och rapporterar händelser och resultat. Legitimerade ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Medarbetare

Arbetar i enlighet med styrdokument och ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och medverka i planering och uppföljning av mål och resultat.

1.2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

En förutsättning för att förebygga uppkomst av vårdskador inom hälso- och sjukvården är en god samverkan.

Intern samverkan

Inom förvaltningen finns ett flertal samverkansforum. Nedan följer några exempel:

- **Särskilt boende för äldre, funktionsstöd och hemtjänst/hemsjukvård:** Teamsamverkan kring den enskildes behov där stöd- eller omvårdnadspersonal, enhetschef, biståndshandläggare och legitimerad personal deltar.
- **Legitimerad personal:** Samverkan genom yrkesträffar där legitimerad personal möts för kollegialt utbyte och för att utveckla arbetet i förhållande till patienter och verksamhet.
- **Hygienombud:** Verksamheternas hygienombud träffas tillsammans med MAS kontinuerligt under året för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte.

Extern samverkan

Representanter från kommunen deltar i nätverk och samverkansforum inom olika områden. Nedan följer några exempel:

- **HälSam** består av fyra nivåer för samverkan: HälSams politiska samverkan, Länsledningen, Länsamordningsgrupper (Barn och unga, Vuxna, Äldre) samt Lokala samverkansgrupper (LSG).
- **MAS/MAR nätverket** består av medicinskt ansvariga från länets kommuner. Syftet är kollegialt utbyte, skapa samsyn i länet samt arbete med gemensamma utvecklingsområden.
- **Äldreomsorg- och hälso- och sjukvårdsnätverket** representeras av länets verksamhetschefer för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Syftet är en gemensam plattform för samverkan i länet.
- **Läkemedelskommittén Region Västernorrland (RVN) verkar för** en behovsanpassad, medicinskt ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv

läkemedelsanvändning. Regelbundna möten hålls tillsammans med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

- **Hjälpmedelskommittén** består av representanter från länets samtliga kommuner och från RVN. Hjälpmedelskommittén ska verka för en jämlik, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsförsörjning i länet.
- **Nätverk för enhetschefer för legitimerad personal** består av enhetschefer inom kommunernas hälso- och sjukvård. Syftet är att kollegialt utbyta information, samverka samt arbeta med gemensamma utvecklingsområden.
- **Nätverk för gemensamma primärvårdsuppdraget** består av MAS, MAR, verksamhetschefer och enhetschefer från kommunens hälso- och sjukvård samt RVN primärvård.
- **Vårdhygien** verkar för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och att minska risken för smitta och smittspridning bland patienter och personal genom rådgivning, utbildning och framtagandet av riktlinjer. Vårdhygien samverkar med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet.

1.2.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet är ett område som är både komplext och omfattande, vilket ställer krav på standardiserade och metodiska arbetssätt samt samverkan med stödfunktioner. Det finns ett etablerat samarbete mellan digitaliseringsenheten, IT-drift, dataskyddsombud samt välfärdsförvaltningen vilket är nödvändigt för att upprätthålla hög informationssäkerhet och korrekt personuppgiftshantering utifrån gällande lagstiftningar.

Vid införande av arbetssätt som kräver ny teknik genomförs dataskyddskonsekvensbedömningar (DPIA) enligt artikel 35 dataskyddsförordningen (GDPR), informationsklassificeringar samt informationssäkerhetsanalys. Under 2025 har en DPIA inom område hälso- och sjukvård genomförts, detta i samband med uppstarten av åtgärdsprogrammet för livsstilsförändringar, Hjärnhälsa.

Behörighets- och loggkontroll genomförs inom välfärdsförvaltningen i enlighet med *Rutin för granskning av loggar Treserva* samt *Rutiner för behörighet i välfärdsförvaltningens verksamhetssystem*. Under året har loggkontroll utförts vid ett tillfälle, vilket avviker från rutinen som föreskriver två kontroller per år vilket förklaras av resursbrist. Den genomförda kontrollen inom hälso- och sjukvården resulterade inte i några anmärkningar. Ingen personuppgiftsincident som berör hälso- och sjukvården har rapporterats under året. Några andra åtgärder som genomförts gällande informationssäkerhet under året är uppdaterad registerförteckning enligt artikel 30 GDPR, uppdatering av dokument för verksamhetskritiska system och uppdatering av systemöversikt vilket är ett krav för att ge en samlad bild över kommunens IT-system och dess ansvariga.

1.3 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur vilket kännetecknas av ett aktivt arbete för att identifiera och minska risker och skador. Ett förhållningssätt där fokus riktas mot organisatoriska bakomliggande orsaker är en förutsättning likväl som ett öppet klimat där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. En god patientsäkerhetskultur minskar risken för att enskilda patienter drabbas av vårdskada.



Risicanalyser utifrån patientsäkerhet och även riskbedömningar utifrån arbetsmiljö är användbara verktyg för att identifiera risker och brister redan innan de uppstår. Andra viktiga redskap för att identifiera brister och risker är avvikelshantering samt synpunkter och klagomål från patienter, närstående och andra vårdgivare.

1.3.1 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård

Den *Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet* syftar till att stärka vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete och stödja utvecklingen av lokala handlingsplaner. Kramfors kommuns lokala handlingsplan antogs av välfärdsnämnden i april 2024 och baserades på de utvecklingsområden som identifierats i nuläges- och gapanalysen:

- Avvikelse rapportering och systematiskt förbättringsarbete
- Hantering av klagomål från patient och närstående
- Förbättrad analys och lärande utifrån inträffade händelser
- Ökat stöd till verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet
- Säker bemanning

Utvärderingen av handlingsplanen vid utgången av 2025 visar att flera åtgärder redan fått genomslag. Rutiner för teamsamverkan är nu beslutade inom funktionsstöd, äldreomsorg samt hälso- och sjukvård, men efterlevnaden behöver stärkas för att ge effekt inom utvecklingsområdena. Det nyinrättade utredningsforumet har bidragit till ett ökat stöd i det systematiska förbättringsarbetet och förbättrat rapporteringen och lärandet vid allvarliga händelser. Synpunkts- och klagomålshantering har integrerats i introduktion och arbetsplatsträffar (APT), vilket medfört en svag ökning av diarietäta ärenden.

En genomlysning av hälso- och sjukvården har lett till åtgärder för en säkrare bemanning under semester och helger, vilket förbättrat tillgängligheten och minskat förekomsten av allvarliga händelser. En fortsatt kartläggning pågår för rehabiliterande yrkesgrupper i syfte att frigöra mer patientnära tid.

Under 2025 publicerade Socialstyrelsen en uppdaterad version av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, med syfte att stärka säkerhetsarbetet på samtliga nivåer inom hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund har en nuläges- och gapanalys inletts i samverkan med berörda verksamhetsområden. Analysen kommer att utgöra underlag för en ny handlingsplan med planerade aktiviteter för 2026.

1.3.2 Utredningsforum

I syfte att stärka säkerhetskulturen och främja en öppen dialog kring identifierade risker har utredningsforum inrättats. Forumet leds av medicinskt ansvariga och riktar sig till chefer samt legitimerad personal inom Vårdförvaltningen. Utredningsforumet skapar förutsättningar för att nå och stödja en bredare målgrupp, men ersätter inte den återföring av allvarliga händelser och identifierade risker inom hälso- och sjukvården som sker genom exempelvis yrkesträffar och arbetsplatsträffar.

1.4 Adekvat kunskap och kompetens

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god och säker vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det, på såväl kort som lång sikt, finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens.

Under året har ett flertal kompetenshöjande insatser genomförts i syfte att öka patientsäkerheten:

- Vård och behandling av svårläkta sår
- Förebygga och identifiera suicid
- Förebygga smittspridning och vårdhygien
- Förflyttningkunskap, hjälpmedel och positionering
- Kost och undernäring
- Bemötande
- Stärkt medicinsk kompetens och språkkunskaper
- Hantering av medicinteknisk utrustning för utredning
- Årlig utbildning Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)
- Utbildning av medarbetare till undersköterskor och sjuksköterskor



1.5 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för säker vård är patienter och närståendes delaktighet. Att betrakta patienten som en medskapare innebär att aktivt involvera patienter och närstående i beslut som rör vård och behandling. Det omfattar även deras medverkan i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt i utformningen av vården på samtliga nivåer.

När samordning av hälso- och sjukvård och sociala insatser behövs initierar den fasta vårdkontakten en samordnad individuell planering (SIP), där patienten är en aktiv medskapare. Förutom patienten deltar relevanta professioner, och digital teknik möjliggör även närståendes medverkan. Besluten dokumenteras därefter i patientens individuella plan.

Vid hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelse ska patienten och, om denne önskar, dess närstående bli informerade och erbjudas att delta. Vid utredning av risk för eller uppkomst av allvarlig vårdskada enligt lex Maria inhämtas patientens, eller om denne inte kan medverka, närståendes synpunkter på det inträffade. Patienten och/eller dess närstående informeras alltid om



utredningens slutsats, om anmälan sker enligt lex Maria till IVO, samt delges beslutet.

Medverkan av patienter och närstående i det systematiska kvalitetsarbetet kan också ske genom analys och hantering av inkomna synpunkter och klagomål till verksamheten. Målsättningen är att synpunkterna ska dokumenteras och utgöra ett underlag för fortsatt utveckling.

Vid förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården är patientens upplevelse av vikt att följa vilket gjorts vid exempelvis utvecklingen av nya arbetssätt. Inför förändrade arbetssätt som rör äldreomsorgen har information delgivits seniorrådet som består av representanter från pensionärsorganisationer som haft möjlighet att komma med synpunkter. Motsvarande möjlighet saknas i dagsläget inom område funktionsstöd och för hälso- och sjukvården.

Förvaltningen deltog under året i Sveriges kommuner och Regioners (SKR) satsning *Liv till åren* där fokus riktades mot att utveckla samskapandet tillsammans med målgruppen seniorer. Satsningen resulterade i ett flertal aktiviteter inom området främjande och förebyggande där samskapande skedde med målgruppen. Under året har medarbetare utbildats inom området tjänstedesign vilket ger ytterligare förutsättningar för utveckling av arbetssätt som stärker patientens medskapande.

Även om invånar- och patientinvolvering till viss del sker är det ett utvecklingsområde att öka involveringen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom kommunens hälso- och sjukvård. Invånarna har också möjlighet att ta del av den årliga patientsäkerhetsberättelsen som återfinns på www.kramfors.se

2 Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska ske med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller har under 2025 skett enligt *Egenkontrollplan hälso- och sjukvård, välfärdsförvaltningen*. Resultaten jämförs mot tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter samt mot nationella och regionala uppgifter.



2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



2.1.1 Utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser

Oönskade händelser inom hälso- och sjukvården registreras som avvikelser och ska hanteras i enlighet med gällande rutin för avvikelshantering. För händelser där konsekvensen för patienten bedöms som mindre till måttlig genomförs analys, åtgärd och uppföljning inom respektive enhets systematiska förbättringsarbete. Händelser som medfört betydande eller katastrofal konsekvens överlämnas till medicinskt ansvariga för ställningstagande till fortsatt utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria.

Under 2025 har medicinskt ansvariga utrett 18 allvarliga händelser, vilket ligger i nivå med föregående år. Flertalet av de allvarliga händelserna har inträffat inom särskilt boende. Det bedöms dock vara sannolikt att underrapportering förekommer inom funktionsstöd och ordinärt boende. Majoriteten av årets utredningar avsåg fallolyckor som resulterat i allvarliga konsekvenser för patienten. Övriga utredningar rörde brister i teamsamverkan, kommunikation och informationsöverföring, liksom brister i journalföring och uteblivna uppföljningar. De främsta bakomliggande orsakerna var en låg följsamhet till fastställda arbetsätt och rutiner samt brister i personalkontinuitet och bemanning av sjuksköterskor. Under året har nya rutiner implementerats för att tydliggöra strukturen för teamsamverkan och riktade insatser har vidtagits för att höja kompetensen vad gäller journaldokumentation. Som ett led i att säkerställa en tillräcklig bemanning och personalkontinuitet har åtgärder vidtagits för en ökad bemanning av legitimerade yrkesgrupper under riskperioder. Riktade insatser har dessutom genomförts för att förbättra förutsättningarna till ett systematiskt förebyggande arbetsätt inom samtliga enheter.

Av totalt 18 allvarliga händelser har en händelse lett anmälan till IVO enligt Lex Maria. Anmälan avsåg en patient vars fallrisk inte riskbedömdes förrän cirka tre månader efter inflyttning till särskilt boende. Under denna period föll patienten vid upprepade tillfällen och ådrog sig frakturer. I den utredning som ligger till grund för anmälan har en åtgärdsplan upprättats i syfte att säkerställa kontinuitet i sjuksköterskebemanningen, stärka teamsamverkan samt förbättra följsamheten till gällande rutiner för förebyggande arbete och avvikelshantering. Uppföljning av vidtagna åtgärder planeras till juni 2026.

Under året har två legitimerade medarbetare identifierats som riskpersoner efter uppmärksammade brister vid allvarliga händelser. För att stärka patientsäkerheten har omvårdnadsansvar omfördelats, och MAS har fattat beslut om återkallad förskrivningsrätt och upphörd beställarbehörighet av akutläkemedel. Verksamhetschef i hälso- och sjukvård, som ansvarar för anmälningar till IVO, har anmält båda medarbetarna som riskpersoner.

Den systematiska hanteringen av avvikelser har under innevarande år uppvisat brister inom flera enheter. Dessa brister har medfört en ökad risk för att potentiella vårdskador identifieras i ett sent skede eller inte uppmärksammas alls. Som följd rapporteras allvarliga händelser inte alltid vidare till medicinskt ansvariga, vilket har bidragit till fördröjda utredningar och i ett fall även försenad anmälan. För att stärka rapporteringen och höja kvaliteten i utredningsarbetet har utredningsforum inrättats av medicinskt ansvariga i syfte att stödja verksamheterna i både pågående och kommande utredningar.

2.1.2 Smittförebyggande arbete

Ett smittutbrott avser situationer där två eller fler patienter inom samma enhet insjuknar i samma smitta. En smitta är att betrakta som en vårdrelaterad infektion (VRI) när den uppstår i samband med erhållen vård och omsorg och ska därmed rapporteras som en avvikelse. Under 2025 registrerades totalt fjorton smittutbrott, jämfört med tolv under 2024, varav merparten inträffade inom särskilt boende. Trots detta har inget av årets utbrott rapporterats som avvikelse för VRI, vilket indikerar en betydande underrapportering.

Inom särskilt boende och funktionsstöd har smittläget främst dominerats av luftvägsinfektioner. Inom hemsjukvården har förändrade vårdhygienrutiner inneburit att provtagning endast utförs efter läkarordination och när medicinsk indikation föreligger. Detta har resulterat i att smittämnen inte utretts i samma omfattning som tidigare, vilket försvårar analysen av vilka smittämnen som varit mest frekventa.

Årets resultat visar att ett lägre antal patienter smittades vid ett bekräftat utbrott. Detta indikerar att de smittförebyggande åtgärder som vidtagits har haft god effekt och bidragit till att begränsa smittspridningen i ett tidigare skede. Samtidigt är antalet utbrott högre än under 2024, vilket understryker behovet av att stärka och utveckla de basala hygienrutinerna för att förhindra att smitta uppstår.

I verksamheternas beskrivningar av det smittförebyggande arbetet framgår det att årliga vårdhygieniska egenkontroller genomförts i relativt hög utsträckning. Det kvarstår dock behov av ökad systematik vad gäller kvartalsvisa kontroller samt avvikelserapportering av VRI. Vanligt förekommande åtgärder vid identifierade brister har varit löpande dialoger och utbildningsinsatser i syfte att höja kunskapsnivån samt obligatorisk utbildning i basal hygien i samband med introduktion. Effekterna av det vårdhygieniska arbetet beskrivs av flera verksamheter vara färre stora utbrott samt ökad följsamhet till vårdhygienrutiner.

Sammanfattningsvis kvarstår under 2026 ett tydligt behov av att stärka arbetet med egenkontroller, avvikelserapportering och systematiskt förbättringsarbete för att ytterligare öka följsamheten till basala hygienrutiner och det smittförebyggande arbetet. I samverkan med Vårdhygien inom RVN utformas en utbildningsplan för att säkerställa kontinuerliga utbildningsinsatser under året.

2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutveckling kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



2.2.1 God och Nära vård

Under året har omställningen mot en mer sammanhållen, nära och tillgänglig vård i enlighet med den nya nationella styrningen fortsatt. Den tidigare överenskommelsen mellan staten och SKR har ersatts av *Förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en*

god och nära vård vilket tydliggör att statsbidraget ska stödja utvecklingen inom följande åtta prioriterade områden:

1. Kontinuitet i primärvården, inklusive fast läkarkontakt
2. Tillgänglighet
3. Hälsofrämjande och förebyggande arbete
4. Habiliterande och rehabiliterande insatser
5. Personcentrering
6. Planering och samverkan mellan kommun och region
7. Kompetensförsörjning och arbetsmiljö
8. Utveckling av primärvården i landsbygd och glesbygd

Västernorrlands gemensamma omställning styrs av *Färdplanen för God och Nära vård*, antagen av länsledningen HälSam och godkänd av högsta tjänsteledning. Under året har länsgemensamma styrgruppen för God och Nära vård utvecklats och styrningen av omställningen har nu integrerats i ordinarie styrkedja. Detta innebär att ledningen nu följer den etablerade strukturen från HälSam, via länsledningen och vidare ut till de lokala samverkansgrupperna (LSG). Fokus har varit att skapa en tydligare och mer samlad riktning i omställningen, förstärka samverkan mellan region och kommuner samt prioritera förebyggande och tidiga insatser. Särskilt prioriterade målgrupper har varit personer med komplexa behov så som sköra äldre, mångbesökare samt barn och unga. Länet har även prioriterat utvecklad lokal samverkan, digitaliseringsomställning och breddinförande av gemensamma arbetssätt.

Under året har förvaltningen arbetat inom ramen för en sammanhållen välfärdsomställning som integrerar flera centrala utvecklingsområden; God och Nära vård, ny socialtjänstlagstiftning, digitalisering och kompetensförsörjning. Omställningen mot en Nära vård är en del av denna helhet, där omställningen kopplas samman med övriga förändringsprocesser för att skapa en tydligare riktning och ett mer samlat genomförande. Nedan presenteras de områden och arbetssätt som Kramfors kommun har initierat eller förstärkt under 2025 för att ytterligare främja utvecklingen mot en god och nära vård:

- Familjecentraler i samverkan med regionen
- Fast vårdkontakt
- Gemensamma/delade anställningar i region och kommun
- Hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt
- In/utskrivningsprocess vid slutenvård
- Multiprofessionella och mobila team i kommunen
- Patient och medborgardialoger
- Rehabiliterande insatser inom kommunens verksamheter
- Samverkan internt och externt
- Uppsökande verksamheter och träffpunkter

Genomförandet har skett i samverkan med regional primärvård, regional specialistvård, invånare och andra förvaltningar inom kommunen.

Samverkan med RVN har även detta år inneburit utmaningar, men utvecklats i en mer stabil riktning. För att nå den gemensamma målbilden behöver samverkan fortsatt fördjupas och kompletteras med tydligare gemensamma arbets sätt. Under 2026 fortsätter arbetet enligt den reviderade *Färdplanen för God och nära vård*.

2.2.2 Läkarmedverkan

Genom avtal och lokala överenskommelser mellan RVN och länets kommuner regleras omfattningen av läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det förväntade resultatet för 2025 var att säkerställa en fungerande samverkan mellan kommun och region för implementering av beslutade arbets sätt samt att tillgodose behovet av läkarmedverkan för patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis visar resultatet att läkarmedverkan upplevs välfungerande av sjuksköterskorna i verksamheten och att tillgången till läkarresurs i stort möter patienternas behov. Läkarkontinuiteten har förbättrats, främst inom ordinärt boende med hemsjukvård, vilket också stärker arbetsflödet och skapar trygghet. Samtidigt framträder en tydlig och återkommande utmaning vad gäller hembesök. Trots att digitala kontakter möjliggör tillgänglighet upplevs denna lösning inte alltid som tillräcklig, särskilt för patienter med komplexa behov eller när en samlad medicinsk bedömning kräver fysisk närvaro.

Det behövs fortsatt samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och RVN för att gemensamt genomföra beslutade arbets sätt samt identifiera och åtgärda brister, för att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården garanteras en god läkarmedverkan. Under 2025 och 2026 har en läns gemensam arbetsgrupp arbetat med att revidera den länsövergripande överenskommelsen för läkarmedverkan där samtliga vårdgivare inkommit med synpunkter. Beslut om nytt avtal är fattat och börjar gälla från och med januari 2027.

2.2.3 Olämpliga läkemedel hos äldre

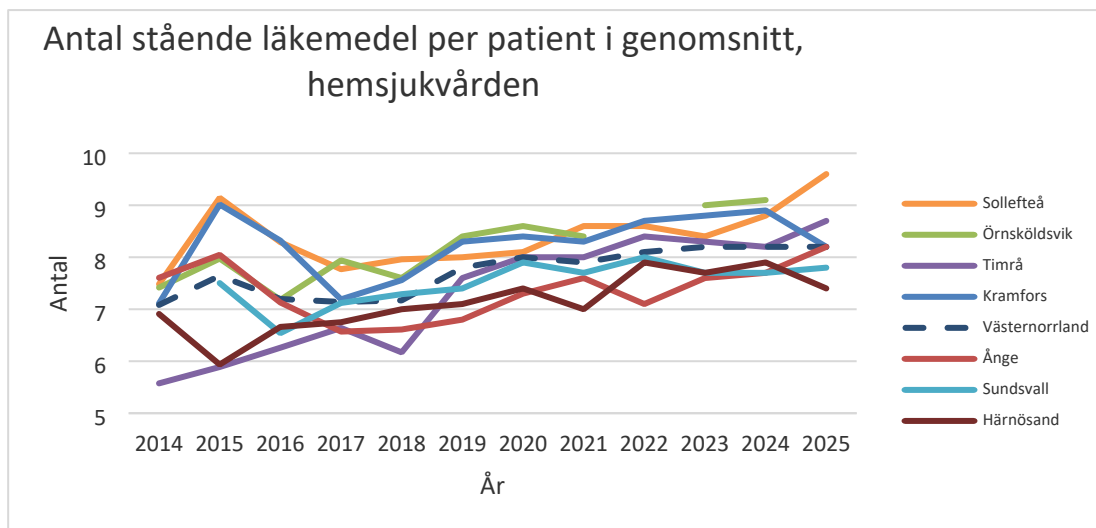
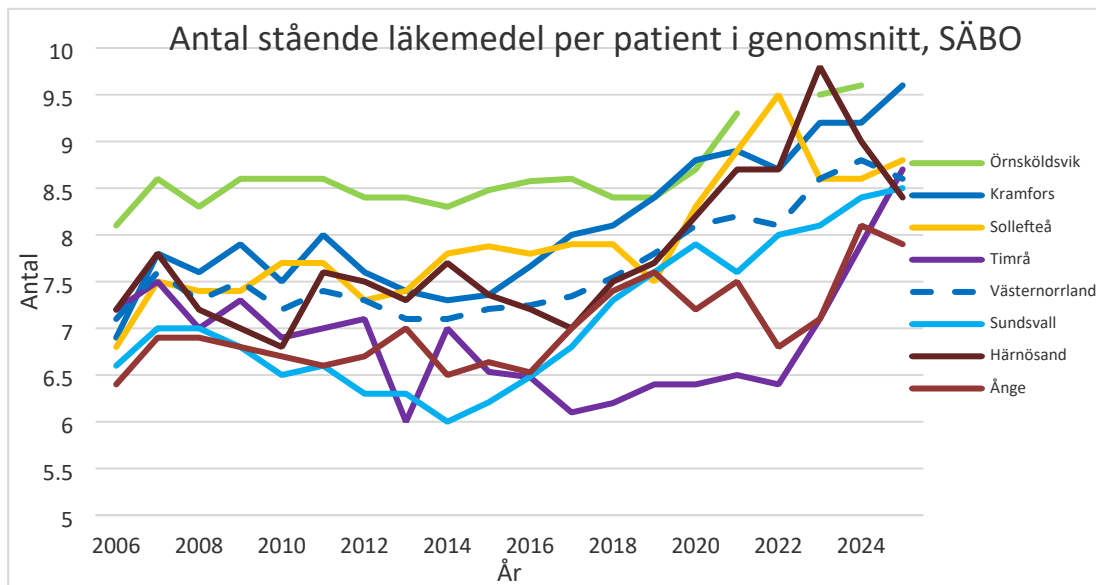
Äldre personer är i allt högre utsträckning multisyka och tar därmed ofta läkemedel för ett flertal sjukdomar och besvär. Det är avgörande att regelbundet uppmärksamma och utvärdera behandlingen eftersom vissa läkemedel och kombinationer kan vara direkt olämpliga. Utvärderingen av behandlingen ska utgå från ett teambaserat helhetsperspektiv och detta sker genom årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar. Patienter bör dessutom inte behandlas med läkemedel när andra åtgärder, såsom omvårdnadsinsatser, kan vara tillräckliga för att minska behovet av läkemedelsbehandling.

För att följa hur primärvårdens läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdens sjuksköterskor arbetar följsamt till rekommendationerna utförs årligen en mätning, NU-lägesbeskrivningen. Målet med mätningen är att följa utvecklingen av läkemedelsanvändning inom länet och skapa underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Stående läkemedel

Stående läkemedel innebär läkemedel som ges samma tid och dag, till skillnad från vid behovsläkemedel som ges när behov uppstår. Sedan mätningarna startade har trenden för antalet läkemedel per patient i snitt ökat

inom både särskilt boende och hemsjukvård. I årets mätning ligger resultaten för stående läkemedel inom särskilt boende för äldre högst i länet, med Kramfors högsta nivå sedan mätningarna inleddes. Hemsjukvården uppvisar däremot ett trendbrott i år genom en minskning av stående läkemedel.



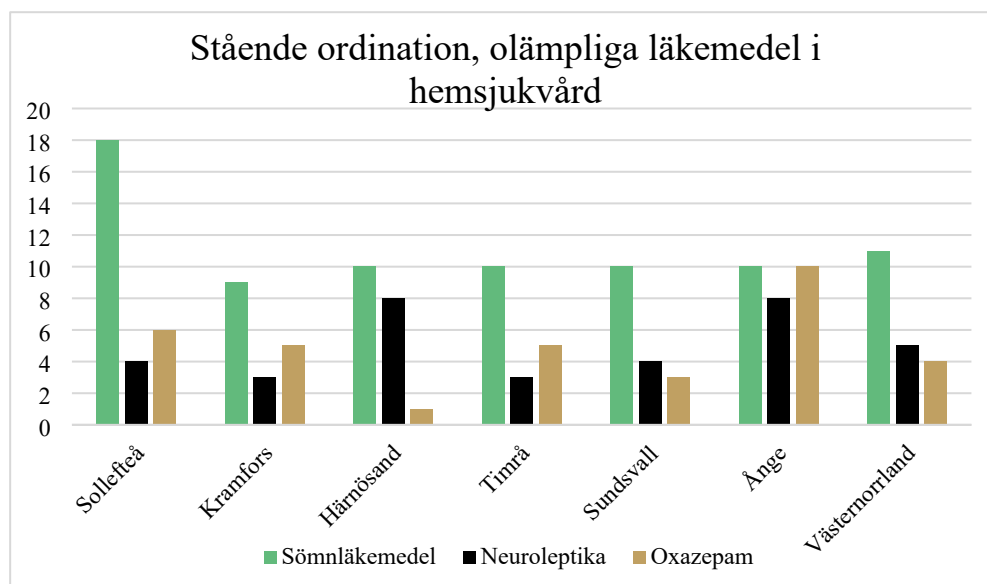
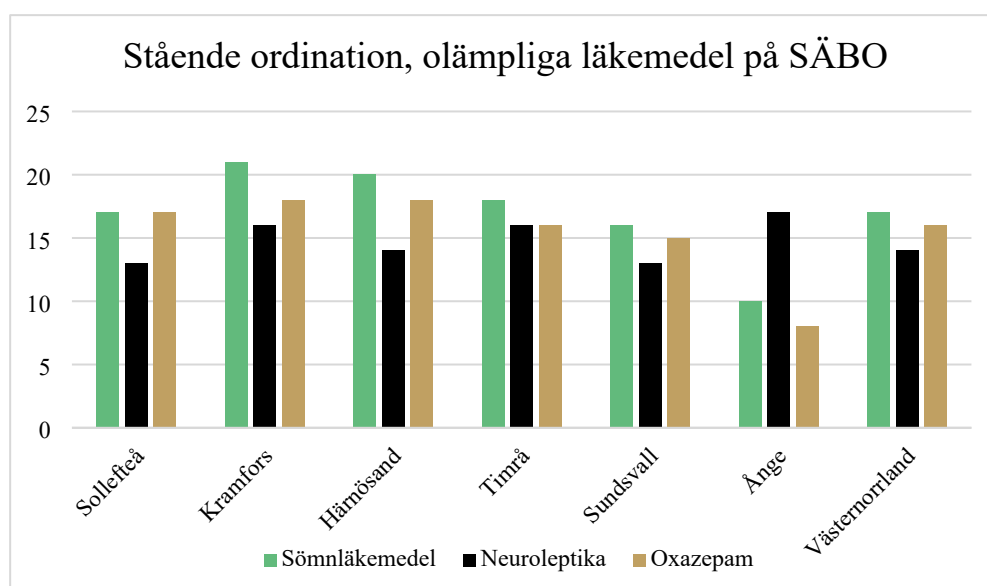
Källa: NU-lägesbeskrivning 2025

Medelåldern för patienter med läkemedelshantering har ökat under året och skiljer sig mellan könen. Såväl inom särskilt boende som inom hemsjukvården var kvinnornas medelålder något högre än männens. Inom särskilt boende för äldre har kvinnor i genomsnitt fler stående läkemedel än män, det motsatta mönstret ses däremot inom hemsjukvården. Skillnaden i antalet stående läkemedel kan delvis förklaras av att kvinnorna har en högre medelålder än männen inom särskilt boende, men detta förklarar inte varför männen i hemsjukvården står för en högre läkemedelsanvändning. Det bedöms därför även sannolikt att förekomsten av bakomliggande sjukdomar och besvär påverkar behovet av stående läkemedel, oberoende av kön och ålder.

Olämpliga läkemedel

Inom särskilt boende för äldre har det under 2025 noterats en ökning av två av de tre olämpliga läkemedlen i stående ordination, där Kramfors ligger över länssnittet för samtliga. Särskilt framträdande är att Kramfors har den högsta andelen patienter med stående ordination av sömnläkemedel och Oxazepam (lugnande läkemedel) i hela länet, även om en minskning kan noteras jämfört med 2024.

Inom hemsjukvården kan en ökning av två av de tre olämpliga läkemedlen i stående ordination noteras i mätningen mellan 2024 och 2025. Trots ökningen ligger de fortfarande under länssnittet vad gäller andelen patienter med stående ordination av neuroleptika (antipsykotiska läkemedel) och sömnmedel, medan nivån för Oxazepam ligger över länssnittet.



Källa: NU-lägesbeskrivning 2025

Könsfördelningen av olämpliga läkemedel som stående ordination inom särskilt boende visar att män i betydligt högre utsträckning ordineras sömnläkemedel och neuroleptika, medan kvinnor mer frekvent har en

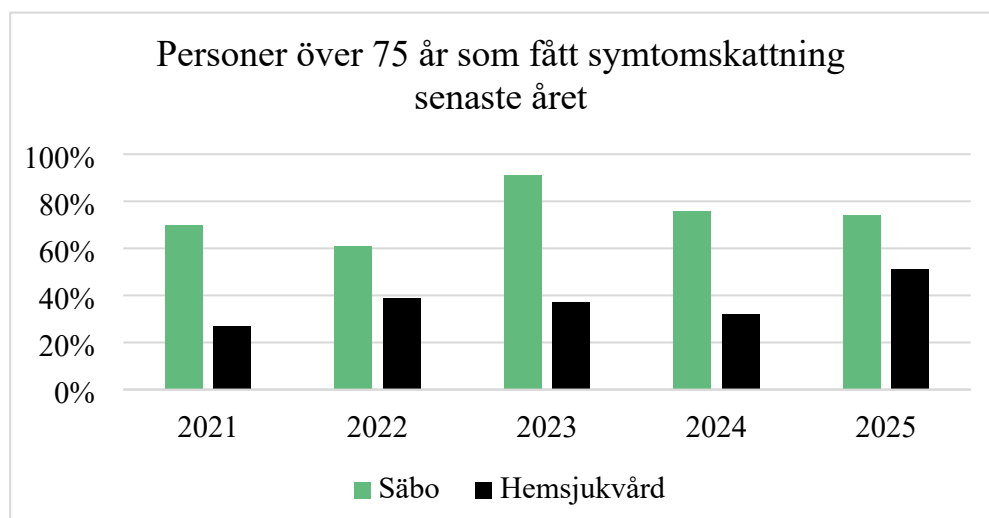
stående ordination av Oxazepam. Inom hemsjukvården är könsskillnaderna mindre uttalade när det gäller Oxazepam och sömnläkemedel. Däremot ses en högre förskrivning av neuroleptika bland kvinnor jämfört med män. Vidare är patienter inom funktionsstöd överrepresenterade i hemsjukvården vad gäller både sömnläkemedel och neuroleptika, vilket kan relateras till bakomliggande sjukdomstillstånd och diagnoser inom denna patientgrupp.

Symtomskattning inför läkemedelsgenomgång

Felaktig läkemedelsanvändning leder onödigt lidande och ökat merarbete i verksamheten. Problemet är särskilt uttalat bland äldre personer, som ofta har flera samtidiga sjukdomstillstånd och därmed en komplex läkemedelsbehandling. För att säkerställa en hög kvalitet i äldres läkemedelsanvändning och minska förskrivningen av olämpliga läkemedel utgör symtomskattningar inför läkemedelsgenomgång en avgörande förutsättning.

För andra året i rad ses en minskning av andelen patienter på särskilt boende som erhållit en årlig symtomskattning, från 76 procent (2024) till 74 procent (2025). Hemsjukvården visar däremot en positiv utveckling och bryter den tidigare nedåtgående trenden med en ökning från 32 procent (2024) till 51 procent (2025). Fördelningen mellan män och kvinnor visade att 65 procent av männen och 57 procent av kvinnorna erhållit en årlig symtomskattning. Resultaten varierar mellan könen och de olika geografiska enheterna gällande hur stor andel som erhållit symtomskattning. Det innebär en ojämlik vård för patienter inom kommunens hälso- och sjukvård.

Verksamheternas svar ger ingen tydlig förklaring till minskningen inom särskilt boende. Majoriteten beskriver att det finns en väl etablerad rutin för symtomskattningar, men att slutförandet av läkemedelsgenomgångar i vissa fall fördröjs på grund av läkarmedverkansfaktorer. Inom hemsjukvården framkommer att arbetssättet utvecklats sedan föregående år, till en mer systematisk hantering av symtomskattningar. Flera enheter uppger att undersköterskors kompetens i större utsträckning nyttjas för att genomföra skattning och provtagning inför läkemedelsgenomgång.



Källa: NU-lägesbeskrivning 2025

Det står klart att utmaningarna skiljer sig mellan särskilt boende och hemsjukvård i ordinärt boende. Särskilt boende uppvisar en fortsatt ökning

av antalet stående läkemedel samt majoriteten av de olämpliga läkemedlen, samtidigt som andelen symtomskattningar minskar ytterligare. Det är därför av största vikt att arbetet med BPSD-skattningar och symtomskattningar inför läkemedelsgenomgång prioriteras för att motverka de ojämlikheter som framträder och säkerställa en patientsäker läkemedelsbehandling.

Hemsjukvården i ordinärt boende och funktionsstöd visar däremot ett positivt trendbrott i flera delar, detta indikerar att de insatser som genomförts under året haft effekt. För att motverka ojämlikheter är det avgörande att dessa arbetssätt både vidmakthålls och utökas till samtliga geografiska områden.

Det är viktigt att understryka att den kommunala hälso- och sjukvården inte ensamt kan driva arbetet mot minskad läkemedelsanvändning. Ett teambaserat samarbete med regiondriven primärvård är avgörande för att skapa en gemensam strategi. Under inledningen av 2026 planeras därav en samverkan i syfte att skapa samsyn och gemensamma strategier.

2.2.4 Extern granskning av läkemedelshantering

Kommunen som vårdgivare är skyldig att regelbundet genomföra en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Under hösten 2025 genomfördes en kvalitetsgranskning vid två särskilda boenden för äldre och tre gruppboendestäder med särskild service enligt LSS. Urvalet baserades på tidigare identifierade brister där omfattande åtgärder hade vidtagits tidigare under året.

I kvalitetsgranskningarna framkom brister i läkemedelskassaktion, signering av läkemedelsdoser, inaktuella läkemedelsordinationer och avsaknad av tydliga lokala arbetsordningar. Vidare identifierades brister i akutläkemedelsförrådets skötsel, kontroller och medicinska kylar. Granskningen visade även att rapporteringen av läkemedelsavvikelser inte är tillräckligt känd eller genomförs i tillräcklig omfattning inom gruppboendestäderna, vilket innebär risker för patientsäkerheten och begränsar verksamhetens möjligheter till lärande.

Rekommendationen var att säkerställa att kontroller av datum, temperatur och narkotikahantering genomförs i enlighet med gällande rutiner. Nya medicinska kylskåp har införskaffats till de särskilda boendena, och de defekta enheterna har tagits ur bruk. Därutöver har lokala arbetsordningar och tydligare ansvarsfördelning säkerställts för att ge sjuksköterskor bättre stöd i de moment som ingår i den dagliga läkemedelshantering, i syfte att upprätthålla en hög patientsäkerhet. De identifierade bristerna, tillsammans med föreslagna åtgärder, har kommunicerats till respektive enhetschef och berörd sjuksköterska genom en handlingsplan för åtgärd.

2.2.5 Digital signering

Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder breddinfördes under 2024 inom hemsjukvården och i särskilt boende. Införandet inom funktionsstöd återstår, där signering fortfarande sker i pappersformat. Implementeringen genomfördes ur ett patientsäkerhetsperspektiv i syfte att genom tekniska spärrar förhindra att omvårdnadspersonal utan gällande delegering signerar hälso- och sjukvårdsåtgärder samt att möjliggöra tidigare upptäckt av uteblivna åtgärder och därigenom minska antalet avvikelser.

En identifierad risk kopplad till digital signering är den omfattande förekomsten av osignerade hälso- och sjukvårdsåtgärder av icke legitimerad personal. Under 2025 är 18 procent av de fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärderna inom ordinärt boende och 6 procent inom särskilt boende för äldre osignerade. Detta indikerar bristande följsamhet på organisatorisk nivå till *rutin för mobil dokumentation och digital signering*.

Den vanligast förekommande osignerade åtgärden är läkemedelstillförsel i olika beredningsformer, vilket även är den mest frekventa typen av hälso- och sjukvårdsåtgärd. Digital signering av narkotikaklassade läkemedel har dessutom varit föremål för flertalet hälso- och sjukvårdsavvikelser, där dokumentation av narkotikaförbrukning har skett felaktigt eller helt uteblivit.

Andelen osignerade hälso- och sjukvårdsåtgärder varierar kraftigt mellan olika enheter. I verksamhetens redogörelser framgår att tekniska brister i signeringssystemet har utgjort ett betydande hinder under året, vilket i viss utsträckning har medfört att signering har genomförts i pappersformat och därmed inte registrerats digitalt. Signering har även uteblivit i situationer där patienter inte har varit hemma eller där signeringslistan har varit inaktuell.

Mot denna bakgrund utgör digital signering ett prioriterat område för 2026. Det krävs ett förstärkt arbete för att minska antalet osignerade hälso- och sjukvårdsåtgärder och säkerställa en patientsäker digital signering.

2.2.6 Tandvårdsstöd

Patienter med stora omvårdnadsbehov har ofta svårt att själva upprätthålla en god munhälsa eller uppsöka tandvård. Därför erbjuder RVN i samarbete med Folktandvården och kommunen, årliga kostnadsfria munhälsobedömningar samt nödvändig tandvård. Detta omfattar patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, patienter på särskilt boende för äldre, patienter med insatser enligt LSS samt de som bor i egen bostad och har uttalat stora behov av vård och omsorg.

Enligt den statistik som Folktandvården rapporterat har 205 patienter inom kommunens verksamheter fått erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning. Detta motsvarar en minskning med 28 procent jämfört med föregående år.

Folktandvårdens statistik visar att 143 personer på särskilt boende fått erbjudande om munhälsobedömning, trots att det totalt finns 218 platser. Även om några platser kan ha stått tomma vid tidpunkten för bedömningarna indikerar siffrorna att inte alla patienter fått erbjudandet.

För patienter i ordinärt boende och LSS är antalet erbjudna munhälsobedömningar betydligt lägre, totalt 62 patienter. Detta innebär visserligen en ökning med 148 procent jämfört med 2024, men bedömningen är att det fortfarande inte motsvarar det faktiska behovet.

Beskrivningarna från verksamheterna står i motsättning till den statistik som rapporteras av Folktandvården. Samtliga verksamheter anger i sina svar att kännedomen om *rutinen för munhälsobedömning och utfärdande av intyg för nödvändig tandvård* är god samt att följsamheten är hög. Det bedöms dock sannolikt att den upplevda bilden av hög följsamhet inte fullt ut återspeglar det faktiska utfallet.

2.2.7 Riktade satsningar på rehabilitering/habilitering och främjande insatser

Samverkan mellan arbetsterapeut, fysioterapeut och myndighetsutövning inom äldreomsorg

Fallförebyggande åtgärder i samband med ansökan om trygghetslarm och intensiv hemrehabilitering (IHR) har övergått till ett ordinarie arbets sätt. Totalt har 157 invånare som ansökt om biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen även erbjudits rehabiliterande insatser. Resultaten visar på ökad självständighet, med ett minskat behov av stöd som följd.

Hälsofrämjande samtal

Arbetet med att erbjuda hälsofrämjande samtal till invånare i Kramfors kommun födda 1945 har fortsatt under året. Totalt har 229 invånare erbjudits samtal, varav cirka 40 procent har tackat ja. Samtalen leds av arbetsterapeut eller fysioterapeut syftar till att tidigt identifiera behov samt vägleda till rätt stödinsatser. Arbets sättet har utvecklats i nära samverkan med representanter från målgruppen. Samtalen kommer att fortsätta erbjudas under 2026.

Fallprevention

Under året har arbetsterapeuter och fysioterapeuter utvecklat ett arbets sätt där patienter som för första gången får insatser från kommunens hälso- och sjukvård erbjuds en fallriskbedömning med tillhörande förebyggande åtgärder. Utvärdering visar att denna patientgrupp ofta har en förhöjd fallrisk, vilket tydliggör vikten av ett systematiskt och tidigt förebyggande arbete.

Hjärnhälsa

Kommunen har tillsammans med RVN startat pilotprojektet Hjärnhälsa, vilket är ett åtgärdsprogram med fokus på livsstilsförändringar. Programmet erbjuds invånare från 65 år i syfte att förebygga demenssjukdom och kognitiv svikt. Under året har programinnehåll och arbets sätt utvecklats och 20 personer har påbörjat programmet. Ytterligare en grupp med tio deltagare startar under 2026.

Arbetsterapeut med Individ och familjeomsorg (IFO) och funktionsstöd

Under året har ett projekt initierats där personer som ansöker om insatser inom socialpsykiatri och LSS erbjuds arbetsterapeutisk bedömning och insatser. Syftet är att kartlägga behov och stärka individens självständighet.

2.2.8 Utveckling av demensvården

I syfte att utveckla kommunens demensvård har en utsedd arbetsgrupp genomfört en kartläggning av nuvarande arbets sätt utifrån *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Varje dag räknas – Nationell demensstrategi 2025–2028* samt arbets sättet med *Multidisciplinärt organisationsöverskridande demsteam (MOD)*. Arbetet med att ta fram en åtgärdsplan färdigställs under inledningen av 2026.

2.2.9 Kost och förebygga undernäring

Under året har en projektanställd dietist påbörjat arbetet med att utveckla och stärka kompetensen kring kost för äldre samt ge stöd för hur undernäring kan förebyggas. Uppdraget innefattar även att arbeta mot äldre i civilsamhället som en främjande och förebyggande insats.

2.2.10 Kvalitetsrådet

Under 2025 påbörjades arbetet med att etablera ett kvalitetsråd med syfte att aktivt utveckla ledningssystemet för kvalitet samt stärka arbetet med egenkontroller, intern kontroll och uppföljning. Förvaltningens ledningsgrupp har under året beslutat att pausa arbetet med kvalitetsrådet tills vidare. Ett beslut om modell för ledningssystemet är fattat, men utvecklingsarbetet kopplat till ledningssystemet, egenkontroller, intern kontroll och uppföljning återstår till stor del.

2.3 Säker vård här och nu

En säker vård här och nu handlar om att i det dagliga arbetet ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller förändringar kan inträffa, liksom att kunna hantera dem och agera här och nu.



2.3.1 In- och utskrivning i slutenvård

Kramfors kommun har, i samarbete med Sollefteå kommun samt slutenvård och primvård inom RVN närsjukvårdsområde väster fortsatt arbetet med den gemensamma handlingsplanen för in- och utskrivning i slutenvård. Aktiviteter har skett inom följande områden; inskrivning, under vårdtillfället, vid utskrivning samt vid SIP.

Under året har kommunikationssystemet Prator vid in/utskrivning i slutenvård fasats ut och ersatts av Life Care SP. Bytet av system har medfört att flera sekretess- och patientsäkerhetsrisker uppmärksammats varpå en styr- och arbetsgrupp arbetat intensivt med att göra riskanalyser, genomföra åtgärder och förändringar samt följa upp effekten. Arbetet med att justera både arbetssätt och system fortsätter under kommande år.

2.3.2 Process för att ge kommunal hälso- och sjukvård

Under året har ett arbete genomförts med fokus på processen att ge patientsäker kommunal hälso- och sjukvård av hög kvalitet. *Tjänsteföreskrift för hälso- och sjukvård i Välfärdsförvaltningen* tydliggör kommunens ansvar och grunduppdrag som vårdgivare och tydliggör även ansvarsfördelning för individuella hjälpmedel och förbrukningsmaterial. *Rutin för kommunal hälso- och sjukvård* samt *Arbetsbeskrivning för legitimerade yrkesgrupper* ger stöd till och tydliggör legitimerad personals yrkesutövning, fram för allt kring uppföljning. Implementering av dessa styrdokument har påbörjats under hösten 2025 och försätter under 2026.

2.3.3 Egenvård

Under året har en länsgemensam arbetsgrupp med representanter både från RVN och länets kommuner utsetts och påbörjat arbetet med revidering av gemensamma riktlinjer för egenvård. Arbetet beräknas vara färdigställt under 2026.

2.3.4 Medicintekniska produkter

Årlig besiktning av grundutrustning har genomförts enligt gällande krav, och under året har planerat utbyte av delar av vårdmanövrerade sängar, taklyftar och tryckavlastande madrasser genomförts. Även nyinköp av

medicinskt teknisk utrustning har genomförts enligt plan. Arbetet med att etablera en sammanhållen rutin för märkning, kontroll, kalibrering och utrangering av medicinteknisk utrustning har inletts.

2.3.5 Delegeringar

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till stöd- och omvårdnadspersonal är vanligt förekommande inom kommunal hälso- och sjukvård och får endast ske under förutsättning att den är förenlig med kraven på god och säker vård. I syfte att stärka patientsäkerheten och tydliggöra vårdgivarens ansvar träder nya föreskrifter i kraft den 1 januari 2026. Detta innebär att regleringen efter årsskiftet enbart omfattar delegering av läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården. Det föreligger dock inget förbud mot att delegera oreglerade arbetsuppgifter men vårdgivaren ansvarar själv för att bedöma behovet av eventuella formella krav för sådana uppgifter.

För att följa upp årets delegerade arbetsuppgifter har upprättade och återkallade delegeringsbeslut sammanställts samt verksamheternas hantering av delegerade arbetsuppgifter kartlagts. Generellt beskriver verksamheterna att delegerade arbetsuppgifter genomförts på ett patientsäkert sätt. I svaren framkommer samtidigt vissa brister, bland annat språksvårigheter, uteblivna läkemedelsdoser och signeringar samt otillräcklig delegeringsuppföljning av legitimerad personal.

Under året återkallades fyra delegeringsbeslut av totalt 1 028 upprättade delegeringar. Samtliga återkallelser avsåg särskilt boende och genomfördes då fortsatt delegering inte bedömdes vara förenlig med god och säker vård.

Under inledningen av 2026 reviderar medicinskt ansvariga *Tjänsteföreskrift för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter* i enlighet med gällande lagstiftning. Parallellt har ett förändrat och digitaliserat delegeringsförfarande för läkemedelshantering initierats vid årsskiftet 2025/2026 inom utvalda pilotområden, i syfte att kvalitetssäkra delegeringsprocessen och dess uppföljning samt ytterligare stärka patientsäkerheten.

2.3.6 Bemanning legitimerad personal

Tillräcklig bemanning av legitimerad personal är en förutsättning för en god och säker hälso- och sjukvård. Behovet och antalet patienter kan variera stort inom hemsjukvården mellan olika perioder, medan inom särskilda boendeformer är antalet platser mer konstant. Samtidigt går utvecklingen mot en mer avancerad och komplex vård som utförs i kommunal regi med allt kortare vårdtider inom slutenvården.

Utredningar av allvarliga händelser har visat att bemanningen av sjuksköterskor, inte alltid motsvarat patienternas behov och därmed varit en bakomliggande orsak. Även lokala handlingsplanen för patientsäkerhet har identifierat säker bemanning som ett behovsområde.

I dagsläget saknas fastställda parametrar för hur bemanningen av legitimerad personal ska dimensioneras inom kommunala hälso- och sjukvården utifrån patienternas varierade behov. Arbetet behöver fortsätta för att säkerställa att bemanningen kan möta både förväntade och nyuppkomna behov.

För att stärka kontinuiteten har fem semesterperioder införts för legitimerad personal vilket ökat andelen ordinarie medarbetare i tjänst. Bemanningen av sjuksköterskor på röda dagar och helger har utökats för att ge en högre tillgänglighet samt kunna möta patienternas behov.

2.4 Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

2.4.1 Hälso- och sjukvårdsavvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

För att säkerställa en god och säker vård ska oönskade händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras, dokumenteras och följas upp inom verksamhetens ledningssystem. Händelsernas bakomliggande orsaker ska analyseras på systemnivå för att möjliggöra effektiva åtgärder som förebygger återupprepning och minimerar konsekvenser. Genom att sammanställa och analysera avvikelser på aggregerad nivå kan verksamheten identifiera mönster, brister och risker som påverkar systemets funktion och därmed stärka det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Avvikelse i vårdkedjan

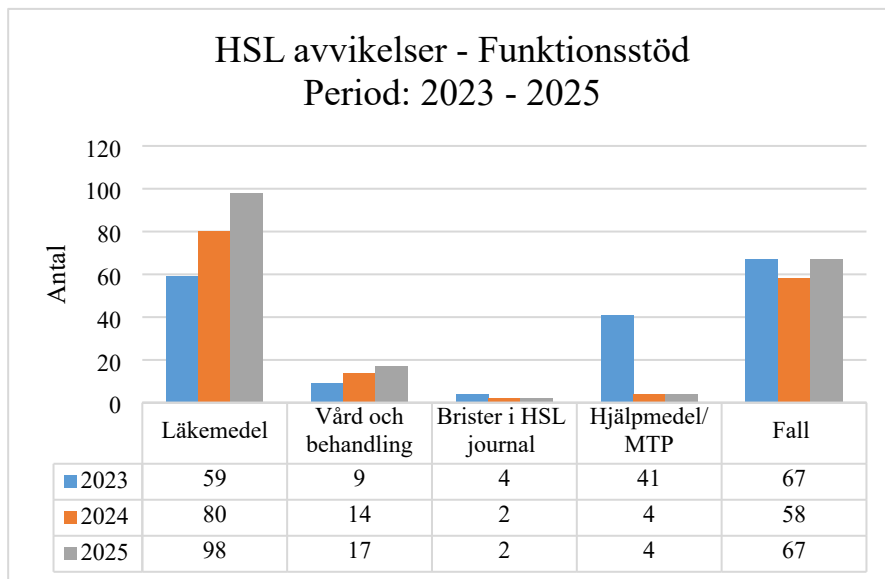
Avvikelse i vårdkedjan rapporteras när oönskade händelser uppstår i övergångar mellan vårdgivare. Under 2025 har totalt 59 avvikelser registrerats, vilket ligger i nivå med föregående år (56). Fördelningen följer samma mönster som tidigare år: 49 avvikelser har rapporterats utgående mot regionen, medan 10 avvikelser inkommit till Kramfors kommun.

De inkommande avvikelserna rör huvudsakligen brister i informationsöverföring mellan kommun och region, felaktig märkning vid provtagning, otillräckliga bedömningar och uppföljningar samt fördröjda utskrivningar från sjukhus. De oönskade händelserna som avvikelserna avser har främst inneburit fördröjd vård och behandling samt medfört en ökad administrativ belastning. Det finns dock inget som indikerar att händelserna resulterat i vårdskada eller andra allvarliga konsekvenser och därmed har ingen av avvikelserna föranlett utredning av medicinskt ansvariga. Under 2025 har fyra av de tio inkommande avvikelserna i vårdkedjan hanterats och avslutats vid årets slut vilket är en försämring i jämförelse med fjolåret. De åtgärder som vidtagits i syfte att förhindra upprepning är dialog med berörda medarbetare samt återföring av inträffade händelser vid yrkesträffar.

Majoriteten av de utgående avvikelserna i vårdkedjan har riktats mot RVN slutenvård och primärvård. Avvikelse i vårdkedjan rör främst brister i samordning, särskilt avseende kommunikation och informationsöverföring. Flera avvikelser berör även brister i läkarmedverkan, läkemedelsordinationer samt att hjälpmedelsbehov och medsändning av läkemedel inte tillgodosetts vid utskrivning från slutenvården. Dessa felhändelser har främst lett till fördröjd vård och behandling.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser område funktionsstöd

Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat inom området funktionsstöd jämfört med föregående år. Ökningen återfinns fram för allt inom området läkemedel men även fall samt vård och behandling. De mest förekommande avvikelserna är läkemedel och fall. Fördelningen skiljer sig åt mellan könen, 45 procent av avvikelserna avser kvinnor och 55 procent avser män. Skillnaden i fördelningen kan förklaras med att det finns fler män (54 procent) än kvinnor (46 procent) som erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser inom område funktionsstöd.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 260112.

För andra året i rad har antalet läkemedelsavvikelser ökat, under 2024 kunde ökningen härledas till att läkemedelsavvikelser som tidigare registrerats felaktigt nu kategoriserats korrekt. Av enheternas egna analyser framgår att bakomliggande orsak är att signering av läkemedel uteblivit samt glömska. Genomförda åtgärder har i huvudsak handlat om förbättrad kommunikation och tydliggörande av rutiner. Den ökande trenden av läkemedelsavvikelser gör det angeläget att verksamheterna fortsatt arbetar med avvikelshantering enligt gällande rutin.

Antalet fall har under flera år minskat i område funktionsstöd, men för 2025 ses en ökning. Männerna står för 55 procent av fallen och kvinnorna för 45 procent vilket är i relation till könsfördelningen inom funktionsstöd. Att fler män faller har också lett till att fler män skadar sig i fallolyckor. Bakomliggande orsaker som anges är främst relaterade till patienternas hälsotillstånd och personliga förutsättningar. De åtgärder som rapporteras som vidtagna är få, saknar ett tydligt förebyggande fokus och bedöms inte lett till några synliga effekter. Utifrån det som framkommer kan det konstateras att det i dagsläget inte bedrivs ett systematiskt fallpreventivt arbete inom område funktionsstöd, det är rimligt att anta att antalet fall skulle kunna minskas genom fallpreventivt arbete.

Utifrån verksamhetens egna analyser framgår det att det saknas en systematik och en teamsamverkan kring hanteringen av hälso- och sjukvårdsavvikelser. Enhetscheferna har i stor utsträckning själva hanterat avvikelser som berör hälso- och sjukvården utan legitimerad personals medverkan. Denna hantering riskerar att bedömning av eventuell vårdskada

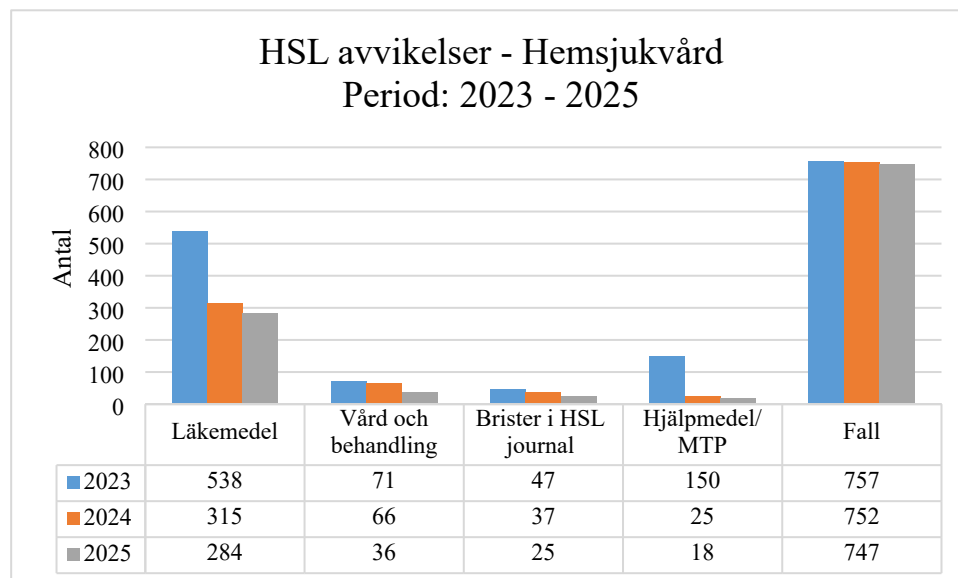
uteblir eller försenas, att bakomliggande orsaker inte identifieras och att nödvändiga åtgärder uteblir. Under 2024 hade 26 procent av avvikelserna inom funktionsstöd hanterats och avslutats vid årets slut. År 2025 hade andelen ökat till 47 procent, vilket innebär en förbättring även om mer än hälften av avvikelserna fortfarande inte är hanterade och avslutade.

En förutsättning för att bedriva patientsäkra verksamheter är att avvikelser hanteras och åtgärder vidtas i anslutning till att felhändelsen inträffar. Det är därför av största vikt att systematiskt och teambaserat arbeta med avvikelshantering samt att analysera och vidta åtgärder särskilt riktade mot de mest frekvent förekommande avvikelsetyperna, fall och läkemedel.

Inför 2026 har teamen inom funktionsstöd fått i uppdrag att skapa systematik och struktur i arbetet med avvikelshantering, i enlighet med gällande rutin som bland annat omfattar rapportering och analys. Åtterrapporering ska ske kontinuerligt under året av antalet avvikelser, bakomliggande orsaker, mönster och trender samt vidtagna åtgärder. Insatsen syftar till att förebygga vårdskador, skapa lärande och förhindra återupprepning.

Hälsa- och sjukvårdsavvikelser område ordinärt boende/hemsjukvård

Under föregående år sågs en minskning av antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i ordinärt boende, trenden fortsätter under 2025 med en minskning på cirka 25 procent. Minskningen återfinns inom områdena läkemedel, vård och behandling samt medicintekniska produkter. Den mest förekommande hälso- och sjukvårdsavvikelsen är fall och trots minskningen, läkemedel.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 260112.

Analysen från enheterna visar att arbetet med avvikelshantering bedrivs i varierande omfattning och att följsamheten till rutin brister vid flera enheter i ordinärt boende. De enheter som har kommit längre beskriver tydliga strukturer med återkommande träffar, vilket indikerar ett mer systematiskt arbetssätt. På de enheter som upplever hinder ges återkommande beskrivningar av svårigheter att samla hela teamet, framför allt legitimerad personal. Flera enheter uttrycker också ett behov av att vidareutveckla arbetet.

Vad gäller hälso- och sjukvårdsavvikelserna skiljer sig andelen mellan könen, 52 procent av avvikelserna avser kvinnor och 48 procent män. Detta speglar att fler kvinnor (56 procent) erhåller kommunal hälso- och sjukvård i hemmet än män (44 procent).

Antalet läkemedelsavvikelser har för andra året i rad minskat inom ordinärt boende. Bakomliggande orsaker till de rapporterade avvikelserna uppges vara slarv/handhavande och brister i ordinationsunderlag. För att minska avvikelserna har åtgärder som kompetensutveckling, att erbjuda läkemedelsautomat i första hand samt schemaplanering för ökad kontinuitet genomförts. Det är också rimligt att anta att minskningen av antalet patienter i hemsjukvården (10 procent) också medfört färre avvikelser.

Antalet fall inom ordinärt boende ligger i nivå med de två senaste åren. Det är något vanligare att kvinnor (51 procent) drabbas av fall jämfört med män (49 procent), vilket delvis kan förklaras av att en större andel kvinnor än män erhåller hälso- och sjukvård i hemmet. De bakomliggande orsakerna rör främst patientrelaterade faktorer, så som medicinska tillstånd, kognitiva svårigheter, men också miljöns utformning samt riskbruk/skadligt bruk av alkohol och läkemedel.

Flera enheter har påbörjat arbetet med fallriskbedömningar enligt Senior Alert och stärkt det fallförebyggande arbetet genom tvärprofessionella insatser samt förbättringar i både den fysiska miljön och kring måltider och nutrition. Enskilda enheter ser tecken på minskade fall, men på övergripande nivå är antalet fall oförändrat. Inom ordinärt boende är det fallförebyggande arbetet ännu i ett tidigt skede och effekter i form av minskade fall eller fallskador kan ännu inte ses. Det är dock rimligt att förvänta sig att ett fortsatt systematiskt och tvärprofessionellt fallpreventivt arbete kan bidra till att minska både fall och fallrelaterade skador inom ordinärt boende.

Enheternas egna analyser visar på att arbetssätten kring avvikelshantering varierar betydligt mellan teamen i ordinärt boende. Två enheter beskriver en etablerad systematik med återkommande tvärprofessionella möten, medan övriga enheter lyfter svårigheter, bland annat att samla teamet, särskilt legitimerad personal. Detta innebär en risk för att avvikelshandlingen inte genomförs tvärprofessionellt och att potentiella vårdskador därmed inte upptäcks eller åtgärdas. Samtliga enheter beskriver att arbetsplatsträffar och veckomöten är gemensam bas för lärande av inträffade händelser.

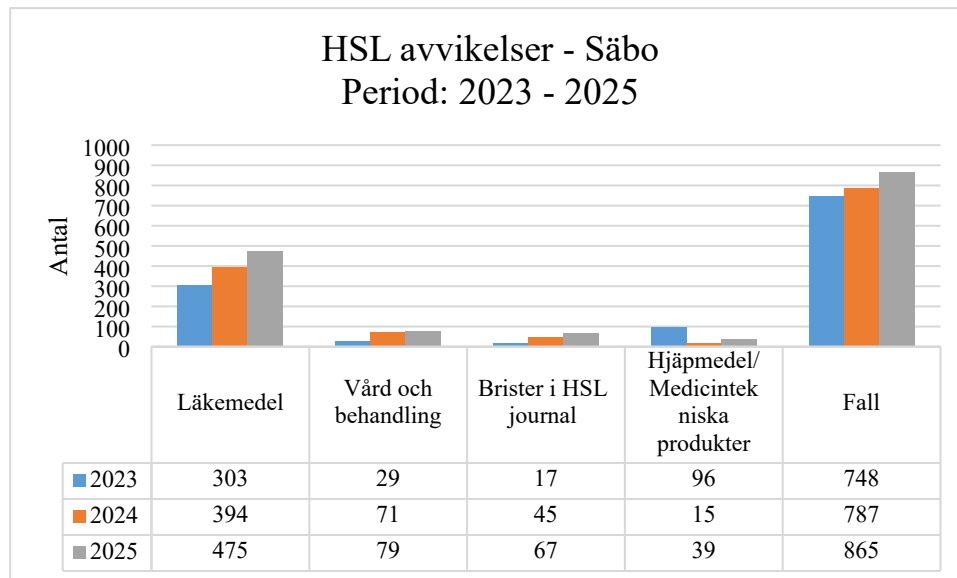
Sammantaget saknas i flera team både samverkan och en systematik för bedömning, utredning, åtgärd och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavvikelser. Statistiken visar samtidigt en positiv utveckling avseende avslutade avvikelser: 59 procent av avvikelserna har hanterats och avslutats i systemet, vilket är en förbättring jämfört med 2024 då 45 procent avslutades. Enheternas analyser visar dock att avvikelshandlingen inte alltid genomförts tvärprofessionellt, vilket riskerar att minska kvalitén trots den ökade avslutsgraden.

En förutsättning för att bedriva patientsäkra verksamheter är att avvikelser hanteras och åtgärder vidtas i anslutning till att felhändelsen ägt rum. Det är därför av största vikt att komma till rätta med att systematiskt arbeta med avvikelshandlingen samt att analysera och vidta åtgärder särskilt riktat mot de mest frekvent förekommande avvikelsetypen inom ordinärt boende; fall.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser område särskilt boende för äldre

Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser ökar för andra året i rad inom särskilt boende, för 2025 kan en ökning på 18 procent konstateras. Ökningen återfinns inom alla hälso- och sjukvårdskategorier men ökningen avser främst läkemedel, fall och brister i hälso- och sjukvårdsjournal.

Statistiken visar att hälso- och sjukvårdsavvikelseerna fördelar sig olika mellan könen, 56 procent av avvikelserna avser kvinnor och 44 procent män vilket motsvarar den könsfördelning som finns inom särskilt boende.



Källa: Avvikelsemodulen Treserva, 260112.

Statistiken visar en uppåtgående trend av rapporterade läkemedelsavvikelser med nästan en fördubbling sedan 2021. Ökningen mellan 2023 och 2024 kunde förklaras med att läkemedelsavvikelser som tidigare felkategoriserats nu registrerats korrekt. Bakomliggande orsaker som rapporteras från enheterna är hög arbetsbelastning, få medarbetare med delegering, kompetensbrist och digital signering. Några enheter inom särskilt boende angav få medarbetare med delegering för läkemedel som bakomliggande orsak. Vid kontroll av antal accepterade delegeringsbeslut kan det konstateras att betydligt fler delegeringar utfärdats jämfört med 2020, en ökning med 36 procent.

De åtgärder som enheterna beskriver vidtagits är utökning av teamsamverkan, införande medicinturer i planeringssystemet TES, förändrad bemanning, återkallande av delegering, individuella samtal samt att läkemedel ges i patientens bostad.

Allt fler äldre lever längre och har ofta flera kroniska sjukdomar. Detta kan bidra till en ökad läkemedelsanvändning inom särskilt boende, vilket i sin tur medför en större risk för felhändelser. Brister i kontinuiteten bland sjuksköterskor kan också vara en bidragande faktor till denna utveckling. Analysen visar också att det förändrade arbetssättet för planering av insatser på särskilt boende kan vara en bidragande faktor. I samband med förändringen saknades tydlig styrning för hur hälso- och sjukvårdsåtgärder skulle planeras och fördelas, vilket kan ha påverkat utfallet. Sammantaget innebär detta att behovet av strukturerade läkemedelsgenomgångar, tydliga rutiner samt uppföljning är fortsatt stort.

Antalet fall inom särskilt boende har för andra året i rad ökat, för 2025 med cirka 10 procent jämfört med föregående år. Antalet fall har dock inte lett till fler fallskador. Kvinnor både faller mer och skadar sig i något högre utsträckning än män vilket kan vara relaterat till könsfördelningen på särskilt boende. I genomsnitt inträffar 2,4 fall per dag inom särskilt boende och i snitt skadas en person varannan dag efter ett fall. De bakomliggande orsaker som lyfts fram är demenssjukdom och symtom kopplade till sjukdomsbilden, alkoholpåverkan, brister i följsamhet till BPSD-åtgärder men också att vissa individer står för ett stort antal fall. Flera enheter beskriver att de arbetar systematiskt med fallriskbedömning enligt Senior Alert och några enheter har mindre följsamhet. Åtgärder som vidtagits för att minska fall och skador är exempelvis fallriskbedömningar, hjälpmedel och skyddsåtgärder.

Arbetet med avvikelshantering bedrivs mer systematiskt inom särskilt boende för äldre jämfört med både ordinärt boende och funktionsstöd. Flera enheter där avvikelshandlingen fungerar väl beskriver att arbetet sker med kontinuitet. På samtliga enheter hanteras avvikelser i första hand av sjuksköterskor och enhetschefer, medan arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar i mindre utsträckning. Detta kan begränsa möjligheterna till ett tvärprofessionellt perspektiv. Identifierade utmaningar är bland annat svårigheter att avsätta tid för teamet att hantera avvikelser, att finna effektiva åtgärder samt att följa upp effekten. Även systemstödet, modulen för avvikelshantering, beskrivs som utmanande. Några enheter rapporterar dessutom brist på legitimerad personal, framför allt sjuksköterskor, vilket påverkar möjligheten att hantera avvikelser på ett effektivt sätt.

För att stärka avvikelshandlingen behöver ledningen säkerställa tydlig styrning och främja en stärkt teamsamverkan. Tid och resurser måste avsättas för att utreda och följa upp avvikelser, vilket är avgörande för långsiktig kvalitet och säkerhet i verksamheten. Under föregående år noterades att en stor del av avvikelserna inte hade hanterats vid årets slut, endast 48 procent var behandlade. För 2025 har 60 procent av avvikelserna inom särskilt boende hanterats och avslutats, vilket innebär en förbättring, men fortfarande visar på brister.

Det är av stor vikt att komma till rätta med att systematiskt arbeta med avvikelshandlingen samt att analysera och vidta åtgärder särskilt riktat mot de mest frekvent förekommande avvikelsetyperna; fall och läkemedel som ökat.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser som involverar legitimerad personal

Under 2025 rapporterades 150 hälso- och sjukvårdsavvikelser som involverar legitimerad personal, vilket motsvarar en ökning med 159 procent jämfört med 2024. Ökningen har dock inte lett till fler allvarliga vårdskador. Mot bakgrund av det tidigare låga antalet rapporterade avvikelser bedöms ökningen med stor sannolikhet vara kopplad till en förbättrad rapporteringsfrekvens, vilket i sin tur stärker det systematiska förbättringsarbetet.

Merparten av de rapporterade avvikelserna som involverar legitimerad personal avser brister i hälso- och sjukvårdsjournal, läkemedelsbehandling samt vård och behandling. Orsakerna till felhändelserna beskrivs vara bristande följsamhet till gällande rutiner, komplext och tidskrävande journalsystem som medfört avsteg från etablerade arbetssätt samt bemanning och personalkontinuitet.

För att förebygga upprepade felhändelser har verksamheten vidtagit flera åtgärder, bland annat ett återkommande veckoutskick med fokus på aktuella rutiner för att stärka följsamheten. Bemanningen av legitimerad personal har förstärkts under semesterperioder, och bemanningen av sjuksköterskor har även utökats under storhelger för att möta patienternas behov. Utbildningsinsatser i journalsystemet har genomförts och antalet superanvändare har ökat för att förbättra tillgängligheten till dokumentationsstöd. I verksamhetens svar framhålls även att förutsättningarna för en systematisk avvikelshantering har förbättrats i och med rekryteringen av ytterligare en enhetschef i slutet av 2025. Samtidigt kvarstår uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder som en fortsatt utmaning.

Statistiken visar en positiv utveckling av andelen hanterade och avslutade avvikelser som involverar legitimerad personal. Under 2025 hanterades och avslutades 71 procent av avvikelserna, vilket innebär en viss förbättring jämfört med 67 procent föregående år. Trots detta finns fortsatt brister då mer än en fjärdedel av avvikelserna ännu inte hanterats.

2.4.2 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Patienter, närstående och invånares idéer, synpunkter och klagomål är en värdefull information för att identifiera risker, brister eller utvecklingsområden. Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten genom synpunktshantering på hemsidan, vid samtal med medarbetare i verksamheten, via Patientnämnden Västernorrland eller IVO. Förväntat resultat för 2025 var att patienter och närståendes synpunkter och klagomål skulle hanteras enligt *Riktlinje för synpunkter, klagomål och visselblåsarfunktion*.

Under 2025 har 15 synpunkter och klagomål från patienter/närstående inkommit och diarieförts som gäller kommunal hälso- och sjukvård, vilket är färre än föregående år (22). De klagomål som inkommit har främst hanterats av enhetschef inom hälso- och sjukvård och ett klagomål har utretts av MAS. Klagomålen har rört brister i bemötande, kommunikation och delaktighet. Men också avgifter för hjälpmedel samt utebliven, felaktig eller fördröjd vård och behandling. Totalt har 87 procent av klagomålen besvarats.

Antalet registrerade klagomål är lägre än föregående år vilket gör det rimligt att anta att det fortfarande förekommer en underrapportering. Med stor sannolikhet hanteras patienter och närståendes synpunkter och klagomål direkt i det dagliga arbetet av hälso- och sjukvårdspersonal. Att registrering inte sker innebär svårigheter att analysera på aggregerad nivå.

Till Patientnämnden Västernorrland har tre klagomål registrerats avseende Kramfors kommun och berör i huvudsak brister i omvårdnad men också brister relaterade till sårvård samt behov av sjukhusvård till följd av uttorkning.

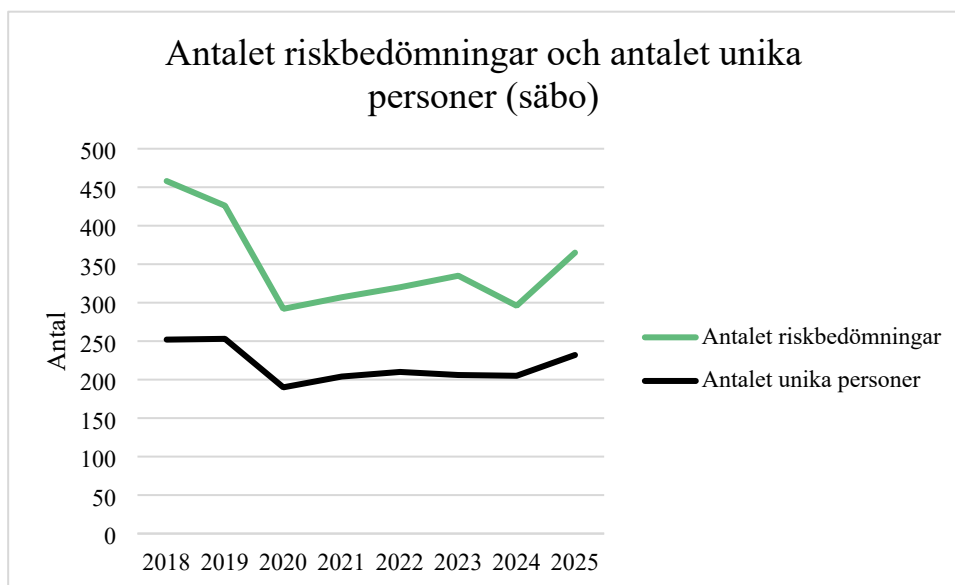
Att samla patienter och närståendes synpunkter och klagomål är av stor vikt för det systematiska förbättringsarbetet. Det minskade antalet rapporterade synpunkter och klagomål visar att arbetet med att öka kännedomen och följsamheten till rutinen samt stärka rapporteringskulturen behöver fortsätta.

2.4.3 Kvalitetsregistret Senior Alert

Senior Alert stödjer vårdprevention för personer 65 år och äldre som riskerar att falla, få trycksår, ofrivillig viktnedgång, risk att utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion (inkontinens).

Särskilt boende för äldre

På särskilt boende har täckningsgraden gällande Senior Alert förbättrats under året. Även andelen unika personer som fått en riskbedömning har ökat med 13 procent, samtidigt som det totala antalet genomförda riskbedömningar har ökat med 23 procent. Denna positiva utveckling visar att fler personer fångas upp i det förebyggande arbetet och att följsamheten till rutinerna för Senior Alert stärkts. Samtliga enheter på särskilt boende genomför nu riskbedömningar, om än i varierande omfattning.



Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 260108.

På särskilt boende för äldre bor många av de mest sjuka och sköra. Av de boende bedöms 78 procent ha en ökad fallrisk, vilket är en ökning jämfört med föregående år. Att ha en risk för undernäring är också vanlig och omfattar 59 procent av de boende. Andelen med risk för eller redan uppkommen ohälsa i munnen har ökat till 39 procent, och 25 procent bedöms ha eller riskera att utveckla trycksår.

	Andel av de boende 2024	Andel av de boende 2025
<i>Ökad fallrisk</i>	73 %	78 %
<i>Undernäring</i>	58 %	59 %
<i>Ohälsa i munnen</i>	28 %	39 %
<i>Trycksår</i>	24 %	25 %

Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 260108.

Att utreda de bakomliggande orsakerna till riskerna är avgörande för att kunna genomföra effektiva åtgärder. Statistik visar att analyser av bakomliggande orsaker nu genomförs i högre omfattning än föregående år inom särskilt boende. Även andelen upprättade åtgärdsplaner samt andelen

genomförda åtgärder har ökat, vilket visar på ett förstärkt preventivt arbete. I jämförelse med övriga kommuner i länet placerar sig Kramfors på en mellannivå, i nivå med riket.

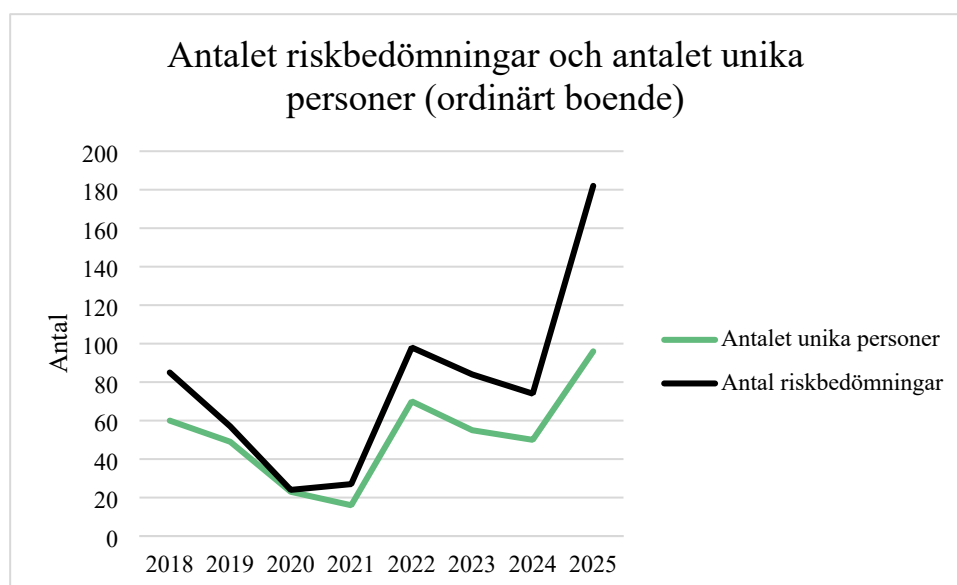
Inom området risk för undernäring, ohälsa i munnen och trycksår motsvarar vidtagna åtgärder i hög grad bakomliggande orsaker. Inom området risk för fall motsvarar åtgärderna inte bakomliggande orsaker fullt ut.

Enheternas egna analyser visar att majoriteten av enheterna inom särskilt boende bedriver ett arbete i enlighet med rutinen, men att systematisk uppföljning och utvärdering fortfarande saknas på vissa enheter. Flera enheter uppger att ombud och sjuksköterska tillsammans planerar och genomför riskbedömningar, ofta med stöd av patientens fasta omsorgskontakt. Övriga yrkeskategorier involveras vid behov.

Jämfört med föregående år konstateras en förbättrad täckningsgrad inom särskilt boende, vilket skapar bättre förutsättningar för att utveckla det förebyggande arbetet och främja en mer jämlik vård. Den övergripande trenden är positiv, men vissa skillnader mellan enheterna kvarstår. Detta innebär att den vård en patient får fortfarande kan påverkas av var denne bor eller vistas. För att minska dessa variationer krävs ett fortsatt fokus på uppföljning, tydlig styrning samt ett målmedvetet och långsiktigt förbättringsarbete framåt. En mer enhetlig och systematisk tillämpning av arbetsätten är central för att säkerställa att alla patienter ges likvärdiga förutsättningar för en trygg och säker vård.

Ordinärt boende

Inom ordinärt boende har antalet unika personer som erhållit riskbedömning enligt Senior Alert nästan fördubblats, vilket också medfört att det totala antalet riskbedömningar också har ökat markant. Fem av sex enheter i ordinärt boende har under året genomfört registreringar vilket är en tydlig förbättring jämfört med föregående år. Detta visar på en positiv utveckling och ett starkt genomslag för arbetsättet inom ordinärt boende.



Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 260108.

Inom ordinärt boende är den vanligaste identifierade risken fall, där 65 procent av de riskbedömda patienterna bedöms ha en ökad fallrisk.

Risken för undernäring är också vanligt förekommande och omfattar 54 procent. Risk för ohälsa i munnen identifieras hos 39 procent, och 24 procent bedöms ha eller riskera att utveckla trycksår. När det gäller genomförda åtgärder motsvarar de i relativt låg omfattning de bakomliggande orsakerna vid risk för trycksår, och till viss del även vid risk för undernäring och fall. Detta pekar på ett utvecklingsområde. Vid risk för ohälsa i munnen bedöms däremot åtgärderna i hög grad motsvara de identifierade orsakerna.

Av enheternas egna analyser framgår att de enheter som kommit längst i arbetet med riskbedömningar kännetecknas av återkommande träffar och ett etablerat samarbete med Senior Alert-ombuden. Flera enheter har dock inte lämnat någon analys av sitt arbete, vilket ytterligare bekräftar att genomförandet sker i varierande omfattning. De rapporterade effekterna från de enheter som arbetar mer strukturerat omfattar bland annat ökad kunskap hos medarbetare, viktuppgång hos patienter samt minskat antal fall.

Trenden inom ordinärt boende är positiv med fler riskbedömningar och fler unika patienter bedömda. Samtidigt behöver flera av enheterna intensifiera arbetet för att säkerställa en mer jämlik genomförandegrad. Ett införande av strukturerade riskbedömningar i alla geografiska områden skulle möjliggöra en tidig identifiering av behov samt förebygga ohälsa. Äldreomsorg samt hälso- och sjukvård behöver leda, prioritera och följa upp arbetet så att förhållningssättet blir mer förebyggande än reaktivt.

Funktionsstöd

Inom område funktionsstöd har inga riskbedömningar enligt Senior Alert genomförts under året. Teamen inom funktionsstöd har uppdragits att under 2026 arbeta med att skapa en tydlig struktur för arbetet med riskbedömningar enligt Senior Alert för personer 65 år och äldre. Syftet är att identifiera risker och förbygga ohälsa, återrapportering av uppdraget sker fortlöpande under året.

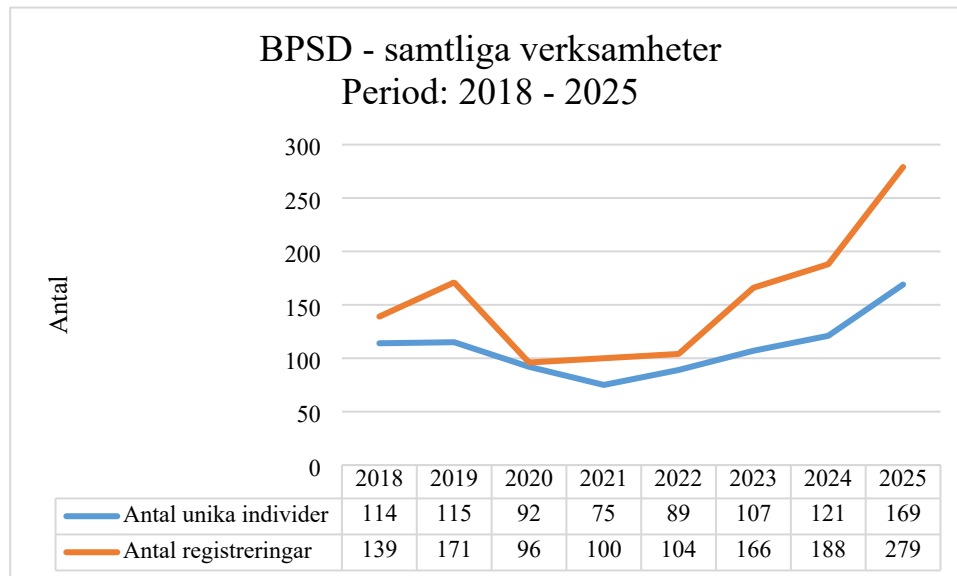
Blåsdysfunktion (inkontinens)

Antalet inkontinensutredningar inom särskilt boende ligger fortsatt på en låg nivå och har minskat ytterligare jämfört med föregående år. Inom hemsjukvården och funktionsstöd finns inga registrerade basala blåsdysfunktionsutredningar. Dock bör tas i beaktande att utredningar kan ha genomförts utan registrering i Senior Alert.

2.4.4 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Arbetet med kvalitetsregistret BPSD syftar till att förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom som har beteendemässiga och psykiska symtom. Genom att identifiera, kartlägga och behandla dessa symtom icke farmakologiskt kan livskvalitén öka.

Statistiken visar på en uppåtgående trend med både fler symtomskattningar och fler unika personer. Ökningen består fram för allt av att arbetet tagit fart inom ordinärt boende men även en utökning inom särskilt boende. Det totala antalet registreringar har ökat med 48 procent mellan 2024 och 2025. Av de symtomskattningar som genomförts avser 53 procent kvinnor och 47 procent män vilket i stort speglar könsfördelningen för patienter som erhåller kommunal hälso- och sjukvård.



Källa: Kvalitetsregistret BPSD, 260113.

Särskilt boende för äldre

Statistiken visar att symtomskattning enligt BPSD genomförs på samtliga enheter inom särskilt boende. Arbetet är mest etablerat på demensenheter, medan traditionella enheter bedriver arbete med BPSD i mindre omfattning trots att det med stor sannolikhet även där bor personer med demenssjukdom.

På de enheter där arbetet utförs i hög omfattning beskrivs BPSD-administratörens och sjuksköterskans samarbete som en framgångsfaktor men också att skattningar och uppföljningar planeras in och genomförs systematiskt och fortlöpande. De enheter som har färre skattningar beskriver att systematiken saknas samt att det finns ett behov av utbildning. Utifrån att personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt även bor på enheter som inte är demensenheter är det angeläget att arbetssättet med symtomskattningar införs vid samtliga särskilda boenden.

Ordinärt boende

Inom ordinärt boende har symtomskattningar enligt BPSD ökat ordentligt. Registreringar har skett inom samtliga enheter men i varierande omfattning vilket visar att arbetet påbörjats men att fortsatt implementering behöver ske. De enheter som kommit längre i arbetet beskriver att det finns en systematik för återkommande samverkan med utsedda BPSD-ombud.

Arbetet har pågått för kort tid för att kunna se större effekter inom ordinärt boende men upplevelsen är att patienternas behov blivit tydligare, att åtgärderna minskat symtom och att arbetet givit en ökad kunskap hos medarbetarna. Även om alla enheter arbetar med skattningar varierar involveringen av teamet, flera beskriver hinder för att samtliga professioner ska kunna delta. Inom område funktionsstöd har inga symtomskattningar genomförts alls.

Under året har ytterligare nya team utbildats och komplettering har skett av befintliga team inom både särskilt och ordinärt boende. Dock kan det konstateras att enbart utbildning inte varit tillräcklig för att förändra arbetssätten, det finns också ett behov av stöd med implementering. Även

om arbetet med BPSD har utökats under året bedrivs det i varierande omfattning mellan de olika enheterna. Detta riskerar att leda till ojämlikhet och att vården och omsorgen påverkas av vart patienten bor eller vistas. För att personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt ska få tillgång till BPSD-skattningar och relevanta åtgärder behöver arbetet under 2026 fortsätta ledas, prioriteras och följas upp på ett strukturerat sätt för att säkerställa en likvärdig vård och omsorg.

2.4.5 Svenska palliativregistret

Vid förväntade dödsfall registreras den vård som givits i livets slutskede i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret, bland annat utifrån de elva kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen fastställt. Under 2025 genomfördes registrering vid 42 förväntade dödsfall vilket är en minskning jämfört med föregående år (61). Av registreringarna var 55 procent kvinnor och 45 procent män, vilket i stort motsvarar könsfördelningen hos patienter som erhåller kommunal hälso- och sjukvård.

Analysen visar på att under 2025 uppnåddes två av elva kvalitetsindikatorer; ordination av injektion stark opioid vid smärtgenombrott och ordination injektion ångestdämpande vid behov. Analysen visar att andelen brytpunktsamtal, smärtskattningar samt mänsklig närvaro vid dödsögonblicket ökat jämfört med föregående år. Analysen visar också på försämringar där färre patienter har en upprättad vårdplan, fler avlider med trycksår men fram för allt har dokumenterade munhälsobedömningar som sjuksköterskan genomför minskat från 54 till 36 procent.

Även om resultatet får tolkas med försiktighet utifrån den förhållandevis låga svarsfrekvensen visar analysen på skillnader mellan män och kvinnors palliativa vård. Kvinnor får exempelvis i högre utsträckning läkarbeslut om palliativ vård, upprättade vårdplaner, symtomskattning sista levnadsveckan samt mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Männen får i högre utsträckning dokumenterade brytpunktssamtal, munhälsobedömningar och avlider i högre utsträckning utan trycksår jämfört med kvinnorna. Skillnader mellan män och kvinnors palliativa vård behöver synliggöras och analyseras inom hälso- och sjukvårdsenheten.

Även om resultatet inte når upp till målvärdena kan det konstateras att Kramfors ligger över eller jämte riket och kommuner i Västernorrlands län gällande majoriteten av kvalitetsindikatorerna. Det faktum att endast två av kvalitetsindikatorerna uppnåtts, i kombination med en minskning av antalet registreringar, visar på brister i nuvarande arbetssätt. Detta indikerar ett behov av att stärka rutiner, kompetens och uppföljning för att säkerställa en mer jämlik och kvalitativ palliativ vård. Resultatet tydliggör ett behov av utveckling, särskilt i de områden där sjuksköterskan arbetar självständigt i sin yrkesroll så som exempelvis munhälsobedömning och smärtskattning.

2.4.6 Journalgranskning legitimerad personal

Den årliga journalgranskningen genomfördes våren 2025 av 10-15 procent hälso- och sjukvårdsjournaler. Det förväntade resultatet för 2025 var att säkerställa att medicinska bedömningar, utredande åtgärder, diagnoser, uppmärksamhetsinformation samt fördelningen av hälso- och sjukvårdsåtgärder dokumenterades i tillräcklig omfattning och på ett patientsäkert sätt.

Journalgranskningen visar att arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hög utsträckning dokumenterar på ett sätt som bedöms vara tillräckligt och patientsäkert. Sjuksköterskornas dokumentation har också förbättrats jämfört med föregående år. Trots denna positiva utveckling kvarstår ett fortsatt behov av riktade utvecklingsinsatser, då cirka hälften av de granskade journalerna fortfarande inte uppnår en tillfredsställande nivå.

Granskningen av andelen patientjournaler med registrerad uppmärksamhetsinformation visar mycket låga resultat inom hemsjukvården, medan en ökning har noterats inom särskilt boende. Det är svårt att fastställa hur stor andel av patientjournalerna som bör innehålla sådan information, men resultaten tyder på att uppgifter i viss utsträckning kan vara underregistrerade inom hemsjukvården. Förekomsten av dokumenterade diagnoser har ökat jämfört med tidigare år, samtidigt behöver arbetet fortsätta då diagnoser fortfarande saknas i ett antal journaler.

Under 2025 har flera åtgärder genomförts i syfte att stärka dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournal. Arbetet har omfattat individuellt behovsanpassade utbildningsinsatser, med fokus att stärka dokumentationskompetensen utifrån identifierade utvecklingsområden. Utöver detta har verksamhetens superanvändare erbjudit kontinuerlig utbildning i grupp för att säkerställa ett enhetligt och korrekt arbetssätt i journalsystemet. Vidare har samverkan med regiondriven primärvård genomförts för att säkerställa en adekvat och säker informationsöverföring av hälso- och sjukvårdsuppdrag mellan huvudmännen vilket utgör grunden för den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll.

Det kan sammanfattas att de genomförda åtgärderna haft god effekt. Insatserna har i huvudsak genomförts på individnivå, i kontrast till tidigare arbetssätt som främst riktats mot gruppnivå. Att verksamheten under perioden varit bemannad av fast anställd legitimerad personal bedöms också bidra till en mer patientsäker dokumentation genom en förbättrad personalkontinuitet. För att ytterligare stärka dokumentationskompetensen hos legitimerad personal behöver arbetet med regelbundna utbildningsinsatser fortsätta. Därutöver krävs fortsatta åtgärder för att säkerställa att informationsöverföringen vid nya ärenden till den kommunala hälso- och sjukvården är tillräcklig och ändamålsenlig. Under våren 2026 planeras en ny journalgranskning.

2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.



2.5.1 Riskanalyser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivaren ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Att genomföra riskanalyser är ett viktigt och proaktivt arbete som syftar till att identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder innan en händelse inträffar. Inför förändringar i verksamheten, eller under perioder som kan innebära ökad patientsäkerhetsrisk, ska därför riskanalyser genomföras.

Under 2025 genomfördes totalt fem riskanalyser inom hälso- och sjukvården, vilket är något färre jämfört med föregående år (8). De områden som analyserats motsvarar till största del tidigare år, framför allt riskfyllda perioder, vid lägre bemanning samt inför uppstart av projekt. Att riskanalyserna i huvudsak rör samma typer av situationer som tidigare kan indikera ett behov av att utveckla en mer systematisk och strukturerad ordning för att säkerställa att riskanalyser genomförs inför alla relevanta förändringar i verksamheten.

2.5.2 Kontinuitetsarbete och beredskap

Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården spelar en central roll i samhällets krisberedskap. Vid en krissituation måste verksamheten kunna upprätthållas med god kvalitet samtidigt som beredskap krävs för att möta nya och oförutsedda behov.

Under året har förvaltningens kontinuitetsplaner kvalitetssäkrats och uppdaterats. Vid året slut har 93 procent av förvaltningens verksamheter en upprättad kontinuitetsplan, och hälso- och sjukvården har numera också en plan fastställd. Dessa planer utgör ett viktigt stöd för att kunna säkerställa prioriteringar, resurshantering och stabil drift vid störningar.

För att ytterligare stärka verksamheternas krisberedskap har förvaltningen under året gjort riktade inköp av utrustning kopplat till strömförsörjning. Syftet är att säkerställa att kritiska funktioner kan upprätthållas även vid elavbrott. Vid arbetsplatsträffar i hela förvaltningen har medarbetare fått ta del av information och utbildning inom krisberedskap. Genomförd utvärdering visar att kunskapen om både verksamheternas kontinuitetsplan och medarbetarnas egen individuella krisberedskap har stärkts, vilket bidrar till en mer robust och förberedd organisation.

3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

3.1 Mål

De sju kommunövergripande målen är kopplade till perspektiv *Kramforsbon, medarbetare* samt *ekonomi och effektivitet*. Målen som är framtagna till perspektiv *Kramforsbon* utgår ifrån de politiskt prioriterade områdena; jämställdhet, företagsklimat, barn/unga och ekologisk hållbarhet.



Källa: Mål och resursplan 2026 med planår 2027 och 2028.

Av välfärdsförvaltningens verksamhetsplan för 2026 framgår följande mål:

- Mål 1: I Kramfors kommun har kvinnor och män samma rättigheter skyldigheter och möjligheter inom alla områden i livet
- Mål 2: I Kramfors kommun får barn och unga en trygg uppväxt, god utbildning och möjligheter till en meningsfull fritid
- Mål 3: Kramfors kommun har Västernorrlands bästa företagsklimat
- Mål 4: Kramfors kommun är en klimatsmart och ekologiskt hållbar kommun
- Mål 5: Kramfors kommuns invånare har inflytande och erbjuds god service av hög kvalitet med ett gott bemötande
- Mål 6: Kramfors kommun är en attraktiv arbetsgivare med delaktiga och professionella medarbetare och ledare
- Mål 7: Kramfors kommun har en god verksamhet med effektiva processer och en ekonomi i balans

3.2 Strategier och utmaningar

Resultaten i 2025 års patientsäkerhetsberättelse visar att arbetet med kvalitet och patientsäkerhet fortsatt behöver stärkas. Även om förbättringar kan konstateras motsvarar resultaten ännu inte kraven på en god och säker vård, alltid och överallt. Flera av resultaten visar att kvaliteten inom hälso- och sjukvård fortfarande varierar beroende på var patienten bor, vilket gör detta till ett viktigt område för fortsatt utjämning och utveckling.

På flera enheter framkommer brister i teamsamverkan och i hanteringen av avvikelser, vilket är centrala förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete. Att stärka den tvärprofessionella strukturen och säkerställa gemensamma arbetssätt blir därför särskilt betydelsefullt inför kommande år. Även hantering av synpunkter och klagomål från patienter och närstående behöver integreras tydligare för att fånga återkommande brister.

Omställningen till en mer sammanhållen nära vård är dessutom en pågående utmaning som förutsätter fördjupad samverkan mellan kommunens verksamheter och regionens hälso- och sjukvård. Därtill kvarstår

kompetensförsörjning som en strategiskt avgörande fråga inom hälso- och sjukvården.

För att möta både dagens och framtidens behov krävs tydliga parametrar och en styrning av bemanningen av legitimerad personal i relation till patienternas behov, vilka dessutom varierar över tid. Genom att säkerställa rätt kompetens, stärka tvärprofessionella team och bygga strukturer som håller över tid skapas bättre förutsättningar för en jämlik, trygg och säker vård.

3.3 Prioriterade åtgärder utifrån identifierade brister

Under året har framsteg skett inom de två prioriterade målområdena för 2025, riskhantering och vårdprevention. Resultaten visar dock att målen ännu inte är uppnådda och dessa områden kvarstår därför som prioriterade områden även under kommande år. Utifrån analysen av årets resultat tillförs digital signering som ett tredje målområde för 2026.

1. Riskhantering

- Riskanalyser behöver ske i större utsträckning och vara en självklar del i verksamheternas förberedelse inför riskfyllda perioder, förändringar i verksamheten samt implementering av ny teknik eller nya arbetsätt
- Arbetet med avvikelshantering behöver ske teambaserat och systematisk vid alla enheter
- Synpunkter och klagomål behöver hanteras så att lärdom kan dras på aggregerad nivå för att ligga till grund för verksamheternas utvecklings- och förbättringsarbete

2. Vårdprevention och förebyggande åtgärder

- Riskbedömningar för att förebygga ohälsa och fall behöver ske teambaserat och systematiskt vid alla enheter inom den kommunala hälso- och sjukvården
- Symtomskattning för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt behöver säkerställas oavsett vart patienten vistas eller bor
- Läkemedelsgenomgångar behöver säkerställas för samtliga patienter på särskilt boende samt för de patienter i ordinärt boende där kommunens hälso- och sjukvård har ansvar för läkemedelshanteringen

3. Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

- Utreda bakomliggande orsaker till den höga andelen osignerade delegerade/instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder samt vidta åtgärder.

För att nå önskade resultat behöver arbetet tydligt prioriteras och ledas av verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård, funktionsstöd och äldreomsorg. För att kunna genomföra ändamålsenliga åtgärder är det viktigt att medarbetarna får ta del av resultaten, involveras i planering och genomförande av aktiviteter samt att effekten av vidtagna åtgärder följs upp kontinuerligt under året.