



Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet
2022-02-28 Lotta Tyrberg

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
1. Inledning.....	4
2. Övergripande mål och strategier	4
2.1 Resultat och analys	4
2.2 Mål Övergripande mål och strategier 2022	5
3. Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
3.1 Kommunstyrelsen (KS) tillika vårdgivare. Fel! Bokmärket är inte definierat.	
3.2 Kommundirektör tillika förvaltningschef	5
3.3 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården ..	5
3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)	6
3.5 Enhetschef	6
3.6 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	7
3.7 Resultat och analys	7
3.8 Mål, Organisatoriskt ansvar 2022	7
4. Samverkan för att förebygga vårdskada.....	7
4.1 Extern samverkan	7
4.2 Resultat och analys	8
4.3 Mål Extern samverkan 2022.....	9
4.4 Intern samverkan.....	9
4.5 Resultat och analys	9
4.6 Mål Intern samverkan 2022	9
5. Covid-19.....	9
5.1. Covid-relaterad samverkan	10
5.2 Resultat och analys	11
5.3 Mål Patientsäkerhetsarbete Covid – 19 2022	11
6. Patienters och närståendes delaktighet	11
6.1 Resultat och analys	11
6.2 Mål Patienters och närståendes delaktighet 2022	11
7. Systematiskt kvalitetsarbete.....	11
7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner	12
7.1.1 Resultat och analys	12
7.1.2 Mål systematiskt kvalitetsarbete 2022	12
7.2 Riskbedömningar	12
7.2.2 Mål Riskbedömningar 2022	14
7.3 Egenkontroller	14
7.3.1 Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	14
7.3.2 Resultat och analys	14
7.3.3 Systematiska verksamhetsuppföljningar	15
7.3.4 Resultat och analys	15
7.3.5 Mål Egenkontroller 2022	15
7.4 Avvikelser, synpunkter och klagomål.....	15
7.4.1 Resultat och analys	16
7.4.2 Mål avvikelser, synpunkter och klagomål 2022	17
8. Åtgärder för att ökad patientsäkerhet	17
8.1 Palliativ vård och socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård i livets slutskede	17
8.1.2 Resultat och analys	17
8.1.3 Mål för palliativ vård 2022	18

8.2	Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt	18
8.2.1	Resultat och analys	19
8.2.2	Mål för personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2022	19
8.3	God nutritionsvård	19
8.3.1	Resultat och analys	19
8.3.2	Mål God nutritionsvård 2022	19
8.4	Säker läkemedelshantering	20
8.4.1	Resultat och analys	20
8.4.2	Mål Säker läkemedelshantering för 2022	21
8.5	Informationssäkerhet	21
8.5.1	Mål Informationssäkerhet 2022	22

1. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen [SFS 2010:659](#) ska vårdgivaren årligen, senast den 1 mars, upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som har uppnåtts under året

För Hälsa och omsorg ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen. Dietist, demenssjuksköterska samt enhetschef för legitimerad personal medverkar för att beskriva patientsäkerhetsarbetet inom respektive ansvarsområde.

2. Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom kommunstyrelsen ska ytterst ta sin utgångspunkt i medborgarens behov. Allt arbete inom Hälsa och omsorg ska präglas av den gemensamma värdegrunden *"Öppenhet, Engagemang, Ansvar"*

Kommunens vision *"Här växer stolta Göingar"* lägger fokus framåt på utveckling och växande vilket även inbegriper patientsäkerhetsfrågorna och omställningen till nära vård. Omställningen innebär att samskapa med invånare, flytta fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. För att påbörja omställningen arbetar Hälsa och omsorg dels genom omvärldsbevakning och kunskapsinhämtning dels med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) analysverktyg för stärkt patientsäkerhet.

Målet inom Hälsa och omsorg är att fortsätta utveckla ett användarvänligt ledningssystem som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) med processer och aktiviteter.

Hälsa och omsorg arbetar tillsammans med individ och familjeomsorgen i ett kvalitetsråd där kvalitetsfrågor utifrån SOSFS 2011:9 hanteras. Kvalitetsrådet har till uppgift att ta fram processer, en modell för riskanalyser och egenkontroller samt kvalitetssäkrar framtagna rutiner för verksamheterna.

För att kunna arbeta evidensbaserat, strukturerat samt för att kunna ge lika vård och behandling finns handböcker med rutiner för att ge förut-sättningarna till lika vård och behandling. Handböckerna uppdateras och utvecklas regelbundet och efter behov.

2.1 Resultat och analys

Patientsäkerhetsarbetet samt det systematiska kvalitetsarbetet har under året på ett tydligare sätt integrerats i den strategiska ledningsgruppen. Kvalitetsfrågor lyfts, diskuteras och planeras in i mål- och resultatplanen för 2022.

En nulägesanalys har påbörjats med hjälp av SKR:s analysverktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete. För att få en gemensam nulägesbild i verksamheterna arbetar en arbetsgrupp med representation från samtliga verksamhetsgrenar parallellt med hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp.

Fortsatt arbete pågår med kvalitetsrådet och arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet samt att implementera detta arbetet i beslutsstödet Stratsys.

Delar av hälso- och sjukvårdshandboken har uppdaterats under året men inte i önskvärd utsträckning relaterat till prioriterade uppgifter som pandemin krävt.

2.2 Mål Övergripande mål och strategier 2022

- Fortsätta utveckla och riskbedöma processer i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Arbeta för omställningen till nära vård genom att delta i SKRs ledarskapsprogram för ökad kompetensen i att leda en storskalig förändring samt att dela erfarenheter och lära av andra.
- Fortsatt arbete med analysverktyg för att utveckla patientsäkerheten utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

3. Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

3.1 Kommundirektör tillika förvaltningschef

- Har tillsammans med verksamhetsområdeschef det yttersta ansvaret för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Genomför dialogmöten med verksamhetsområdeschef för strategisk planering gällande hälso- och sjukvården
- Tar del av hälso- och sjukvården genom riktade verksamhetsbesök samt genom muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

3.2 Verksamhetsområdeschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården

- Har tillsammans med förvaltningschef det yttersta ansvaret för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård samt efter kommunstyrelsens övergripande mål
- Genomför dialogmöten med förvaltningschef för strategisk planering gällande hälso- och sjukvården
- Leder hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp och ansvarar för att hälso- och sjukvårdsfrågorna får utrymme
- Ansvarar för att inom ramen för verksamhetens ledningssystem, vara drivande i det systematiska kvalitetsarbetet och för att proces-

ser och rutiner gällande hälso- och sjukvården är väl kända i strategisk ledningsgrupp och i hälso- och sjukvårdens verksamheter

- Deltar i HS-avtalets delregionala mötesforum
- Deltar i Hälsa- och omsorgs hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med enhetschef för legitimerade, enhetschef för myndighet och utveckling
- Dialogmöten för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS
- Följer upp hälso- och sjukvården genom riktade verksamhetsbesök, muntliga redovisningar, olika rapporter samt genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

- Deltar i strategisk ledningsgrupp
- Dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet i löpande dokumentation, skrivna rapporter samt i årlig patientsäkerhetsberättelse
- Följer upp verksamheten genom verksamhetsuppföljningar, egenkontroller, dokumentationsgranskningar och i dialoger med verksamheterna
- Ansvarar för att upprätta och publicera rutiner i handbok för hälso- och sjukvården samt deltar i kvalitetsrådet
- Ansvarar för att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Ansvarar för att anmäla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket och/eller IVO
- Deltar i systematiska dialogmöten med verksamhetschef, enhetschef för legitimerade samt enhetschef för myndighet och utveckling med avrapportering från olika samverkansforum samt för övriga hälso- och sjukvårdsfrågor
- Ansvarar för att tillsammans med enhetschef ha regelbundna kvalitetsmöten för legitimerad personal där kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna har fokus
- Utbildar och informerar om kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor i olika forum
- Deltar i extern och intern samverkan för hälso- och sjukvårdsfrågor
- Stöd för verksamheten inom ramen för MAS-uppdraget

3.4 Enhetschef

- Ansvarar för att mål, styrande dokument och rutiner som verksamhetschef och MAS fastställt är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens

-
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra egenkontroller och verksamhetsuppföljningar. Vid behov ta fram handlings- och tidsplan för eventuella förbättringsområden och implementera dessa i sin verksamhet samt presentera arbetet i mål och resultatplan
 - Ansvarar för att rapportera, utreda och åtgärda eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete och för ökad patientsäkerhet samt återkoppla dessa i verksamheten i lärande syfte

3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonal

- Ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att uppgifterna utförs med eget yrkesansvar
- Ansvarar tillsammans med enhetschef för att fastställda mål, styrande dokument och rutiner är kända, efterföljs och implementeras i verksamheten
- Ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att fullgöra egenkontroller och bidra vid verksamhetsuppföljningar samt att arbeta efter de eventuella förbättringsåtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet
- Ansvarar för att rapportera eventuella risker och brister, synpunkter och klagomål enligt gällande rutiner för systematiskt kvalitetsarbete samt medverka i utredning och arbeta efter de planerade åtgärder som beslutats för att öka kvalitet- och patientsäkerhet

3.6 Resultat och analys

Ansvarsförhållandena gällande patientsäkerhetsarbetet är inte känt i alla verksamheter och till alla professioner. En vanlig uppfattning är att detta arbete främst berör legitimerad personal och ansvariga chefer. Då vårdpersonal utför arbete på delegation eller ordination av legitimerad personal räknas de som hälso- och sjukvårdspersonal. Detta innebär samma ansvar för patientsäkerhetsarbetet som för legitimerad personal.

3.7 Mål, Organisatoriskt ansvar 2022

- Ansvarsförhållandena för patientsäkerheten behöver göras kända och implementeras i samtliga verksamheter

4. Samverkan för att förebygga vårdskada

4.1 Extern samverkan

Extern samverkan är av vikt för att uppnå de lagkrav som finns för att tillgodose den enskilda individens behov och med intentionerna i HS-avtalet – att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen är aktuell.

- **Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne** beskriver Region Skåne och de skånska kommunernas strategiska och operativa samverkansforum för att tillsammans sträva efter måluppfyllelse av avtalets intensioner.
- **Teambaserad vårdform med mobilt vårdteam** i samverkan mellan kommun och vårdcentraler.
- **Rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården** finns samverkansavtal med vårdcentraler.
- **Läkemedelsanvändning hos äldre** samverkan med läkemedelsrådet i Region Skåne samt med terapigrupp läkemedel och äldre.
- **Säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**, samverkan genom förvaltningsgrupp SVU och SIP regelverk samt lokala gruppen RIVÖ (risker i vårdens övergång).
- **Samverkan sker** med externa vårdaktörer såsom Vardaga, Solglimman och Lov-företag för hemtjänst, då det är aktuellt, ASIH samt slutenvård och primärvård.
- **Lokal samverkan** sker med månatliga möten tillsammans med vårdcentraler, privata vårdgivare, ASIH och kommun.
- **Forskningsplattformen för hälsa i samverkan** är en mötesplats för forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg där utbyte av erfarenheter och kreativa idéer sker mellan nordostkommunerna, Högskolan i Kristianstad och Region Skåne.
- **Samverkan MAS/MAR nordost** sker två gånger per månad för kunskaps och erfarenhetsutbyte.
- **Samverkan hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS)** för samordning av hjälpmedelsförsörjning i 11 skånska kommuner.
- **Regional samrådsgrupp för MAR och MAR** med syfte att föra dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor samt vara en informationskanal mellan MAS/MAR- nätverken i Skåne.

4.2 Resultat och analys

Mötesforum och arbetsgrupper i samverkan finns och genomförs. Positivt i pandemins spår är att många möten har kunnat genomföras digitalt. I mötena lyfts och diskuteras olika problemställningar och förbättringsområden men upplevelsen är svårigheterna att få ett resultat som når ut i vården runt den enskilda patienten. Pandemins krav på organisationerna har haft stor påverkan då arbetsbelastning i kombination med personalläst påverkat. Samverkan i frågor gällande pandemin har fungerat bra.

Under hösten tog SKR initiativ till en punktmätning för uppföljning av förekomsten av fasta vårdkontakter. Målsättningen var att få en basmätning av i vilken utsträckning personer i särskilt boende (SÄBO) har fasta kontakter. Punktmätningen genomfördes vecka 48 (29 november – 5 december). Följande tre uppgifter skulle rapporteras:

- Antal personer med biståndsbedömt boende för äldre (SÄBO)
- Antal personer som har en namngiven fast läkarkontakt i SÄBO

-
- Antal personer i SÄBO som har en namngiven fast vårdkontakt inom den kommunala hälso- och sjukvården

Lindgården, Västanvid och Skogsbrynet deltog i mätningen och samtliga tre verksamheter hade 100 % på namngiven fast läkarkontakt samt fast vårdkontakt inom kommunal hälso- och sjukvård.

4.3 Mål Extern samverkan 2022

- I lokal samverkan arbeta fram och slutföra ett konkret kvalitetsmål som kan leda fram till förbättring för patienten.
- I RIVÖ arbeta fram och slutföra ett konkret kvalitetsmål som kan ge ökad patientsäkerhet i vården övergångar.

4.4 Intern samverkan

Intern samverkan sker fortlöpande med utgångspunkt i det dagliga arbetet kring den enskilda patienten med mål att säkra kvaliteten på den vård som ges.

- Teamarbete och teamträffar i det patientnära arbetet
- Kvalitetsmöten – ett forum för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor för enhetschef HSV legitimerad personal och MAS
- Kvalitetsråd – ett forum för kvalitetsfrågor och upprättande av rutiner med representation från samtliga verksamhetsområden
- HSV möten – ett forum för informationsutbyte och utvecklingsarbete med verksamhetschef HSL, enhetschef för HSL, avdelningschef för resurs och MAS

4.5 Resultat och analys

I utredning av vårdskador, i diskussionsforum och i andra möteskonstellationer framgår att intern samverkan inte är optimal. Verksamhetsgrenarna arbetar ofta i stuprör med få eller inga beröringspunkter med övriga vilket även berör de olika chefsleden. Uppfattningen om vad teamarbete och teamträffar innebär är inte tydligt idag.

4.6 Mål Intern samverkan 2022

- Utvecklingsledare, SAS och MAS har fått i uppdrag att ta fram en arbetsmodell för teamarbete och teamträffar och att implementera dessa i verksamheterna

5. Covid-19

Året 2021 fick fortsatt fokus på pandemin och arbetet som byggdes upp under 2020 fortsatte.

- Kommunens interna arbete
- Kommunövergripande krisledningsstab med regelbundna möten. Mötesfrekvens har varierat beroende på smittspridning. Representation från Hälsa och omsorg via chef för myndighet och utveckling samt MAS.
- Kommunövergripande och lokal pandemiplan fanns upprättad.

- Omvärldsbevakning och upprättande av lokala rutiner och check-listor skedde fortlöpande efter myndigheternas rekommendationer. Listor för statistik fördes.
- Regelbunden digital avstämning med dagordning och där minnesanteckning fördes hölls i Hälsa och omsorg. Samtliga chefer, MAS och utvecklingsledare närvarade. Syfte med mötena var genomgång av covidläget inom de olika verksamhetsområdena, möjlighet att ställa frågor, sprida information och vid behov fördela resurser. Frekvens följde smittläget i samhället.
- Förrådsansvarig för att ha bästa möjliga kontroll för hantering, rapportering, beställning och skötsel av förråd för skyddsutrustning fortsatte sitt arbete.
- Sjuksköterskeorganisationen var behjälpliga med att smittspåra samt att vaccinera.
- Utsedd person har samordnat personalvaccinering aktuella reserv-listor för vaccinering inom LSS.

5.1. Covid-relaterad samverkan

För att omvärldsbevaka och följa med i det ständigt föränderliga flödet av information, har kommunen på olika sätt deltagit i nationella, regionala och lokala samverkansforum. Samtliga forum har varit digitala.

- Veckomöten via WIS, Länsstyrelsens webbaserade informationssystem, med syfte att samordna statlig verksamhet. Representation på mötena var aktörer som på olika nivåer har ansvar för
- Möten med primärvårdskluster, där tre kommuner samt tillhörande offentliga och privata primärvårdsenheter träffats för uppdatering av Covidläget samt för information och erfarenhetsutbyte. Mötesfrekvens beroende på samhällssmittan.
- Covidavstämning på lokal nivå där kommun, privata vårdgivare tillsammans med ASIH samt privat och offentlig vårdcentral i Östra Göinge träffats. Veckomöten med uppdatering av covidläget samt för att samverka kring covidrelaterade arbetsuppgifter som inventeringar, smittspårningar, vaccinering och läget för skyddsutrustning. Lokala rutiner som upprättades delades mellan samtliga deltagare för samsyn och för att underlätta informationsspridningen i verksamheterna. Efterhand som smittspridningen i samhället minskat och vaccinationstäckningen ökade upphörde mötena.
- Månadsmöten Samverkan Covid19 och rehabilitering med representation av enhetschefer, rehab chefer, rehab enheter MAS och MAR från nordostkommunerna, Hässleholms sjukhus,
- Centralsjukhuset Kristianstad samt primärvård.
- Månadsmöten med Smittskydd och vårdhygien Skåne för information och möjlighet att ställa frågor för förtydligande gällande smittskydd och hygienfrågor/rutiner.
- Veckomöten med kommunförbundet och Region Skåne gällande vaccineringsfrågor.
- Veckomöten med vaccinationssamordnare CSK och tre kommuner för att optimera vaccinering av personal i kommunerna. Sam-

verkan skedde för att se till att kommunerna kunnat hålla samma faser i vaccinationsordningen genom att frikostigt samverka med antalet tider i vaccinationsspåret. Mötena upphörde efterhand som vaccinationstäckningen ökade.

- Regelbundna möten med MAS-nätverk nordost. För kunskaps och erfarenhetsutbyte relaterat till Covid19.

5.2 Resultat och analys

Såväl intern som extern samverkan har fungerat. Vårdpersonal har förhållit sig till omprioriteringar och fortsatt att arbeta i full skyddsutrustning för att förhindra smittspridning. Mycket tid har lagts på smittspårningar och vaccinationer. Det har stundtals varit en utmaning att förhålla sig till och implementera snabbt förändrade rutiner och förhållningsregler. Likaså att samordna vaccinationer då tillvägagångssätten för de olika doserna inte varit samma. Arbetet upplevs ha haft god effekt då smittspridning inom verksamheterna varit förhållandevis låg i jämförelse med samhällspridningen i kommunen som stundtals varit hög.

5.3 Mål Patientsäkerhetsarbete Covid – 19 2022

- Uppföljning och utvärdering av arbetsätt under pandemin
- Uppföljning av rutiner och pandemiplaner
- Uppdatering av rutiner och pandemiplaner

6. Patienters och närståendes delaktighet

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården och behandlingen så långt det är möjligt. Samverkan med patienter och närstående sker framförallt vid mötet på särskilda boenden, vid samordnad individuell planering (SIP), samt vid utredning av avvikelser.

Delaktighet ska även ges genom att, vid varje ny insats, be patienten om samtycke till vård och behandling.

6.1 Resultat och analys

I nytt verksamhetssystem finns obligatoriska rubriker där patient och närståendes medverkan synliggörs. Även i utredningsförfarandet av avvikelser/synpunkter och klagomål ska fasta rubriker göra det obligatoriskt att involvera patient och närstående. Resultatet kommer att utvärderas via journalgranskning efter att nytt verksamhetssystem är implementerat.

6.2 Mål Patienters och närståendes delaktighet 2022

- I samtliga forum för hälso- och sjukvårdsfrågor starta dialoger på vilket sätt delaktigheten kan göras märkbar för patienter och närstående

7. Systematiskt kvalitetsarbete

Med hjälp av dokumenterade processer och rutiner samt ett systematiskt arbetssätt ska verksamheten uppnå kvalitet. Arbetet ska bestå av riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser och samverkan.

De strategiska kvalitets och patientsäkerhetsfrågorna hanteras på HSV möten där verksamhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef för legitimerade, enhetschef för myndighet och utveckling samt MAS ingår.

Denna grupp är även länken till hälsa och omsorgs strategiska ledningsgrupp.

I kvalitetsmöten med legitimerad personal hanteras kvalitets- och patient-säkerhetsfrågor av MAS i samråd med enhetschef för legitimerad personal.

I kvalitetsråd finns representation från samtliga verksamhetsgrenar som är ytterst ansvariga för kvalitetsledningsarbetet. Rådet arbetar med kvalitetsledningssystem, processer, godkänner rutiner och ansvarar för att informera i verksamheterna i de frågor rådet hanterar. IFO har sitt kvalitetsråd och de båda råden träffas regelbundet för att hantera de gemensamma frågorna.

7.1 Kvalitetsledningssystem, processer och rutiner

Beslutsstödet Stratsys används för att planera, följa upp och dokumentera kvalitetsarbetet. Årshjul fördelar aktiviteter över året och skapar en helhetsbild av arbetet. Processerna ska upprättas av verksamheterna tillsammans med MAS/SAS/Utvecklingsledare. Processerna riskbedöms. Upprättande av rutiner och handböcker pågår fortlöpande.

7.1.1 Resultat och analys

Att använda beslutsstödet för kvalitetsarbetet är i sin linda. Kvalitetsrådet utbildades i processarbetet under året. Huvudprocess och riskbedömning av denna har utförts. Årshjul för kvalitetsarbetet är upprättat. Arbetet med att uppdatera och upprätta rutiner för hälso- och sjukvården pågår. Arbetet är tidskrävande för att identifiera rutiner som finns på olika platser på intranätet, i olika mappar på K och i handbok.

7.1.2 Mål systematiskt kvalitetsarbete 2022

- Genom utbildning öka kunskapen kring systematiskt kvalitetsarbete
- Upprätta verksamhetens delprocesser för särskilt boende, hemtjänst, gruppboende, daglig verksamhet, handläggning, hälso- och sjukvård och boendestöd
- Fortsätta arbetet med att identifiera, uppdatera och samla aktuella rutiner i hälso- och sjukvårdshandboken

7.2 Riskbedömningar

Riskbedömningar utförs för att vårdskador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglat av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

Riskanlys vid organisationsförändring

Innan beslut tas om ny organisation, ny teknik, nya metoder, ny arbetsprocess eller nya rutiner ska iakttagelser göras om arbetet på något sätt kan utgöra en risk för vårdskada. Även personalens, närståendes eller en enskild patients upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld ska bedömas. I arbetet ingår att riskbedöma upprättade processer.

Systematiska riskbedömningar av patient

Systematiska riskbedömningar på individnivå ska utföras av legitimerad personal vid kontakt med ny patient samt då behov uppstår. Då det finns standardiserade bedömningsinstrument ska dessa användas.

Riskbedömningar på individnivå sker även genom att använda kvalitetsregistret Senior Alerts riskbedömningar. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention och teamarbete. Stödet utgör prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. I stödet utförs riskbedömningar, åtgärder upprätta i samråd med den enskilde och dessa följs upp fortlöpande.

7.2.1 Resultat och analys

Under året utfördes riskanalys inför införandet av nytt verksamhetssystem för dokumentation. Utöver detta har inga fler riskbedömningar av patientsäkerheten utförts. Riskbedömningar av patientsäkerheten upplevs inte vara lika självklart att utföra vid förändringar av organisation eller arbetsätt som att riskbedöma arbetsmiljön. Arbetet med att implementera riskbedömningar uppbyggda i beslutsstödet Stratsys för att kvalitetssäkra processerna i kvalitetsledningssystemet har inte utförts då inga fler processer tagits fram under året. Fokus på kvalitetsarbetet har legat på att få igång kvalitetsrådet, arbeta med implementering av nytt avvikelssystem och med att uppdatera handböcker och rutiner.

Under året har legitimerad personal arbetat under hög belastning och samtidigt har det funnits vakanta tjänster såväl i sjuksköterskeverksamheten som i rehabenheten. Bemanningen har stundtals varit lägre än under sommarmånaderna. Det har även framgått att det inom området LSS varit otydligt vilka verksamheter legitimerade har hälso- och sjukvårdsansvar för. Likaså finns olika uppfattningar om vad som ska ingå i sjuksköterskans omvårdnadsansvar och rehab personalens ansvar. Detta anser MAS vara en risk för patientsäkerheten och en genomlysning av verksamheterna har påbörjats.

Riskbedömningar på individnivå är ett eftersatt område. Statistik från kvalitetsregisterna Senior Alert och Palliativa registret påvisar en ojämn användning.

Inventeringen av vilka standardiserade bedömningsinstrument som används i verksamheterna påvisar att det finns en otydlighet. Inga beslut eller rutin finns för vilka bedömningsinstrument som ska användas samt vid vilka tillfällen och i vilka verksamheter. Inte heller finns det en tydlighet i när vårdpersonalen ska kunna vara behjälpliga. Idag används instrumenten efter den enskilda legitimerades tycke och smak. Rehab använder sig av beslutsstöd i sitt arbete och använder bedömningsinstrument på ett mer strukturerat sätt än sjuksköterskorna.

Arbetsättet i Senior Alert är inte en naturlig del i teamarbetet runt en kund. Arbetsättet tar över helhetstänk och stor del av tiden på tematraf-

farna. Riskbedömningar utförs men tveksamhet råder om vilka insatser som beslutas för att åtgärda uppkomna risker. Tveksamt är även hur involverad den enskilda patienten är i beslutade åtgärder. Om arbetet fungerar tillfredsställande är det mer beroende av specifika individer och inte ett arbetssätt inom hela hälsa- och omsorg.

För att arbetet med riskbedömningar, åtgärder vid risker samt uppföljningar ska få effekt måste teamarbetet fungera tillfredsställande vilket det inte gör idag. LSS har inte haft några teamträffar. Skillnad mellan teamträffar och det dagliga teamarbetet behöver förtydligas. Genomlysning av arbetet har inte kunnat utföras under året relaterat till hög arbetsbetsbelastning där pandemin tagit stor del av tiden.

7.2.2 Mål Riskbedömningar 2022

- Genomföra riskbedömning av patientsäkerheten i samtliga verksamheter baserat på bemanning och hur hälso- och sjukvården är organiserad
- Genom utbildning öka kunskapen kring riskbedömningar på organisatorisk och individnivå
- Genomlysning av arbetet i kvalitetsregister och besluta om vilka bedömningsinstrument som ska användas
- Utvecklingsledare, SAS och MAS har fått i uppdrag att upprätta och implementera arbetssätt för teamarbete och teamträffar

7.3 Egenkontroller

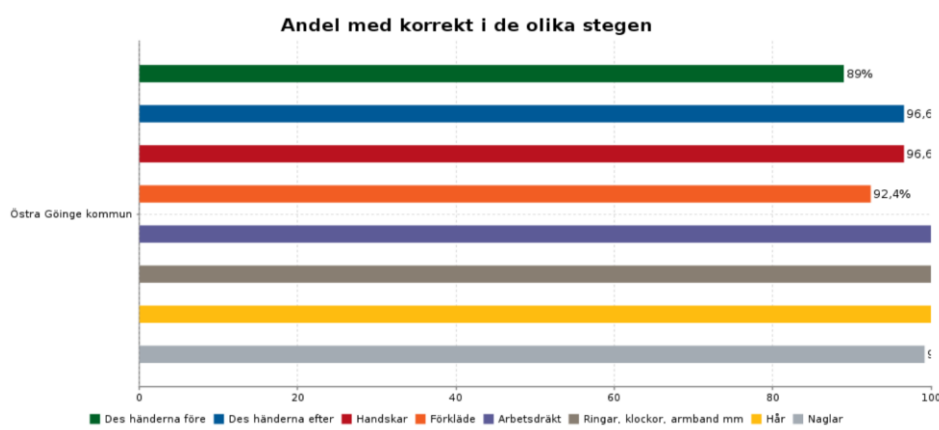
Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av om den egna verksamheten bedrivs enligt de lagar, processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

7.3.1 Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

Målet för året var att delta i PPM-mätning (punktprevalensmätning) inom basala hygien och klädregler. PPM basala hygienrutiner och klädregler är en observation som utförs i patientnära arbete. Åtta olika steg observeras, fyra för klädregler och fyra för basala hygienrutiner. Rekommendationen är minst 10 observationer per enhet.

7.3.2 Resultat och analys

Tidigare år har endast särskilt boende deltagit i mätningarna. Under året har mätning av hygienrutiner införts för samtliga verksamheter som egenkontroll i beslutsstödet Stratsys. Målet är att samtliga verksamhetsområden framöver ska delta i PPM-mätningar två gånger om året. För 2021 erbjöds enbart en mätning i SKRs regi.



7.3.3 Systematiska verksamhetsuppföljningar

Som ett led i egenkontrollen ska systematiska verksamhetsuppföljningar utföras i verksamheterna. Även vid behov ska verksamhetsuppföljningar kunna utföras.

7.3.4 Resultat och analys

Material och strategi för de systematiska verksamhetsuppföljningarna utfördes av SAS och MAS. Fokus var det systematiska kvalitetsarbetet där samtliga professioner i teamet får samma frågebatteri men intervjuas enskilt. Tanken med att intervjua enskilt är för att se om samsyn finns från chefsleden till professionerna närmast patienten där vården sker. Särskilda boendet Lindgården som drivs av Vardaga granskades med gott resultat.

7.3.5 Mål Egenkontroller 2022

- Kvalitetssäkra mätningarna av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom att utse en arbetsgrupp med representation från samtliga verksamheter. Grupper utbildas, fortbildas och utför årligen PPM- mätningarna.
- Utföra systematiska verksamhetsuppföljningar i egen regi
- Öka antalet egenkontroller för hälso- och sjukvården i samråd med verksamhetschef och enhetschef för legitimerade

7.4 Avvikelser, synpunkter och klagomål

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar enhetschefen inom respektive verksamhet för.

I de fall det förekommit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, eller oklarhet om bedömning av skada, informeras MAS som handlägger avvikelser vidare.

MAS ansvarar för lex Maria anmälan om sådan ska ske enligt HSLF- FS 2017:41 samt för att anmäla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till Läkemedelsverket och/eller IVO

Antalet avvikelser och Lex Mariaanmälningar sammanställs och redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Kommunövergripande rutin för att kunna lämna synpunkter finns och överlämnas till berörd person för utredning och återkoppling. Allvarligare

synpunkter och klagomål utreds enligt metod händelseanalys i adekvata delar. Inkomna klagomål från andra myndigheter handläggs på motsvarande sätt och återrapporteras enligt överenskommelse.

Ärenden från patientnämnden utreds enligt samma metod som synpunkter och klagomål och återrapporteras så som framgår i ärendet från patientnämnden.

7.4.1 Resultat och analys

Tabell antal avvikelser

Antal avvikelse/år	2019	2020	2021
Fall	312	582	565
Läkemedel	182	280	213
Brister i vården	53	62	45
Bemötande	5	3	8
Våld mellan boende	0-	3	1
Kommunikation/information	49	56	54
Allvarlig vårdskada	-	-	1
Lex Maria skickad till IVO	1	0	0
Synpunkter och klagomål	-	-	
Ärenden från patientnämnden	1	5	1

En allvarlig vårdskada har under året utretts av MAS. Utredningen påvisade följande:

- Brister i kommunikation
- Brister i läkemedelshantering
- Brister i utförandet av speciell omvårdnad
- Brister i tillsyn och uppföljning
- Brister i följsamhet till gällande rutiner - delegering

Lång och kortsiktig handlingsplan upprättades och som följs upp kontinuerligt. Beslutade åtgärder var bland annat:

- Behov av uppdatering och implementering av rutiner och utbildningsmaterial för delegering
- Uppdatering och implementering av dokumentationsrutin och genomgång av behörigheter i verksamhetssystemet
- Tydliggörande av sjuksköterskans omvårdnadsansvar
- Tydliggöra rutiner för teamarbetet, vilket stöd enhetschefer behöver ge personal i komplexa ärende med stora vård och omsorgsbehov samt se över en optimal bemanning i dessa ärenden

Allvarlighetsgraden på vårdskadan uppfyllde inte kraven som allvarlig vårdskada och därav anmäldes inte händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Genom agerande från vårdpersonal och sjuksköterska, kunde vårdskadan begränsas och patienten fick inte bestående skador eller ett väsentligt ökat vårdbehov.

Ett ärende har inkommit till patientnämnden från medborgare i Östra Göinge kommun gällande upplevda brister i vården på ett boende i privat

regi. Ärendet har hanterats i deras verksamhet. Samtidigt är det av vikt att verksamheten får till sig dessa ärenden för att analysera om något brustit för att i så fall komma till rätta med eventuella

Övergripande rutin för att hantera synpunkter och klagomål är inte helt känd i verksamheterna. Antalet inkomna synpunkter och klagomål gällande patientsäkerhetsfrågor har inte kunnat hanteras då processen för hur sammanställning tas ut inte varit klarlagd i skrivande stund.

Rutin för rapportering, utredning och återkoppling av vårdskador är uppdaterad men inte implementerad i tillräcklig omfattning. IT-system för hantering av avvikelser är inte optimalt. Statistikmodulen för sammanställning och återkoppling av arbetet är svårarbetat då allt material måste omarbetas i Excell. Utredning av avvikelser utförs inte i tillräcklig omfattning. Kunskapsbrister kring gällande rutin och utredningsförfarandet.

7.4.2 Mål avvikelser, synpunkter och klagomål 2022

- Utbildning i systemet för avvikelshantering
- Implementering av rutin för avvikelshantering, synpunkter och klagomål
- Utbildning i utredningsförfarande
- Införa uppföljning av avvikelshantering som egenkontroll

8. Åtgärder för att ökad patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. Under året 2021 har olika prioriteringar och mål satts upp för att öka patientsäkerheten i det dagliga arbetet.

8.1 Palliativ vård och socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård i livets slutskede

Fortsatt införande av Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP). NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården i övergången från botande till lindrande/stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet.

Enheten för Hälso- och sjukvård har under året följt rapportering genom Palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet med registreringen är att förbättra vården i livets slutskede beroende av diagnos och vem som utför vården. Sjuksköterskorna besvarar en enkät som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan används resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Såväl väntade som oväntade dödsfall registreras vilket kan påverka resultatet över året. De som avlider oväntat har inte hunnit få någon vårdplan upprättad.

8.1.2 Resultat och analys

17 NVP har registrerats under 2021. Nyanställda sjuksköterskor i kombination med vakanta tjänster och det arbete som pandemin krävt har lett till att målet att införa NVP i ordinärt boende med hemsjukvårdsinsats inte

har fullföljts. Av samma anledning har inte heller nyanställda kunnat utbildas i arbetssättet vilket gör att arbetet med NVP på särskilt boende till viss del tappat fart. Processerna i NVP har synkroniserats med processerna i nya verksamhetssystemet för att underlätta dokumentationen. Verksamhetssystemet har på grund av resursbrist i kombination med hög arbetsbelastning inte implementerats under året.

Registrering i palliativa registret har fortlöpt under det gångna året. 46 dödsfall har rapporterades i registret varav 35 var väntade. Som diagrammet nedan visar finns fortsatt arbete för att nå upp till de nationella målvärdena.

Tabell. Kvalitetsindikatorer Palliativregistret.

Kvalitetsindikatorer	Målvärde (%)	Resultat 2019	Resultat 2020	Resultat 2021
Dokumenterat brytpunktsamtal	98,0	85,7	87	89
Ordination inj. av stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	92,9	91	91
Ordination inj. av ångstdämpande vid behov	98,0	92,9	87	91
Smärtskattas sista levnadsvecka	100	78,6	70	60
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	57,1	49	57
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	100	74	91
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	78,6	70	83

8.1.3 Mål för palliativ vård 2022

- Att utbilda nyanställda i NVP regelbundet över året
- Att införa NVP till patienter i ordinärt boende med hemsjukvårdsinsatser.
- Fortsatt registrering i palliativa registret som bland annat mäter de kvalitetsindikatorer som används i NVP

8.2 Personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt

Arbetet med att identifiera förbättringsområden inom Östra Göinge kommun kommer att utgå från Nationella riktlinjers indikatorer och från Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Syftet med denna modell är att underlätta för samverkan mellan region och kommun och arbeta personcentrerat utifrån ett systematiskt arbetssätt kring personer med kognitiv sjukdom. Modellens grund ligger i att ge en jämlik vård och omsorg då det tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas en person med kognitiv sjukdom under hela sjukdomsförloppet.

För att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver det göras en satsning på gränsöverskridande multiprofessionella demens- team där det på ledningsnivå finns en tydlig viljeinriktning inom området.

8.2.1 Resultat och analys

Under 2021 har tjänsten som demenssjuksköterska varit vakant vilket lett till att kvalitetsarbetet för personer med kognitiv svikt legat nere. Från januari 2022 är tjänsten åter tillsatt.

8.2.2 Mål för personcentrerad vård och omsorg vid kognitiv svikt 2022

- Att återuppta bedömningar gällande livskvalitet vid kognitiv sjukdom samt användningen av BPSD-registret
- Att påbörja kartläggningen och införandet av ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom
- Att öka kunskapsnivå hos personalen som arbetar närmast personer med demenssjukdom
- Att motivera fler undersköterskor att specialisera sig till Silviasyst-rar
- Att som långsiktigt mål Silviahems-certifiera de avdelningar inom särskilt boende som arbetar med personer med kognitiva sjukdo-mar

8.3 God nutritionsvård

Dietist arbetar med individuell nutritionsbehandling samt med att ge stöd och handledning i verksamheterna. I uppdraget ingår även samarbete med förebyggande verksamheterna. Uppdragsbeskrivning för rollen och an-svarsfördelning i förhållande till sjuksköterskornas nutritionsansvar saknas. Under året har dietist tillsammans med enhetschefer, kostombud och öv-rig personal arbetat med att, utöver att minska nattfastan, förlänga matda-gen. Tillsammans med två kostombud påbörjades ett projekt för att få till ett effektivt, säkert och strukturerat nutritionsomhändertagande med tydlig ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper.

8.3.1 Resultat och analys

Resultatet med att förlänga matdagen kunde ses i höstens nattfastemätning där medelvärdet hade förbättrats på de flesta avdelningar och på två av-delningar var medelvärdet under 11 h. Pandemin har bromsat samarbetet med förebyggande verksamhet där mycket under året pausats. Behov finns att höja grundkunskapen gällande mat och näring för samtliga medarbetare som arbetar patientnära. Behov finns att tydliggöra ansvarsområdena bland annat den individuella nutritionsbehandlingen.

8.3.2 Mål God nutritionsvård 2022

- Utbildningstillfällen för kostombud

-
- Ta fram förslag på material och utbildningsinsats för höjd grundkunskap gällande mat och näring
 - Ta fram förslag på arbetsbeskrivning för dietist
 - Utforma och tydliggöra ansvaret i den individuella nutritionsbehandlingen
 - Återuppta samarbetet med förebyggande verksamhet

8.4 Säker läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering innebär att en specialutbildad farmaceut tillsammans med teamet runt har genomgång av aktuell lagstiftning, lokala rutiner och arbetsmoment vid läkemedelshantering. Därefter ger farmaceuten råd i en rapport och verksamheten tar fram konkreta åtgärdsförslag med syfte att stärka det egna kvalitetsarbetet. MAS ansvarar för att utse ansvariga och tidsram för förbättringsförslagen. Granskade verksamheter ansvarar för att återkoppla granskningar och förbättringsförslag i respektive ledningsgrupper i ett lärande syfte.

I verksamheterna finns Kommunala basläkemedelsförråd vilka innehåller de vanligaste läkemedel som en patient kan behöva i en akut situation. Sortimentet fastställs och bekostas av Region Skånes Läkemedelsråd. Syftet med förråden är att kunna påbörja en behandling farm till ordinarie leverans. Årligen utförs kvalitetsgranskningar via enkäter som ansvariga för förråden besvarar.

Individuell läkemedelsuppföljning utförs i verksamheterna på uppdrag av ansvarig läkare. Sjuksköterskorna är behjälplig med förberedande insatser som provtagning och skattningsformulär samt deltar i genomgångarna vid behov.

8.4.1 Resultat och analys

Sex verksamheter fördelade på hemtjänst och nattpatrull, gruppboende LSS, Socialpsykiatri samt särskilda boende granskades under året.

I rapporterna för verksamheterna inom LSS och socialpsykiatri finns stora förbättringsåtgärder då det inte varit tydligt för sjuksköterska hur omfattande hälso- och sjukvårdsansvaret är i verksamheterna. Detta har resulterat i otidighet kring ansvaret i läkemedelsprocesserna, flera brister i följsamhet till lokal läkemedelsrutin samt brister i att egenvårdsbedömningar saknas i flera fall där personal är delaktig i läkemedelshantering utan sjuksköterska. Mest akut är att åtgärda är att tillse så att sjuksköterska finns utsedd till samtliga verksamheter där kommunen enligt lag har hälso- och sjukvårdsansvaret upp till sjuksköterskenivå. Därefter behöver sjuksköterska tillsammans med enhetschefer och MAS arbeta systematiskt för att åtgärda bristerna och tydliggöra ansvarsförhållandena.

I rapporterna för äldreomsorgen finns större följsamhet till lokal läkemedelsrutin men flera förbättringsåtgärder finns. Framst behövs på något boende ändamålsenliga läkemedelsskåp för att kunna förvara läkemedel på ett säkert sätt. Kontrollräkning av narkotiska preparat behöver göras enligt gällande rutin. Lokal rutin behöver uppdateras av MAS och implementeras i verksamheterna av samtliga enhetschefer oavsett lagrum för god följsamhet.

MAS utförde en uppföljning av läkemedelsförvaringen i särskilt boende som påvisade att förvaringen av läkemedel inte var patientsäker. För små skåp gjorde att läkemedel förvarades utanför skåpen. Narkotiska preparat kontrollräknades inte enligt gällande rutin och läkemedel som inte längre var ordinerade eller var utgångna fanns kvar i skåpen. Anledning till att inte gällande rutin följts berodde dels på vakanta tjänster och även på att olika sjuksköterskor utfört punktinsatser.

31 individuella läkemedelsgenomgångar utfördes i samverkan med primärvården under 2021.

8.4.2 Mål Säker läkemedelshantering för 2022

- Att uppdatera samtliga rutiner för läkemedelshantering, implementera dessa och tillsammans med enhetschef för legitimerade
- Att inventera verksamheterna och ersätta med ändamålsenliga medicinska skåp
- Att fullfölja handlings- och tidsplaner från 2021 års externa kvalitetsgranskningar
- Att fortsätta med extern kvalitetsgranskning
- Att fortsätta med individbaserade läkemedelsuppföljningar

8.5 Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska arbeta aktivt med informationssäkerhet. Det innebär bland annat att information kring patienter ska finnas tillgänglig när den behövs, att den ska vara korrekt och att obehöriga inte får åtkomst. Rutin för händelseloggar finns. Loggkontroller tas ut av systemförvaltare från verksamhetssystem samt från nationell patientöversikt (NPÖ). Ansvarig chef ansvarar för kontroll och analys samt vidare ställningstagande om kontrollerna påvisar några oegentligheter.

8.5.1 Resultat och analys

Inga oegentligheter är inrapporterade under det gångna året i hälso- och sjukvården. En incident har inträffat där ingen åtkomst fanns till något av de digitaliserade systemen. Incidenten påvisar hur sårbara organisationerna är och därmed patientsäkerheten. Speciellt påtagligt blev detta då incidenten skedde en helg då det inte finns någon in tjänst med kunskap kring systemen, Arbete kring översyn av informationssäkerhet samt rutiner för detta efter lagstiftarens krav fick ny fart efter incidenten. Riskbedömningar gällande behörigheter och informationssäkerhet har inte utförts. Inte heller en tydlig kartläggning över informationsflödet i verksamheterna över vem som har tillgång till vad. Dokumentationsrutin finns uppdaterad med beslut om dokument som behöver finnas i pappersform vid eventuella driftsstopp. Idag finns det frikostiga behörigheter i vissa delar av verksamhetssystemet. Mina Planer, ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning och SIP från slutenvård har även detta system frikostiga behörigheter där lokal rutin finns upprättad och där arbetet påbörjats med att begränsa behörigheterna.

8.5.1 Mål Informationssäkerhet 2022

- Fortsatt arbete med informationssäkerhet, ansvarsområden och rutiner
- Uppföljning av om rätt dokument finns i pappersform vid eventuella driftsstopp
- Implementering av lokal rutin för Mina planer och utbildning i IT-stödet.
- Riskanalys, översyn och beslut om behörigheter i verksamhetssystemet