

## Avvikelsehantering - Region Gävleborg

### Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	2
2.	Allmänt.....	2
2.1.	Definitioner .....	2
2.1.1.	Avvikelse .....	2
2.1.2.	Typer av avvikelser .....	3
2.1.3.	Avvikelseområden .....	3
2.1.4.	Korrigerande åtgärd .....	3
2.1.5.	Förebyggande åtgärd .....	4
2.2.	Ledtider för avvikelsehantering.....	4
3.	Ansvar och roller för denna rutin.....	4
3.1.	Regiondirektör .....	4
3.2.	Samtliga chefer inom Region Gävleborg .....	4
3.3.	Handläggare/Utredare av avvikelser .....	4
3.4.	Samtliga medarbetare och förtroendevalda.....	4
3.5.	Skyddsombud.....	4
3.6.	Ledningssystemsamordnare .....	4
3.7.	Systemägare Platina .....	5
4.	Beskrivning .....	5
4.1.	Roller vid avvikelsehantering.....	5
4.1.1.	Rapportör .....	5
4.1.2.	Ägare.....	5
4.1.3.	Handläggare.....	5
4.1.4.	Chefläkare/Cheftandläkare/anmälansansvarig .....	5
4.1.5.	Berörd(a) .....	5
4.2.	Flödet vid hantering av enskilda avvikelser inom Region Gävleborg.....	5
4.2.1.	Identifiering av en avvikelse .....	6
4.2.2.	Åtgärda direkt.....	6
4.2.3.	Rapportera händelsen.....	6
4.2.4.	Ta emot och utse handläggare.....	7
4.2.5.	Utreda/analysera avvikelserna .....	7
4.2.6.	Kommunicera till rapportör, och medarbetare .....	8
4.2.7.	Besluta korrigerande åtgärd .....	8
4.2.8.	Genomföra korrigerande åtgärd .....	8
4.2.9.	Följa upp och verifiera korrigerande åtgärd.....	8
4.2.10.	Kommunicera genomförd åtgärd .....	8
4.2.11.	Avsluta avvikelse.....	8
4.3.	Sammanställning, analys och rapportering av avvikelser och åtgärder ..	8
4.4.	Förebyggande åtgärder .....	9
4.5.	Särskilda punkter att beakta vid avvikelsehantering .....	10
4.5.1.	Lex Maria .....	10
4.5.2.	Handlingsplan för anmäld person.....	10
4.5.3.	Hantering av patient-/kundklagomål .....	10
4.5.4.	Chefläkar-/cheftandläkarärenden .....	10
4.5.5.	Utredningsärende.....	10
4.5.6.	Hantering av ärenden från Patientnämnden.....	10

4.5.7.	Begäran från IVO, och/eller Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag om material .....	10
4.5.8.	Begäran om utlämnande av rapporterade avvikelser .....	10
4.5.9.	Rapportering till tillsynsmyndighet .....	11
4.5.10.	Avvikelser som rör strålskydd .....	11
4.6.	Arkivering .....	11
5.	Plan för kommunikation och implementering .....	11
6.	Dokumentinformation .....	11
7.	Referenser .....	12

## 1. Syfte och omfattning

Detta dokument beskriver ansvar och roller kring processen för avvikelsehantering inom Region Gävleborg, med syfte att säkerställa att avvikelser rapporteras, åtgärdas, att upprepning förhindras samt att effekterna av genomförda åtgärder följs upp.

## 2. Allmänt

Samtliga avvikelser som inträffar eller upptäcks inom regionens verksamheter ska hanteras enligt stegen i denna rutin.

Samtliga medarbetare inom Region Gävleborg ansvarar för att direktåtgärda och rapportera avvikelser när de inträffar/upptäcks.

Den enhet där avvikelser inträffat ska analysera orsaken till avvikelserna, utarbeta förslag till förbättringsåtgärder och meddela berörda enheter. Arbetsskador ska utredas av närmaste chef.

Inom Region Gävleborg ska IT-stödet Platina användas för att rapportera, och dokumentera orsaksanalys, beslutade åtgärder, uppföljning och avslut av den enskilda avvikelserna. Platina används också för att hitta och analysera samband mellan avvikelser samt för att göra sammanställningar och rapporter.

### 2.1. Definitioner

#### 2.1.1. Avvikelse

En avvikelse är ett icke-uppfyllande av ett krav.

Som avvikelse inom Region Gävleborg räknas:

- en icke förväntad händelse eller observerad risk i en verksamhet som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för patient, närstående, medarbetare, utrustning, miljö eller organisation.
- klagomål från kund, såväl interna som externa.
- avsteg från styrande dokument i ledningssystemet
- avsaknad av styrande dokument i ledningssystemet
- felanmälningar som inte åtgärdas effektivt
- överskridanden av rikt- och gränsvärden i tillståndsvillkor
- avsteg från gällande lagstiftning

- avsteg från mål och överenskommelser
- bristande kunskaper för särskilda uppgifter
- avsteg från krav i tillämpliga ledningssystemstandarder och författningar

### 2.1.2. Typer av avvikelser

- **Negativ händelse:** En händelse som medfört vårdskada, arbetsskada eller annan skada t ex på organisation, utrustning eller besökande  
*t ex: En förvirrad patient ramlade ur sin säng och bröt benet*  
*t ex: System ligger nere, kommer inte åt betydande information*
- **Tillbud:** Händelse som hade kunnat medföra vårdskada, tillbud inom arbetsmiljö eller händelse som kunnat medföra en annan skada t ex på organisation, utrustning eller besökande  
*t ex: En förvirrad patient ramlade ur sin säng utan att komma till skada*  
*t ex: System ligger nere vilket leder till t.ex. en fördröjning av betydande information*
- **Risk:** En möjlig händelse som vid inträffande skulle innebära en negativ händelse eller tillbud. Risk värderas som kombination av en händelses sannolikhet och dess konsekvens.  
*t ex: En förvirrad patient som ligger i en säng utan tillsyn*  
*t ex: Känd bugg i IT- systemet*

### 2.1.3. Avvikelseområden

Som avvikelseområde räknas det område inom vilken avvikelsen inträffat/bedömts ha inträffat. Flera nivåer på avvikelseområden finns och det ska anges ska minst anges i två nivåer vid avvikelseutredning.

Nedan anges avvikelseområden i nivå 1.

- Administrativ stödprocess
- Fastighets- och försörjningsprocess
- Transportprocess
- Teknisk stödprocess
- Utbildning och kulturprocess
- Vårdprocess – behandling
- Vårdprocess – diagnostik
- Vårdprocess – kommunikation
- Vårdprocess – läkemedel
- Vårdprocess – omvårdnad
- Vårdprocess – patienttransporter
- Vårdprocess – vårdadministration

### 2.1.4. Korrigerande åtgärd

Åtgärd som vidtas för att eliminera orsaken till en konstaterad avvikelse.

### 2.1.5. Förebyggande åtgärd

Åtgärd som vidtas för att minimera/eliminera risken för potentiell avvikelse oavsett process.

### 2.2. Ledtider för avvikelsehantering

- Påbörjad utredning - ska göras inom 7 dagar
- Korrigering åtgärd – ska beslutas inom 30 dagar
- Avslutad avvikelse och verifiering av att åtgärden varit effektiv – ska göras inom 90 dagar.

## 3. Ansvar och roller för denna rutin

### 3.1. Regiondirektör

Ansvarar för att

- rutin för avvikelsehantering upprättas, fastställs och implementeras,
- resurser för implementering och tillämpning skapas

### 3.2. Samtliga chefer inom Region Gävleborg

Ansvarar för att inom sina respektive ansvarsområden

- göra denna rutin känd och tillämpad bland alla medarbetare vid rapportering och hantering av avvikelser
- definiera roller och ansvar för hantering av avvikelser
- vid behov ta fram anpassade avvikelserutiner utifrån denna rutinbeskrivning
- att sammanställning och analys görs av inträffade avvikelser för att upptäcka systematiska avvikelser och förhindra upprepning

### 3.3. Handläggare/Utredare av avvikelser

Ansvarar för att känna till och tillämpa denna rutin vid utredning och analys av avvikelser.

### 3.4. Samtliga medarbetare och förtroendevalda

Ansvarar för att rapportera avvikelser när de inträffar/upptäcks

### 3.5. Skyddsombud

Har rätt att ta del av avvikelsehandlingar som rör arbetsmiljö

### 3.6. Ledningssystemsamordnare

- Upprättare av denna rutin
- Ansvarar för att denna rutin hålls aktuell.

### 3.7. Systemägare Platina

Ansvarar för att funktionen för avvikelsehantering i Platina svarar mot kraven i denna rutin.

## 4. Beskrivning

### 4.1. Roller vid avvikelsehantering

#### 4.1.1. Rapportör

Den som rapporterar en avvikelse

#### 4.1.2. Ägare

Den som är ansvarig för att avvikelsen utreds och att åtgärd för att förhindra upprepning beslutas, genomförs och följs upp.

#### 4.1.3. Handläggare

Den som har i uppgift att utreda en avvikelse och följa hela flödet till avslut.

#### 4.1.4. Chefläkare/Cheftandläkare/anmälningansvarig

Den som bedömer om en allvarlig avvikelse ska anmälas som lex Maria.

#### 4.1.5. Berörd(a)

Verksamheter/funktioner/personer som inte är direkt involverade i avvikelsen men som berörs av händelsen och/eller av åtgärden.

### 4.2. Flödet vid hantering av enskilda avvikelser inom Region Gävleborg

För avvikelsehantering i regionen gäller följande arbetsgång: (boxarnas numrering anger motsvarande avsnitt i rutinen). Vid ev. utformning av lokala rutiner ska samtliga steg nedan beskrivas och ansvariga definieras.

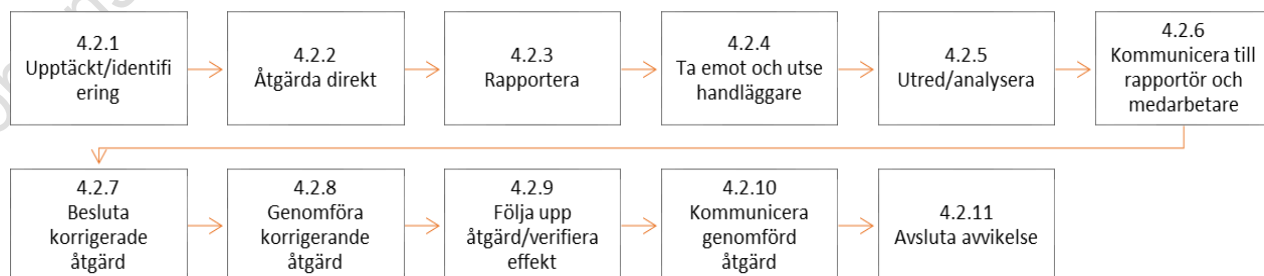


Fig. 1 arbetsgång vid hantering av avvikelser

#### 4.2.1. Identifiering av en avvikelse

En avvikelse kan identifieras genom att

- a) Avvikelsen upptäcks direkt och rapporteras av den som upptäckt avvikelsen eller den som drabbats av avvikelsen
- b) Avvikelsen upptäcks senare och rapporteras av tredje person
- c) Avvikelsen upptäcks vid revision (extern eller intern) och rapporteras av den reviderade verksamheten i Platina.
- d) Avvikelsen noteras vid arbetsmiljöromd
- e) Avvikelsen konstateras vid Ledningens genomgång (gäller certifierade och ackrediterade verksamheter)

#### 4.2.2. Åtgärda direkt

Avvikelsen ska åtgärdas direkt efter upptäckt om möjligt. Exempelvis:

- Avvikande medicinteknisk utrustning ska omedelbart tas ur burk och MTA kontaktas. Aktuella apparatinställningar ska bevaras och närmaste chef kontaktas för vidare handläggning.
- Om medicinsk risk bedöms föreligga kontaktas läkare.
- Andra berörda enheter ska kontaktas av närmaste chef (rapportör på kvällar nätter, helger) för att informera om avvikelsen och vilken/vilka omedelbara åtgärder som vidtagits
- Vid behov ansvarar närmaste chef (rapportör på kvällar nätter, helger) för att kontakta supportverksamheter inom HR/FM/IT/MTA, för stöd vid åtgärdande

Samtliga åtgärder som vidtagits direkt ska senare registreras i Platina under fliken ”Åtgärder”

#### 4.2.3. Rapportera händelsen

##### 4.2.3.1. Platinarapport eller felanmälan via Plexus Support?

- Om händelsen inneburit skada eller risk för skada och innebär att en åtgärd krävs omgående måste felanmälan göras via Plexus, Support och felanmälan parallellt med att avvikelsen rapporteras i Platina
- Om händelsen inte inneburit någon skada eller risk för skada och kan hanteras av någon av supportverksamheterna inom HR/FM/IT/MTA ska händelsen/ enbart rapporteras som felanmälan för åtgärdande via Plexus, Support och felanmälan (t.ex. problem vid inloggning, vattenläckage)

##### 4.2.3.2. Rapportera i Platina

Rapportering görs i Platina avvikelsehantering via Plexus, Snabblänkar och Avvikelserapportera. Det är viktigt att beskrivningen av avvikelsen innehåller uppgifter som möjliggör orsaksutredning och beslut om verkningsfulla åtgärder.

### 4.2.3.3. Externa avvikelser

- Avvikelse som bedöms ha orsakats av extern verksamhet skrivs ut i pappersform tillsammans med följebrev och skickas till berörd enhet (av närmaste chef eller handläggare). När svar inkommer skrivs detta in i Platina under ”Åtgärdsbeskrivning”.
- För avvikelserapport som tas emot från extern verksamhet (utanför Region Gävleborg) ansvarar närmaste chef för att avvikelsen registreras via inmatningsformuläret på Plexus i Platina

### 4.2.4. Ta emot och utse handläggare

Ägaren (närmaste chef) och ev. annan utsedd handläggare tar emot avvikelsen för utredning. Rapporterade arbetsskador tas alltid emot av närmaste chef

### 4.2.5. Utredda/analysera avvikelsen

- Utredning av avvikelsen ska påbörjas inom sju dagar.
- Arbetsskador ska utredas av närmaste chef.
- Utredaren ska bedöma om avvikelserapporten ska skickas som utredningsärende för komplettering i Platina till andra enheter, MTA, eller till specialistfunktion inom LOV som Inköp, Miljö, Säkerhet, HR.

Se även ”[13-31974 Platina - Att handlägga avvikelser. Region Gävleborg](#)”

#### 4.2.5.1. Orsaksutredning

För att kunna identifiera verkningsfulla åtgärder ska rotorsaken till avvikelsen så långt som möjligt utredas och fastställas. Metod för orsaksutredning ska väljas utifrån bedömd konsekvens och omfattning. Om konsekvensen bedömts ha ett värde  $\geq 8$  tar utredaren kontakt med ansvarig chef som tar ställning till om orsaksutredning ska genomföras i enlighet med etablerade metoder för händelseanalys. Den identifierade orsaken dokumenteras i Platina under fliken Orsak

#### 4.2.5.2. Konsekvensbedömning

Avvikelsens konsekvens ska bedömas genom att allvarlighetsgraden(1-4) multipliceras med sannolikhet för upprepning (1-4) enligt tabell nedan.

Allvarlighetsgrad		Betydande (3)			
Sannolikhet för upprepande		Liten (2)			
Allvarlighetsgrad		?			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för upprepande	Mycket stor (4)				
	Stor (3)				
	Liten (2)		6		
	Mycket liten (1)				

Figur 2 Exempel på genomförd konsekvensbedömning i Platina



#### 4.2.6. Kommuniera till rapportör, och medarbetare

- Ansvarig chef, ansvarar för information om inträffad avvikelse till berörda medarbetare.
- Ansvarig chef, ansvarar för att återföring görs individuellt till rapportör och till övriga medarbetare på arbetsplatsträff.
- Kommunikation till externa, som kunder eller andra vårdgivare görs av ansvarig chef eller utsedd handläggare

All kommunikation ska registreras i Platina under ”kommunikation”.

#### 4.2.7. Besluta korrigerande åtgärd

Beslut om korrigerande åtgärd tas av ansvarig chef efter orsaksutredning. Åtgärden ska värderas så att inte andra problem uppstår. Åtgärden ska stå i proportion till konsekvenserna av den inträffade avvikelsen. Åtgärd ska beslutas inom 30 dagar. Beslutet ska innehålla tidplan, ansvarig för genomförande, samt plan för uppföljning och verifiering av åtgärden. Planering och genomförande av korrigerande åtgärder ska följa samma principer som PDSA (Planera-Genomför-Studera-Agera) – cykeln. Åtgärden registreras av handläggaren i Platina under fliken ”Åtgärd”.

#### 4.2.8. Genomföra korrigerande åtgärd

Den som beslutat om korrigerande åtgärd ansvarar för att tid och resurser avsätts för att genomföra åtgärden inom utsatt tid och att önskad effekt uppnås.

#### 4.2.9. Följa upp och verifiera korrigerande åtgärd

Den som beslutat om korrigerande åtgärd ansvarar för att uppföljning och utvärdering av genomförd åtgärd görs. Det görs genom att sannolikheten för upprepning efter åtgärd värderas tillsammans med den ursprungliga allvarlighetsgraden. (värderas i Platina under fliken ”Uppföljning”). Se figur 2. Vid värde <6 bedöms åtgärden som godkänd. Efter godkänd åtgärd stängs avvikelsen. Vid värde >6 bedöms åtgärden inte ha tillräcklig effekt och beslut om ny åtgärd ska tas och genomföras. Tidpunkten för effektuppföljning. Verifiering och metod för verifiering av effekten ska göras med hänsyn till åtgärdens omfattning.

#### 4.2.10. Kommuniera genomförd åtgärd

Efter genomförd godkänd åtgärd ansvarar utredaren för att information ges till rapportör, verksamhetens/avdelningens medarbetare, patient/anhörig och övriga berörda. Kommunikation med berörda dokumenteras i Platina under flik ”kommunikation”.

#### 4.2.11. Avsluta avvikelse

Avvikelsen anses avslutad när effekten av den genomförda åtgärden värderats och återföring till berörda om genomförd åtgärd skett. Avvikelsen ska avslutas i Platina.

### 4.3. Sammanställning, analys och rapportering av avvikelser och åtgärder

En regelbunden sammanställning av rapporterade avvikelser görs på respektive förvaltnings-, verksamhets/avdelningsnivå



Sammanställning och analys ska innehålla övergripande summering, kategorisering och redovisning av upptäckta systemfel. Förslag till åtgärder ska om möjligt lämnas. Sammanställningen ska grupperas på de säkerhetsområden som registrerats i Platina

- Arbetsmiljö (t ex buller, stress, personlarm, ergonomi, psykisk arbetsmiljö, personsäkerhet)
- Beredskap och säkerhet (t ex skalskydd, katastrofberedskap, inbrott/stölder, egendomsskydd – tillträdesskydd/låsning)
- Brandskydd
- Driftsäkerhet (mediaförsörjning, reservanläggningar)
- Hot/våld/överfall
- Informationssäkerhet (t ex sekretess, spårbarhet, riktighet, tillgänglighet)
- IT och Telekommunikation (t ex vård- och stödsystem)
- Kommunikation och Information (intern och extern kommunikation mm)
- Medicinteknisk säkerhet
- Miljösäkerhet
- Patientsäkerhet
- Smittskydd
- Standardiserat vårdförlopp (för cancerdiagnoser som omfattas av överenskommelse mellan staten och SKL)
- Strålsäkerhet
- Vårdhygien

Sammanställningen används vid ledningsgenomgångar som ett av underlagen för att besluta om

- a) korrigerande åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och
- b) förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av avvikelser

Sammanställning av avvikelser ska även presenteras på arbetsplatsträffar där förslag på såväl korrigerande som förebyggande åtgärder noteras.

Andra former av sammanställning kan beslutas lokalt utifrån verksamhetens behov.

#### 4.4. Förebyggande åtgärder

Beslut om förebyggande åtgärd tas efter riskanalys, underhåll, sammanställning - analys, revision, ledningsgenomgång. Den beslutade åtgärden ska stå i proportion till konsekvenserna av de identifierade riskerna. Förebyggande åtgärd som beslutats ska genomföras, följas upp utvärderas, avslutas på samma sätt som för korrigerande åtgärd enligt 4.2.7.- 4.2.10.

## 4.5. Särskilda punkter att beakta vid avvikelsehantering

### 4.5.1. Lex Maria

Avvikelse som innebär ”allvarlig skada eller sjukdom som en patient drabbats av eller utsatts för eller risk att drabbas av”, ska överlämnas av verksamhetschefen till anmälningsansvarig person i divisionen för fortsatt hantering enligt gemensam rutin, [Lex Maria. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#). En lex Mariaanmälan ska alltid utgå från en avvikelse rapport.

### 4.5.2. Handlingsplan för anmäld person

Gemensam rutin [Krisstöd till medarbetare- Rutin Region Gävleborg](#) kan användas för att ge stöd till anmäld personal.

### 4.5.3. Hantering av patient-/kundklagomål

Klagomål från patient/närstående/kund ska bedömas som avvikelse och därmed rapporteras i systemet. De ska sammanställas och analyseras för beslut om eventuella åtgärder(er).

### 4.5.4. Chefläkar-/cheftandläkarärenden

VC avgör om avvikelsen ska betraktas som ett chefläkar-/cheftandläkarärende. Avvikelsen kan skickas via Platina för utredning/utlåtande av chefläkar-/cheftandläkare.

### 4.5.5. Utredningsärende

En funktion i Platina. Utredningsärende kan skapas av ansvarig enhet som behöver hjälp/stöd i sin utredning och att man vill samla in kompletterande information från en annan gemensamt inblandad enhet.

Utredningsärendet måste avslutas innan huvudärendet kan avslutas.

### 4.5.6. Hantering av ärenden från Patientnämnden

Ärenden som inkommer till en verksamhet från Patientnämnden ska bedömas av ansvarig chef om de ska betraktas som en avvikelse eller inte. Bedömningen ska dokumenteras. Om bedömningen ”avvikelse” görs ska ärendet hanteras som en avvikelse och därmed rapporteras i Platina och hanteras enligt denna rutin.

### 4.5.7. Begäran från IVO, och/eller Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag om material

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och leverera material som begärs från IVO, och/eller Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Verksamhetschef ska i varje enskild begäran från IVO och/eller LÖF som berör den egna enheten kontrollera om avvikelse finns rapporterad, om inte ska VC bedöma om händelsen ska rapporteras som en avvikelse.

### 4.5.8. Begäran om utlämnande av rapporterade avvikelser

Rapporterade avvikelser betraktas som allmän handling i det ögonblick de rapporteras. Vid begäran från t.ex. media om utlämnande av avvikelserapporter ska det hanteras enligt [13-102928- Avvikelser, utlämnande av – Region Gävleborg](#)

#### 4.5.9. Rapportering till tillsynsmyndighet

Ansvarig chef ska se till att rapportering görs till tillsynsmyndighet/er vid behov. Se checklista över de tillsynsmyndigheter till vilka avvikelser ska rapporteras.

#### 4.5.10. Avvikelser som rör strålskydd

För avvikelser som rör strålskydd ska dessa hanteras i enlighet med [Avvikelsehantering- joniserande strålning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen](#)

### 4.6. Arkivering

Verksamhetschefen ansvarar för att utredningsmaterial kring avvikelser och genomförda händelse- och riskanalyser arkiveras i enlighet med [03-75244-Bevarande- och gallringsplan journalhandlingar och övriga handlingar](#).

## 5. Plan för kommunikation och implementering

Denna rutin kommuniceras genom kvalitetssamordnarträffar och genom nyheter på Plexus, samt på Plexus, Patientsäkerhet. Kvalitetssamordnare eller motsvarande ansvarar för att vidarebefordra information om rutinens innehåll och förändringar till resp. chefer inom organisationen. Samtliga chefer ansvarar för att denna rutin implementeras inom sina respektive ansvarsområden. Ansvarig chef ska vidare bedöma behovet av att upprätta lokala checklistor utifrån denna rutinbeskrivning.

## 6. Dokumentinformation

Denna rutin har tagits fram och justerats vid möten med utökat systemförvaltningsråd för Platina avvikelsehantering. Rutinen har också presenterats vid möte med kvalitetssamordnare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

## 7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
<a href="#">13-29032 Lex Maria Hälso- och sjukvårdsförvaltningen</a>	Platina
<a href="#">13-39907 Vårdskada - Utredning av inträffad eller risk för allvarlig vårdskada eller händelse, händelseanalys, internutredning - Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-31932 Avvikelsehantering - joniserande strålning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen</a>	Platina
<a href="#">04-115891 Krisstöd till medarbetare- Rutin Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-230229- Platina - handlägga avvikelse från och till extern enhet</a>	Platina
<a href="#">13-39907 Vårdskada - Utredning av inträffad eller risk för allvarlig vårdskada eller händelse, händelseanalys, internutredning - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen</a>	Platina
<a href="#">12-54354 Riskanalys – Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-102928 - Avvikelser, utlämnande av - Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-31974 Att handlägga avvikelser i Platina</a>	Platina
<a href="#">13-164439 Platina avvikelseregister - Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-205560 Platina - beställning av roller i ny avvikelsemodul Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">04-47939 Systematiskt arbetsmiljöarbete - Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">13-102928- Avvikelser, utlämnande av – Region Gävleborg</a>	Platina
<a href="#">03-75244- Bevarande- och gallringsplan journalhandlingar och övriga handlingar</a>	Platina
<a href="#">SOSFS 2011:09 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</a>	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<a href="#">SOSFS 2008:01 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården</a>	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<a href="#">Socialstyrelsens hemsida om lex Maria</a>	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<a href="#">SSMFS2008:35 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om allmänna skyldigheter vid medicinsk och odontologisk verksamhet joniserande strålning</a>	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
Miljöbalken	Miljöportalen Plexus
<a href="#">Arbetsmiljöförordningen</a>	<a href="http://www.av.se">www.av.se</a>
<a href="#">AFS 2008:15 Systematiskt Arbetsmiljöarbete.</a>	<a href="http://www.av.se">www.av.se</a>
<a href="#">Handbok Risk- och händelseanalys</a>	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a>
<a href="#">Patientsäkerhetslag (2010:659)</a>	<a href="http://www.riksdagen.se">www.riksdagen.se</a>