

Avvikelsehantering - Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning.....	2
2.	Allmänt.....	2
3.	Ansvar och roller för denna rutin	2
3.1.	Regiondirektör	2
3.2.	Samtliga chefer inom Region Gävleborg	2
3.3.	Handläggare/Utredare av avvikelser	3
3.4.	Samtliga medarbetare och förtroendevalda	3
3.5.	Skyddsombud	3
3.6.	Ledningssystemsamordnare	3
4.	Beskrivning	3
4.1.	Roller och organisation vid avvikelsehantering	3
4.1.1.	Regiondirektör.....	3
4.1.2.	Stabsdirektör	3
4.1.3.	Rapportör	3
4.1.4.	Ägare	3
4.1.5.	Handläggare	3
4.1.6.	Chefläkare/Cheftandläkare/anmälningansvarig	3
4.1.7.	Berörd(a).....	4
4.2.	Definitioner	4
4.2.1.	Avvikelse.....	4
4.2.2.	Typer av avvikelser	4
4.2.3.	Avvikelseområden.....	5
4.2.4.	Förebyggande åtgärd.....	5
4.2.5.	Korrigerande åtgärd	5
4.3.	Ledtider för avvikelsehantering	5
4.4.	Flödet vid hantering av enskilda avvikelser inom Region Gävleborg	5
4.4.1.	Identifiera avvikelse	6
4.4.2.	Åtgärda direkt.....	6
4.4.3.	Rapportera händelsen	6
4.4.4.	Ta emot och utse handläggare	7
4.4.5.	Handlägga/analysera avvikelsen	7
4.4.6.	Genomföra korrigerande åtgärd.....	8
4.4.7.	Följa upp och verifiera korrigerande åtgärd	8
4.4.8.	Kommunicera genomförd åtgärd	8
4.4.9.	Avsluta avvikelse	8
4.5.	Kommunikation av avvikelser och åtgärder	9
4.6.	Sammanställning, analys och rapportering av avvikelser och åtgärder	9
4.6.1.	Regionnivå	9
4.6.2.	Förvaltnings-, verksamhets/avdelningsnivå	9
4.7.	Förebyggande åtgärder.....	9
4.8.	Särskilda punkter att beakta vid avvikelsehantering	10
4.8.1.	Lex Maria	10
4.8.2.	Handlingsplan för anmäld person	10
4.8.3.	Hantering av patient-/kundklagomål	10
4.8.4.	Chefläkarärenden	10

4.8.5.	Utredningsärende	10
4.8.6.	Hantering av ärenden från Patientnämnden	10
4.8.7.	Begäran från IVO, och/eller LÖF om material.....	10
4.8.8.	Begäran om utlämnande av rapporterade avvikelser	10
4.8.9.	Rapportering till tillsynsmyndighet	10
4.8.10.	Avvikelser som rör strålskydd	11
4.9.	Arkivering	11
5.	Plan för kommunikation och implementering.....	11
6.	Dokumentinformation	11
7.	Referenser.....	11

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 korrigerande åtgärder 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.

3. Ansvar och roller för denna rutin

3.1. Regiondirektör

Ansvarar för att

- Fastställare av denna rutin och ytterst ansvarig för innehåll och tillämpning.
- 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 inom den egna verksamheten

- 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.

4. Beskrivning

4.1. Roller och organisation vid avvikelshantering

4.1.1. Regiondirektör

Ägare av avvikelseprocessen.

4.1.2. Stabsdirektör

Ansvarar som systemägare för att IT-stöd för avvikelshantering svarar mot kraven i denna rutin och finns tillgängligt inom samtliga verksamheter.

4.1.3. Rapportör

Den som rapporterar en avvikelse

4.1.4. Ägare

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

4.1.5. Handläggare

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

4.1.6. Chefläkare/Cheftandläkare/anmälningansvarig

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

4.1.7. Berörd(a)

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

4.2. Definitioner

4.2.1. 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/kund, närstående, medarbetare, utrustning, miljö eller organisation.
- klagomål från patient/kund, såväl intern som extern.
- 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
- bristande kunskaper för särskilda uppgifter
- avsteg från krav i tillämpliga ledningssystemstandarder och författningar

4.2.2. Typer av avvikelser

- **Negativ händelse:** Händelse som medfört vårdskada, arbetsskada eller annan skada t ex på organisation, utrustning och besökande (AJ).
t ex: En förvirrad patient ramlar ur sin säng och bryter benet.
t ex: System ligger nere, användare kommer inte åt betydande/kritisk information.
t ex: Lamparmatur lossnar från taket och träffar huvudet på medarbetare eller annan person i lokalen
- **Tillbud:** Händelse som hade kunnat medföra vårdskada, tillbud inom arbetsmiljö eller händelse som kunnat medföra en annan skada t ex på organisation, utrustning och besökande (OJ)
t ex: En förvirrad patient ramlar ur sin säng utan att det leder till en skada för patienten
t ex: System ligger tillfälligt nere
t ex: Belysningsarmatur lossnar från taket utan att träffa vare sig medarbetare eller annan person i lokalen
- **Risk:** Potentiella händelser bedöms som risk (dvs. när något kunde ha hänt)
t ex: En pöl upptäcks i trappan där patient/medarbetare kan halka
t ex: Viruskydd uppdateras inte regelbundet
t ex: En löst hängande belysningsarmatur uppmärksammas

4.2.3. Avvikelseområden

Som avvikelseområde räknas den process alt. 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

4.2.4. Förebyggande åtgärd

- Åtgärd för att eliminera orsaken till en tänkbar avvikelse (risk) eller annan önskad, möjlig, situation (ISO 9000:2015, 3.12.1)

4.2.5. Korrigerande åtgärd

- Åtgärd för att eliminera orsaken till en konstaterad avvikelse och för att förebygga upprepning av denna. (ISO 9000:2015, 3.12.2)

4.3. Ledtider för avvikelsehantering

- Påbörjad utredning - ska göras inom 7 dagar
- Korrigerande åtgärd – ska beslutas inom 30 dagar
- Avsluta avvikelse – ska göras inom 90 dagar

4.4. 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.

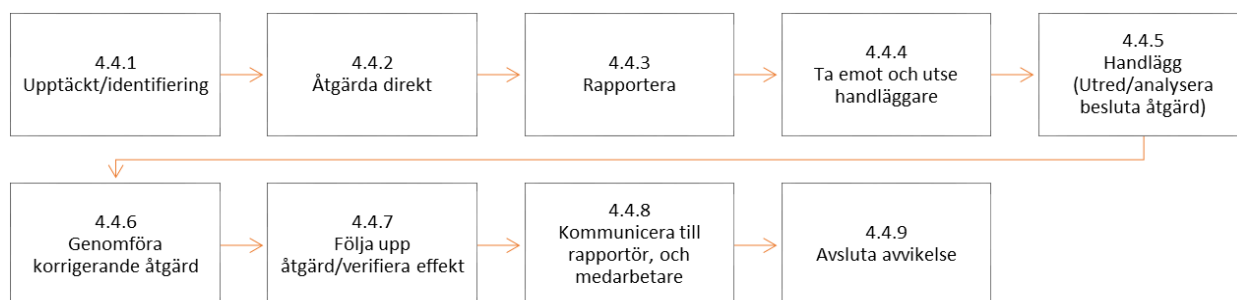


Fig. 1 arbetsgång vid hantering av avvikelser baserad på ISO 9001/14001

4.4.1. Identifiera avvikelse

En avvikelse kan identifieras genom att

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

4.4.2. Åtgärda direkt

Avvikelsen ska åtgärdas direkt efter upptäckt om möjligt. Exempelvis:

- Avvikande medicinteknisk utrustning ska omedelbart tas ur bruk och MTA kontaktas. Utrustningen märks upp för att förhindra oavsiktlig användning. 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/Fastighetsavdelningen/IT/MTA/, för stöd vid åtgärdande

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

4.4.3. Rapportera händelsen

4.4.3.1. Platinarapport eller felanmälan via Plexus Support?

- Om händelsen inneburit skada eller risk för skada samt kräver åtgärdande från supportfunktion ska 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 ska händelsen/ enbart rapporteras som

felanmälan för åtgärdande via [Plexus, Support och felanmälan](#) (t.ex. problem vid inloggning, vattenläckage)

4.4.3.2. Rapportera avvikelse via Plexus

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 verkningfulla åtgärder.

4.4.3.3. 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" och hanteras fortsatt i Platina till avslut.
- För avvikelserapport som tas emot från extern verksamhet (utanför Region Gävleborg) ansvarar närmaste chef för att avvikelsen registreras Platina.

4.4.4. 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

4.4.5. Handlägga/analysera avvikelsen

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

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

För utredningsärende gäller samma ledtider som för avvikelsen i helhet.

4.4.5.1. Riskmatris

Avvikelsens allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning och läggs sedan in i en riskmatris (se tabell 8). Den är ett hjälpmedel för att avgöra om risken ska analyseras vidare eller inte. Avvikelsens konsekvens ska bedömas genom att allvarlighetsgrad och konsekvens (1-4) multipliceras med sannolikhet för upprepning (1-4) enligt matris nedan.

		Allvarlighetsgrad och konsekvens			
		Katastrofal(4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för upprepning	Mycket Stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Figur 2 Matris för riskvärdering

Resultatet av konsekvensbedömningen ska användas vid beslut om metod för orsaksutredning.

4.4.5.1. Orsaksutredning

För att kunna identifiera verkningsfulla åtgärder ska rotorsaken till avvikelserna så långt som möjligt utredas och fastställas. Metod för orsaksutredning ska väljas utifrån avvikelsernas bedömda konsekvens och omfattning. Som ett minimum bör frågan ”varför” ställas fem gånger kring det inträffade. Om konsekvensen bedöms ha ett värde ≥ 8 tar handläggaren kontakt med ansvarig chef som tar ställning till om orsaksutredning ska genomföras i enlighet med etablerade metoder, exempelvis Händelseanalys enligt SKR. Den identifierade orsaken dokumenteras i Platina under fliken Orsak. För stöd i orsaksutredning kan specialistfunktion som MTA, Fastighetsavdelningen, Inköp, Miljö, Säkerhet, HR eller Företagshälsovård kontaktas.

4.4.5.2. Besluta om 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 avvikelserna. 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-cykeln. (Planera-Genomför-Studera-Agera) Åtgärden registreras av handläggaren i Platina under fliken ”Åtgärd”.

4.4.6. 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.

4.4.7. Följa upp och verifiera korrigerande åtgärd

Verifiering och metod för verifiering av effekten ska göras med hänsyn till åtgärdens omfattning. 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.

En sänkning av sannolikhet för upprepning verifierar att åtgärden varit effektiv. Om någon sänkning inte kan påvisas bedöms åtgärden inte ha tillräcklig effekt och beslut om ny åtgärd ska tas och genomföras.

4.4.8. Kommunicera genomförd åtgärd

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

4.4.9. 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 inom 90 dagar.

4.5. Kommunikation av avvikelser och åtgärder

- Ansvarig chef, ansvarar för information om inträffad avvikelse till berörda medarbetare. Arbetsmiljöavvikelser kommuniceras till skyddsombud.
- Ansvarig chef/handläggare 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 fliken ”Kommunikation”.

4.6. Sammanställning, analys och rapportering av avvikelser och åtgärder

4.6.1. Regionnivå

Årlig sammanställning och analys av avvikelser görs för respektive förvaltning. Sammanställning och analys redovisas av Ledningssystemsamordnare vid Koncernledningsgruppens genomgång av ledningssystemet. Fördjupad avvikelseanalys inom exempelvis områdena Miljö, Arbetsmiljö och Informationssäkerhet sker av strateg inom respektive område. Utifrån redovisning och ev. övrig redovisning beslutar Regiondirektören om korrigerande åtgärder och innehåll i redovisning kommande år.

Beslutet tydliggörs i en mall för redovisning av avvikelser som kommuniceras av Ledningssystemsamordnare till samtliga förvaltnings-/verksamhets-/avdelningschefer.

4.6.2. Förvaltnings-, verksamhets/avdelningsnivå

Förvaltningschef ansvarar för att årlig sammanställning av rapporterade avvikelser görs inför Koncernledningsgruppens genomgång av ledningssystemet. Gemensam mall för sammanställning och analys ska användas. Verksamhets-/avdelningschefer ansvarar på motsvarande sätt att årligen till förvaltningschef utifrån beslutad mall redovisa en sammanställning av rapporterade avvikelser.

Andra former av sammanställning och analys kan beslutas lokalt utifrån verksamhetens behov.

4.7. Förebyggande åtgärder

Beslut om förebyggande åtgärd tas efter riskanalys, underhåll, sammanställning - analys, revision, ledningssystemgenomgång. 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 4.2.6.- 4.2.9.

4.8. Särskilda punkter att beakta vid avvikelsehantering

4.8.1. 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, [13-29032 Anmälan till IVO vid allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada \(lex Maria\) - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen](#). En lex Mariaanmälan ska alltid utgå från en avvikelserapport.

4.8.2. Handlingsplan för anmäld person

Gemensam rutin [04-115891 Krisstöd till medarbetare- Rutin Region Gävleborg](#) kan användas för att ge stöd till anmäld personal.

4.8.3. Hantering av patient-/kundklagomål

Klagomål från patient/närstående/kund som bedöms som avvikelse ska rapporteras i systemet. De ska sammanställas och analyseras för beslut om eventuella åtgärder(er). Se även [13-289451 Klagomål på vården, rutin - Hälso- och sjukvårdsförvaltning](#)

4.8.4. Chefläkarärenden

VC avgör om avvikelsen ska betraktas som ett chefläkarärende. Avvikelsen kan skickas via Platina för utredning/utlåtande av chefläkare.

4.8.5. 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.

4.8.6. 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.

4.8.7. Begäran från IVO, och/eller LÖF om material

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och leverera material som begärs från IVO, och/eller 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.

4.8.8. Begäran om utlämnande av rapporterade avvikelser

Vid begäran från t.ex. media om utlämnande av avvikelserapporter ska det hanteras enligt praxis för utlämnande av allmän handling.

4.8.9. Rapportering till tillsynsmyndighet

Ansvarig chef ska se till att rapportering görs till tillsynsmyndighet/er vid behov.

4.8.10. Avvikelse som rör strålskydd

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

4.9. Arkivering

Verksamhetschef/avdelningschef 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. 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 Processråd för Platina avvikelsehantering. Rutinen har också presenterats vid möte med kvalitetssamordnare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

7. Referenser

Dokument	Plats
13-29032 Anmälan till IVO vid allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada (lex Maria) - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Platina
13-39907 Vårdskada - Utredning av inträffad eller risk för allvarlig vårdskada eller händelse, händelseanalys, internutredning - Region Gävleborg	Platina
13-31932 Avvikelsehantering - joniserande strålning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Platina
13-289451 - Klagomål på vården, rutin - Hälso- och sjukvårdsförvaltning	Platina
04-115891 Krisstöd till medarbetare- Rutin Region Gävleborg	Platina
13-230229- Platina - handlägga avvikelse från och till extern enhet	Platina
13-39907 Vårdskada - Utredning av inträffad eller risk för allvarlig vårdskada eller händelse, händelseanalys, internutredning - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Platina
12-54354 Riskanalys - Region Gävleborg	Platina
13-31974 Att handlägga avvikelser i Platina	Platina
13-164439 Platina avvikelserregister - Region Gävleborg	Platina

Dokument	Plats
13-205560 Platina - beställning av roller i ny avvikelsemodul Region Gävleborg	Platina
04-47939 Systematiskt arbetsmiljöarbete - Region Gävleborg	Platina
03-75244- Bevarande- och gallringsplan journalhandlingar och övriga handlingar	Platina
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	www.socialstyrelsen.se
SOSFS 2008:01 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens hemsida om lex Maria	www.socialstyrelsen.se
SSMFS2008:35 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om allmänna skyldigheter vid medicinsk och odontologisk verksamhet joniserande strålning	stralsakerhetsmyndigheten.se
Miljöbalken	Miljöportalen Plexus
Arbetsmiljöförordningen	www.av.se
AFS 2008:15 Systematiskt Arbetsmiljöarbete.	www.av.se
Handbok Risk- och händelseanalys	www.skr.se
Patientsäkerhetslag (2010:659)	www.riksdagen.se
ISO 9001:2015 / ISO 14001:2015	Sis e-nav