



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare - äldreförvaltningen

År 2018

Upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska

2019-03-01



Sammanfattning

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen, PSL 2010:659, senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår.

Enligt HSL-FS 2016:40 7 kap 1§ så ska patientsäkerhetsberättelsen även innehålla uppgifter om informationssäkerhet. Förbättringar, riskanalyser, åtgärder och utvärderingar av informationssäkerheten av större betydelse ska skrivas in i patientsäkerhetsberättelsen. Även den granskning som gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2018	4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	6
4. Resultat av internkontroller 2018 samt egenkontroller	7
4.1 Teamsamverkan kring gjorda riskbedömningar i Senior Alert	7
4.2 Delegering och läkemedelshantering i hemtjänsten	7
4.3 Begränsningsåtgärder	8
4.4 Egenkontroller	8
5. Samverkan	8
6. Avvikelse rapportering inom verksamheten	9
6.1 HSL-avvikelse och läkemedelsavvikelse	10
6.2 Lex Maria	13
6.3 Fallolyckor	13
7. Inkomna avvikelser och klagomål	16
8. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits	17
9. Informationssäkerhet	21
10. Framtiden	22
11. Övergripande mål och strategier för 2019	23
12. Internkontrollplan för MAS 2019, beslutad av äldrenämnden	24
Källhänvisningar	24

1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2018

Under 2018 har verksamheten följt och deltagit i processen kring ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”. Hemsjukvården och Hälsoval Ronneby har träffat två gånger/vecka för att gå igenom gemensamma patienter som finns i slutna vården. I samverkan anordnades en halvdags utbildning i trygghet och säker utskrivning för samtliga medarbetare i kommun och landsting som medverkar i utskrivningsprocessen från slutna vården.

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras vid påbörjad hemsjukvård, inflytt på vård- och omsorgsboende samt minst en gång om året för patienter 75 år och äldre med fem eller fler läkemedel. Patienter med läkemedelsrelaterade problem eller misstanke om sådana problem ska också erbjudas läkemedelsgenomgång. Antal läkemedelsgenomgångar i vård- och omsorgsboende och ordinärt boende har ökat något från 2017 till 2018.

Arbetet och utveckling kring Senior Alert fortlöper och förbättras. Ytterligare förbättringar behövs och plan samt ambition finns.

Smärtskattning med validerat instrument i livets slut har följts under 2018 men målet med 100% är inte nått.

I maj 2018 införde EU ett nytt regelverk för behandling av personuppgifter, GDPR. Arbetet är påbörjat med en registerförteckning över var alla personuppgifter finns i verksamheten.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare

Vårdgivare i Ronneby kommun är Äldrenämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Verksamheten

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården enligt hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 särskilt ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lättillgänglig.

- Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS säkerställer att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boendeformer, dagverksamheter samt i hemsjukvård. I uppgifterna ingår att utarbeta säkra rutiner för verksamheten. MAS har på delegation av vårdgivaren ansvar för att fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Lex Maria anmälan görs när en patient som varit i kontakt med hälso- och sjukvården får en allvarlig vårdskada eller riskerar att få en allvarlig vårdskada. MAS ansvarar också för att patienterna får en ändamålsenlig rehabilitering med god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

En medicinskt ansvarig sjuksköterska ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 ansvara för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (PDL 2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen. Till dessa grupper finns också läkare knuten via särskilt avtal. Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS och verksamhetschef.

Enhetschef

Enhetschefs ansvar är att säkerställa att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av all hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ansvarar också för att analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador. Det ska ske tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ska liksom övriga ansvariga i verksamheten arbeta för en hög patientsäkerhet.

Sjuksköterska

I de särskilda boendeformerna och i hemsjukvården finns sjuksköterskor anställda, en del är grundutbildade medan andra har specialistutbildningar framförallt inom distrikt, vård av äldre och psykiatri. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar och i nära dialog med patientens läkare och övriga team.

Läkaransvaret ligger oftast på vårdcentral och i vissa fall specialistsjukvård.

I sjuksköterskans uppdrag ligger bl.a. att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade. Delar av detta arbete sköts via delegering/instruktion till baspersonal. Uppdrag som lämnas till baspersonal att utföra skickas via HSL-uppdrag i verksamhetssystemet.

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut

Paramedicinskpersonal ingår i de team som arbetar nära patient. Man har det yttersta ansvaret för hjälpmedel, specifik rehabilitering samt riktad träning.

Specifik rehabilitering innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad och utförs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Baspersonal utför rehabilitering på delegation/instruktion av rehabiliteringspersonal i vissa fall. Uppdrag skickas till baspersonal via HSL-uppdrag i verksamhetssystemet.

Paramedicinsk personal genomför regelbundet förflyttningsutbildningar för baspersonal.

Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt de lokala riktlinjer som upprättats.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/ordination/delegering av legitimerad personal. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

Vårdhygien och Smittskyddsenheten

Inom områdena vårdhygien och smittskyddsenheten har verksamheten tillgång till stöd av specialistutbildade sjuksköterskor och läkare inom Region Blekinge.

3. Struktur för internkontroll och egenkontroll

Internkontrollerna beslutas av äldrenämnden och redovisas 1 gång per år.

Egenkontroller gör MAS på indikationer från verksamheten eller enligt nationella direktiv och råd.

Resultatet av egenkontroller och internkontroller redovisas för respektive verksamhetschef inom aktuellt verksamhetsområde.

4. Resultat av internkontroller 2018 samt egenkontroller

Äldrenämnden antog redovisning av internkontrollerna 2018 samt gjorde bedömning om det var väsentliga avvikelser till protokollet vid äldrenämndsmötet 181212. Nedan redovisas de internkontroller och egenkontroller som MAS utfört övriga är redovisade i Kvalitetsberättelsen.

4.1 Senior Alert – teamsamverkan kring riskbedömningar

Varannan vecka har varje enhet en team-träff där hela teamet kring patienten träffas och går igenom aktuella ärenden, avvikelser, kvalitets register m.m. Teamet består av hälso- och sjukvårdspersonal, enhetschef, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort observationer på sju team-träffar i hemtjänsten. Två team lyfte Senior Alert och diskuterade åtgärder kring riskbedömningarna, övriga fem stycken team lyfte inte Senior Alert vid de tillfällen som medicinskt ansvarig sjuksköterska observerade på team träffarna.

Sex team-träffar på vård- och omsorgsboende observerades av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Fem team tog upp Senior Alert och diskuterade åtgärder kring riskbedömningarna, på en enhets team-träff lyftes ingen Senior Alert upp för diskussion vid observationstillfället.

Det är varierande struktur och deltagande på team-träffarna. Enhetlig rutin kring team-träffarna kommer att göras och presenteras i verksamheterna.

4.2 Delegering och läkemedelshantering i hemtjänst

Inför 2018 års intern kontroll av läkemedelshantering gjorde medicinskt ansvarig sjuksköterska en riskmatris där en etta står för att det är en mycket liten risk för fel och en femma står för att en mycket stor risk för fel finns. Det som bedöms är att de dokument och listor som finns i patientpärmarna och som hälso- och sjukvården ansvarar för, till exempel signeringslistor och ordinationsunderlag för läkemedel, är aktuella och tydliga.

28 patientpärmarna kontrollerade i hemtjänsten och lika många på vård- och omsorgsboende.

Kontrollen resulterade i väsentlig avvikelse eftersom det var alldeles för många kontrollerade dokument och listor som bedömdes ha stor eller mycket stor risk för att bidra till att läkemedelshantering blir osäker och risk för fel är stora.

Antal delegeringar per sjuksköterska varierar kraftigt i verksamheten och ger en obalans i förutsättningarna för att kunna följa upp och säkerställa att delegeringarna är förenliga med trygg och säker vård.

4.3 Begränsningsåtgärder

Kontrollmomentet innebar att se om rutin ”skyddsåtgärder” efterföljs på vård- och omsorgsboende. Genom journalgranskning av 20 ordinationer på skyddsåtgärder kontrollerades följsamheten till rutinen. De steg som kontrollerades var indikation, riskanalys, åtgärd, uppföljning och samtycke till den ordinerade skyddsåtgärden.

Alla ordinationer hade indikation för skyddsåtgärden medan riskanalys, åtgärd, uppföljning och samtycke saknades i en del. Den största bristen syntes på uppföljningarna.

4.4 Egenkontroller

MAS har genomfört egenkontroller av läkemedelsförråd, mottagande av apodosrullar och originalförpackningar hos hemtjänsten, basal hygien och narkotika kontroll. Egenkontrollerna har visat på en del brister som behöver förbättras. Bland annat behöver läkemedelsförrådets miljö förbättras, där finns allt för mycket som inte ska finnas där till exempel avfallshantering. Utlämnande av narkotikaklassade läkemedel från läkemedelsförrådet ska kunna spåras och här brast det i personuppgiftslämmandet och rutinen har förtydligats. Patientens egna narkotiska läkemedel har det i vissa fall brustit i kontrollräkningen och misstanke om svinn har funnits. Även här har rutinen förtydligats och insatser i form av extra kontrollräkningar är gjorda av både MAS och patientansvarig sjuksköterska.

Mottagande av apodosrullar och original förpackningar vid leverans från dosapoteket via Postnord brister hos några enheter och här har rutiner och signeringslistor förtydligats.

Följsamheten av basala hygienrutiner, SOSFS 2015:10, brister. Hemsjukvården och hemtjänsten har sällan tillgång till handsprit, handskar, förkläde, tvål och pappershanddukar hemma hos patienten. Här behöver varje personal ha tillgång till ovanstående material och ett åtgärdsförslag är att ryggsäckar inhandlas till personalen så de kan ha det med sig hem till patienten.

5. Samverkan

I det kommunala uppdraget avseende kommunal hälso- och sjukvård levereras vård upp till nivå av legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. I uppdraget att bedriva kommunal hälso- och sjukvård förutsätts ett samarbete med andra vårdgivare för att vården runt patienten ska fungera optimalt. Närmsta samarbetspartners utgörs av primärvården men också Blekinge sjukhuset och psykiatrin. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det högst väsentligt att samarbetsformerna definieras varför samarbetsavtal tecknats. Lagen om samverkan som trädde i kraft 1 januari 2018 visar på vikten av samverkan över de olika huvudmans gränserna samt tidig planering av patientens hemgång från slutna vård för att

säkerställa en god och säker vård. Planering av patientens hemgång ska startas direkt (inom 24 tim) vid inskrivningen i slutna vårderna.

Sedan hösten 2016 har primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården haft terminsträffar för att säkerställa en dialog och samarbete kring gemensamma patienter och hur samarbetet ska säkerställa god och säker vård. I träffarna deltar förutom MAS och Primärvårdens verksamhetschef representanter från båda verksamheterna.

Kommunerna har också samverkansforum kring numera etablerade Läkarbilen där olika utvecklingsmöjligheter lyfts och nya rutiner skapas. Läkarbilen är nu integrerad med den kommunala hälso- och sjukvården i hela länet och har tagit över läkaransvaret för ett flertal vård- och omsorgsboende samt för patienter i ordinärt boende.

För att säkerställa att läkemedelsgenomgångar och andra gemensamma insatser, kommun/primärvård, för patienten ska bli utförda, utvecklas och förbättras krävs det samverkan kring tillvägagångssätt eftersom det är flera vårdgivare inblandade i de olika insatserna.

Inför och under sommaren och julhelgerna förekommer korta veckomöten där representanter för Blekingesjukhusets ledning/administration, varje klinik, primärvården, psykiatri, kommunerna och de fackliga förbunden deltar. Där får varje verksamhet framföra hur det ser ut i sin verksamhet vilket är mycket bra för att få kännedom om varandras verksamheter och hur det ser ut.

Hjälpmiddelscentralen, vårdhygien och smittskyddsenheten är också stora samverkanspartner kring hjälpmedel, förebyggande av uppkomst av vårdrelaterade infektioner och för att minska spridningen av smittsamma sjukdomar.

Samverkan sker också med olika instanser som Senior Alert, BPSD och läkemedelskommittén. Senior Alert och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) ingår i nationella kvalitetsregister och har olika seminarium, inspirationsträffar och utbildningar under året.

6. Avvikelse rapportering inom verksamheten

Systemet att rapportera avvikelser i Procapita som infördes under våren 2014 fungerar bättre och bättre. Verksamheten har även blivit bättre på att genomföra riskbedömningar och åtgärder på enhetsnivå. De enskilda rapporterna är också genomgående bättre ifyllda så att det går att följa ett händelseförlopp. Den som skriver avvikelserna skriver också en text som tillägg till avvikelserna där händelsen beskrivs.

I början av 2016 tillkom tre nya typer av avvikelser i verksamhetssystemet Procapita – HSL-hjälpmiddel, HSL-insats och HSL-fel från annan huvudman. Riskbedömning sker på samma sätt som för fallolyckor och läkemedel. Dessa går alltid till MAS för kännedom och när det är fel från annan huvudman vidarebefordrar MAS till den huvudman det gäller samt till landstingets patientsäkerhetsavdelning när avvikelserna gäller landstinget.

Från och med våren 2019 ska avvikelserapporteringssystemet i Procapita avslutas och ett nytt webbaserat avvikelssystem ska introduceras i verksamheten. Stor utbildningsinsats för all personal som ska rapportera negativa händelser i verksamheten kommer att ske under våren 2019.

6.1 HSL-avvikelser och läkemedelsavvikelser

Inga avvikelser har inkommit till MAS på fysisk blankett under 2018 mer än avvikelser på utskrivningsprocessen i Prator (verksamhetssystemet som är en kommunikationsplattform mellan Regionen och kommunerna). Det har inte inkommit några avvikelser i verksamhetssystemet från våra privata utförare.

I tabell 1 är läkemedelsavvikelser och HSL-avvikelser i ordinärt boende presenterade i tabell 2 är vård- och omsorgsboende presenterade.

Flera enheter har ett ökat antal läkemedelsavvikelser. I ordinärt boende är det Ronneby norr och Kallinge som har ökning, Hallabro hade en topp 2017 men har nu gått tillbaka till den nivå de legat sen 2015.

I vård- och omsorgsboende är det fler enheter som ökat antal läkemedelsavvikelser. Olsgården, Vidablicksv 1-3, Vidablicksv 8 plan 4-7, Parkdala och Ålycke har ökat varav Ålycke och Vidablicksv 8 plan 4-7 har stor ökning.

Läkemedelsavvikelser följs kontinuerligt under året av MAS och vid behov görs insatser såsom till exempel ny utbildning av läkemedelshantering då hela arbetsgruppen med chef och patientansvarig sjuksköterska deltar.

Tabell 1. Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per område ordinärt boende 2018 jämfört med (2017, 2016)

Område	Läkemedel	HSL – fel från annan huvudman	HSL- insats	HSL- hjälpmedel
Ronneby syd	37 (43, 27)	6 (6, 5)	4 (7, 4)	1 (0, 0)
Ronneby norr	19 (6, 6)	3 (1, 2)	3 (3, 1)	1 (0, 0)
Ronneby väst	15 (24, 26)	5 (3, 5)	11 (10, 5)	1 (0, 0)
Bräkne-Hoby	4 (8, 6)	2 (1, 3)	2 (2, 1)	2 (2, 5)
Eringsboda	1 (2, 2)	0 (1, 0)	5 (3, 4)	0 (1, 0)
Hallabro	10 (27, 9)	2 (2, 5)	2 (0, 1)	1 (3, 0)
Johannishus/ Listerby	7 (15, 5)	1 (2, 1)	5 (1, 2)	1 (1, 0)
Kallinge	16 (7, 17)	0 (1, 4)	4 (1, 7)	2 (3, 2)
Nattpatrull	17 (19, 13)	0 (1, 4)	10 (13, 6)	0 (2, 0)

Läkemedelsavvikelsena har fortsatt öka, 2016 var det 301 stycken, 2017 var det 316 stycken och 2018 var det 361 stycken. Det är stor variation i antal avvikelser som skrivs och frågan är om de som har få avvikelser med läkemedel inte har några avvikelser eller om det är så att det inte skrivs avvikelser på allt. Övervägande avvikelser handlar om ”slarv/stress” och ”glömska” men även förväxling. Det har varit 26 stycken läkemedelsavvikelser i hemtjänsten där anledning varit glömska och sex stycken som varit stress, i vård- och omsorgsboende har det varit 47 stycken glömska och nio stycken stress.

Förväxling av läkemedel kan leda till en Lex Maria eftersom risk för vårdskada är stor. I vår verksamhet riskbedöms alla avvikelser i teamet kring patienten och en riskanalys görs utifrån en matris. Sannolikheten och allvarlighetsgraden bedöms och summan kan bli från 1-16. På vård- och omsorgsboende har det varit sex stycken avvikelser om förväxling av läkemedel och i hemtjänst nio stycken, alla är bedömda som 1 eller 2.

Tabell 2. Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per Vård- och omsorgsboende 2018 jämfört med (2017, 2016)

Boende	Läkemedel	HSL – fel från annan huvudman	HSL- insats	HSL- hjälpmedel
Backen	4 (3, 0)	3 (0, 0)	0 (0, 4)	2 (0, 0)
Lindebo	28 (43, 27)	0 (0, 0)	0 (1, 3)	2 (1, 4)
Olsgården	65 (43, 59)	1 (0, 0)	2 (4, 2)	2 (3, 2)
Vidablicksvägen 1-3	17 (11, 16)	1 (0, 1)	3 (0, 0)	15 (5, 2)
Vidablicksv.8 pl.1-3	4 (3, 3)	3 (2, 1)	1 (5, 1)	0 (2, 1)
Vidablicksv.8 pl.4-7	28 (12, 15)	4 (0, 2)	5 (2, 9)	4 (2, 4)
Ågårdbo	7 (11, 6)	0 (0, 0)	0 (2, 1)	1 (1, 1)
Ålycke	74 (37, 58)	0 (2, 2)	0 (8, 4)	1 (1, 0)
Parkdala Korttids	8 (2, 2)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)

I verksamheten jobbas hela tiden med förbättring av läkemedelshanteringen. Utbildningen för omvårdnadspersonalen har blivit mer omfattande eftersom SKL:s (Sveriges kommuner och landsting) ”Jobba säkert med läkemedel” används. All nyanställd omvårdnadspersonal går SKL:s ”Jobba säkert med läkemedel” hos verksamhetens utbildningssjuksköterska, hon går igenom webbutbildningen samt har diskussion kring olika frågor under ca 3,5 timme. Samt görs ett kunskapstest som rättas på plats. Har omvårdnadspersonal klarat utbildning och test så kan det leda till en delegering av läkemedel. Ordinarie omvårdnadspersonal gör SKL:s ”Jobba säkert med läkemedel” på egen hand varje år innan delegeringen förnyas. Efter genomförd webbutbildning ges ett diplom ut om man har klarat det och det tar ordinarie omvårdnadspersonal med sig till ”sin” sjuksköterska som förnyar delegeringen.

HSL- fel från annan huvudman har det inkommit 31 stycken totalt varav 20 stycken är avvikelse till Blekingesjukhuset. En är till lokalt apotek, en är till Primärvården, två är till Region Blekinge ang färdtjänst, en är till en annan kommun samt en är till Hjälpmedelscentralen. Övriga är felställda och interna.

Det inkom 63 fysiska avvikelser på utskrivningsprocessen från slutenvården under de första månaderna efter att ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården” började gälla. Alla avvikelserna har överlämnats till Regionen och har arbetats med i samverkan mellan de olika vårdgivarna.

HSL-insats har det inkommit 57 avvikelser under 2018. Av dessa är 20 stycken missade SoL-insatser och en stor del av avvikelserna är läkemedelsavvikelser och är därmed felregistrerade. Det är ett flertal avvikelser, både på vård och omsorgsboende och ordinärt boende där ordinationer om bla träning och användning av hjälpmedel inte fullföljs eller ignoreras helt.

HSL-hjälpmedel avvikelser har det inkommit 35 stycken. De avvikelser som inkommit från vård- och omsorgsboende gäller övervägande att individuellt utprovade hjälpmedel används till annan patient än den hjälpmedlet är utprovat för alternativt att de används fel eller inte alls. Ett flertal av avvikelserna gäller också larm som inte är välfungerande. I ordinärt boende är det övervägande att hjälpmedlet gått sönder men även här förekommer att utprovade hjälpmedel inte används eller används fel. En avvikelse har lett till IVO-anmälan för medicinskteknisk utrustning.

6.2 Lex Maria

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunna medföra en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Vårdskada är enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunna undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa och/eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Bedöms händelsens ha medfört en allvarlig vårdskada eller risk för en allvarlig vårdskada ska händelsen anmälas (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg.

Under 2018 har två händelser i verksamheten lett till anmälan enligt Lex Maria, den senare Lex Maria har inte blivit avslutad av Inspektionen för vård och omsorg vid utgången av 2018.

6.3 Fallolyckor

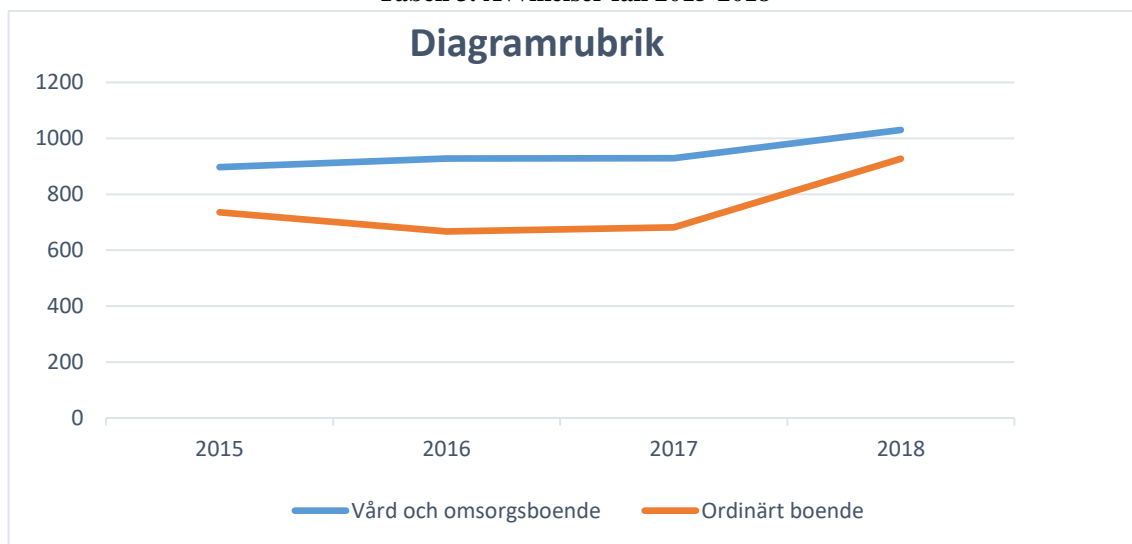
Tre fallrapporter har inkommit på fysisk blankett och det har varit från en av våra privata utförare, övriga har inkommit i verksamhetssystemet.

Antalet fallolyckor i verksamheten har ökat från 1611 avvikelser 2017 till 1957 avvikelser 2018, störst ökning har skett i ordinärt boende. Övervägande del av fallen har ej lett till någon

allvarlig skada. Men tyvärr har en del lett till frakturer, mjukdelsskada, sår och sjukhusvistelse.

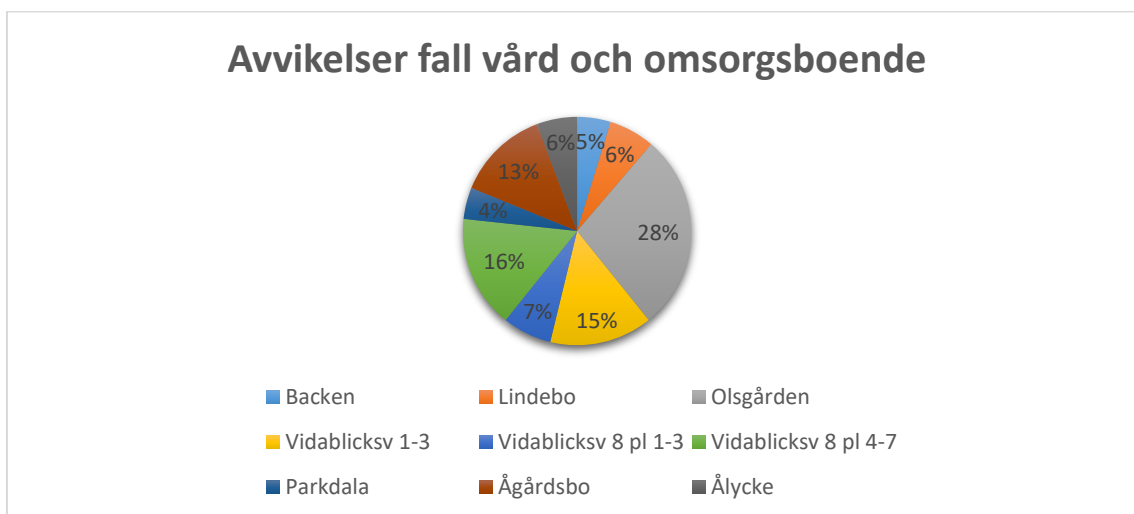
Stor vikt läggs vid att se vad bakomliggande orsaken till fallet är så rätt åtgärd sätts in. Här är Senior Alert ett viktigt verktyg för att förebygga risken för fallolyckor och kartläggning av bakomliggande orsaker. Översyn av den fysiska miljön är av stor vikt för att säkerställa så att fall förebyggs samt en översyn av hjälpmedel och läkemedel. Här är fysioterapeuten/sjukgymnastens kompetens av största vikt för att säkerställa patientsäkerheten. Fysioterapeuten/sjukgymnasten tillsammans med arbetsterapeuten, som bedömer behovet av hjälpmedel, och sjuksköterskan, som kan initiera läkemedelsgenomgång, samt patienten själv tryggas säkerheten upp kring patienten så att alla aspekter kommer med i kartläggningen och åtgärderna blir adekvata och effektiva.

Tabell 3. Avvikelser fall 2015-2018



En närmare analys av de höga antalet fallolyckor som ses för några av boendena visade att siffrorna kunde härledas till att det finns ett mindre antal patienter som faller väldigt ofta. Som mest föll en patient 117 gånger under 2018. Trots att olika åtgärder som tex läkemedelsgenomgång, översyn av inomhusmiljö och nutritionsstatus vidtagits så fortsätter dessa patienter att falla. Ibland kan det handla om en specifik diagnos som tex leder till yrsel och balansproblem och ibland kan det handla om bristande insikt eller glömska hos patienten som i sin tur leder till att t.ex. gånghjälpmedel inte används eller används fel

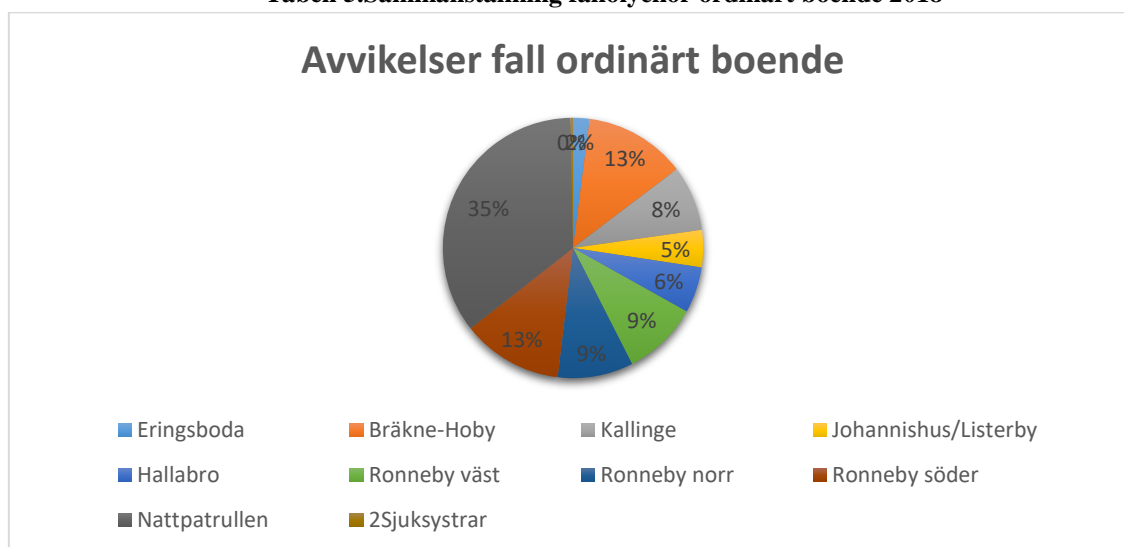
Tabell 4. Sammanställning fallolyckor vård och omsorgsboende 2018



Antal fallolyckor i vård och omsorgsboende är totalt 1030 stycken 2018.

Vid genomgång av några slumpmässigt utvalda patienter, genom journalgranskning, med återkommande fall (två patienter/enhet, totalt 18 patienter) visade att det oftast var skrapsår, blåmärke och smärta som fallen resulterade i. Två fall ledde till frakturer och ett fall bidrog till dödsfall. Ett par fall har orsakats vid läkemedelspåverkan.

Tabell 5. Sammanställning fallolyckor ordinärt boende 2018



Antal fallolyckor i ordinärt boende är 927 stycken 2018.

I ordinärt boende är andelen fall högst nattetid och har återigen minskat från 42% 2016 till 35% 2018. Det finns olika orsaker till fallen som sker nattetid och det bero oftast på oro, hunger, sömnsvårigheter, yrsel m.m. Även här kan en bristande insikt bidra liksom balansproblem. Även i ordinärt boende har två patienter/enhet, totalt 18 patienter, med återkommande fall kontrollerats genom journalgranskning. Fallen ledde till smärta, skrapår och ett fall ledde till fraktur.

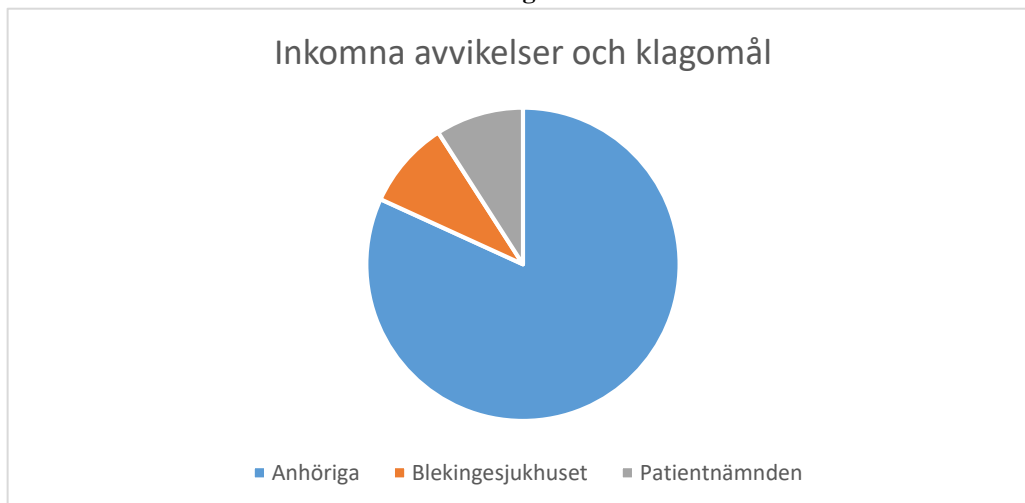
Fallolycker är ett stort samhällsproblem och innebär ett stort lidande för patienten. Risken att dö i en fallolycka är sex gånger större än i en trafikolycka. Patienter med nedsatt balans hamnar i en ond cirkel med minskad rörelseförmåga, fallrädsla, fall och muskelsvaghet. Träning förebygger fallolyckor och ger ökat välbefinnande och ökad trygghet.

7. Inkomna avvikelser och klagomål

Nedan görs en sammanställning av avvikelser och klagomål som inkommit till verksamheten och rör hälso- och sjukvård.

De klagomål och avvikelser som kommit in från anhöriga är nio stycken, fyra fler än 2017. Ett klagomål från anhöriga ledde till en Lex Maria. Endast en avvikelse inkom 2018 från Blekingesjukhuset. Från Patientnämnden har två ärende inkommit och båda de ärende hade även inkommit som klagomål från anhöriga så verksamheten hade kännedom om ärendena. Alla klagomål har besvarats och hanterats enligt rutin och har överlag mottagits väl av den som lämnat klagomål.

Tabell 6. Inkomna klagomål/avvikelser 2018



8. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

Under 2018 startade projektet MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) med syfte att få en likvärdig kvalitetsutveckling av den kommunala rehabiliteringen/habiliteringen i länet samt möjlighet att få en uppfattning om hur stort behovet av en MAR i länet är. Projektet har gjort att fokus bland annat blivit mer på rehabiliterande förhållningssätt, rutiner kring hjälpmedel och begränsningsåtgärder vilket ger ökad patientsäkerhet.

Bland annat ska projektet leverera:

- att kvalitén i verksamheterna utvecklas och säkras utifrån lagar och förordningar samt utifrån ett evidensbaserat och patientsäkert perspektiv
- tydliggöra professionens kunskap, kompetens och ansvarsområden inom kommunal hälso- och sjukvård
- stötta vid samverkan och ansvarsfördelning mellan olika instanser, huvudmän, vårdgivare och verksamheter
- organisatoriskt stöd för utveckling av länsövergripande processer
- utveckla och säkra kvalitén för gemensam dokumentation, rutiner för ordination, delegering, instruktion m.m.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster genomför varje år förflytningsutbildningar med ny personal och semestervikarie. Detta för att säkerställa patientsäkerheten för patienten vid förflyttningar med eller utan hjälpmedel. Grundläggande syfte är att patienten inte får skadas på grund av felaktiga lyft, felanvändning av hjälpmedel med mera. Arbetsmiljön för all personal påverkas också positivt av förflytningsutbildningarna.

Patienter som tillhör både kommunal hälso- och sjukvård och primärvård är en patientgrupp som riskerar att ”hamna mellan stolarna”. Utökad samarbete mellan primärvårdens fysioterapeuter/sjukgymnaster och fysioterapeuter/sjukgymnaster i kommunal hälso- och sjukvård är ett måste för att finna och hjälpa denna patientgrupp. Detta insåg två fysioterapeuter/sjukgymnaster i vår verksamhet och tog kontakt med primärvårdens fysioterapeut/sjukgymnast samt deras chef för att starta ett samarbete. Beslut togs om att starta en träningsgrupp.

Träningsgruppen tränar under sju veckor, två dagar i veckan, i Ronneby sporthall. En motgång blev att flera tackade nej och det på grund av att de inte kunde ta sig dit. Sjukresa går bara från vårdinstans till vårdinstans. Kontakt togs med Blekingetrafiken och det slutade med att de som ska till Ronneby sporthall och träningsgruppen fick åka sjukresa. Träningen består av att träna styrka, balans och koordination samt styrka. Effekten av träningen har blivit ökning av patientens fysiska förmåga samt mindre oro för att falla. Resultatet har visat

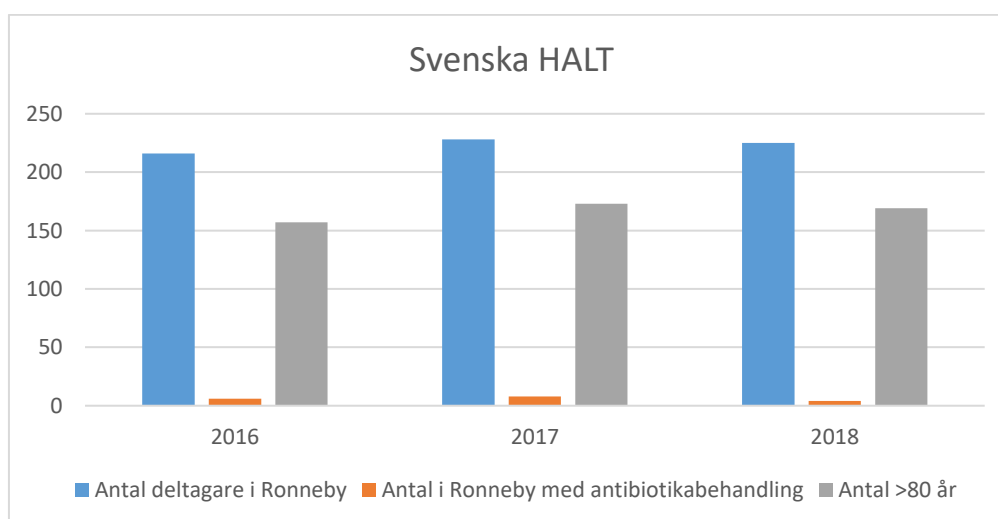
att 100% av deltagarna hade lägre oro/rädsla för att ramla. Vid test av gång och balans hade 71% ökad stabilitet.

Tack vare införandet av Läkarbilen har fler patienter tillgång till att lättare få hembesök och insatser utförda i sitt hem. Vilket för de mest sjuka äldre, multisjuka och palliativa patienter betyder ökad livskvalité och välbefinnande trots sjukdom. För sjuksköterskorna ökar tryggheten med god tillgänglighet av läkare vilket ökar patientsäkerheten.

Under 2018 har tvåpartsgranskning genomförts av basförrådet med läkemedel och patientbundet medicinskåp. Det är Karlskrona kommuns MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska och Ronneby kommuns MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska som genomför dessa granskningar utifrån färdigt protokoll i varandras verksamheter. Det som granskas är rutiner kring läkemedelshanteringen, hantering av narkotikaklassade läkemedel, miljön i läkemedelsförrådet och ett antal patientbundna läkemedelsskåp.

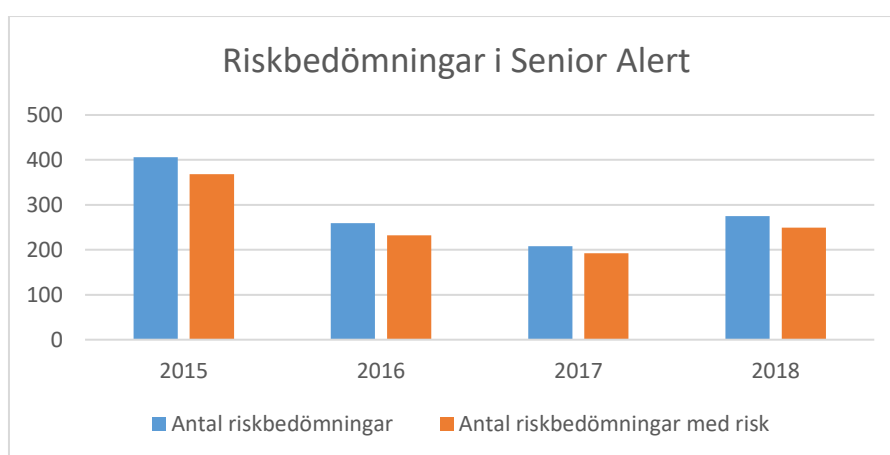
Sjuksköterskorna har genomfört HALT, punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning i vård och omsorgsboende, en dag under veckorna 46 och 47. Metoden svenska HALT baseras på den europeiska smittskyddsmyndighetens evidensbaserade protokoll men har anpassats till svenska förutsättningar. Datainsamling och återrapportering sker i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Folkhälsomyndigheten kommer att presentera sin rapport av mätningen under våren 2019 och efter det träffas smittskyddsläkare och länets MAS:ar och går igenom resultatet. Ronneby har positivt resultat med låg användning av antibiotika.

Tabell 7. Svenska HALT 2018



Senior Alert har sedan starten 2010 ökat och spridit sig bra. I Ronneby har vi flera år haft ett högt deltagande i registret med patienter på vård och omsorgsboende. Tyvärr har trenden varit att vi tappat fart av någon anledning men detta har nu vänt. Senior Alert är ett samverkansverktyg och ger bäst resultat för patienten när hela teamet kring patienten är delaktiga. Teamet är arbetsterapeut, sjuksköterska, undersköterska/kontaktperson och enhetschef samt fysioterapeut/sjukgymnast och biståndshandläggare när det är i ordinärt boende. I Senior Alert mäts patientens fallrisk, nutritionsstatus, trycksårskick, blåsfunktion och munhälsa. Utifrån riskbedömning sätts åtgärder in som sedan följs upp. I vård- och omsorgsboende har 177 riskbedömningar gjorts varav 143 var med risk under 2018.

Tabell 8. Riskbedömningar i Senior Alert



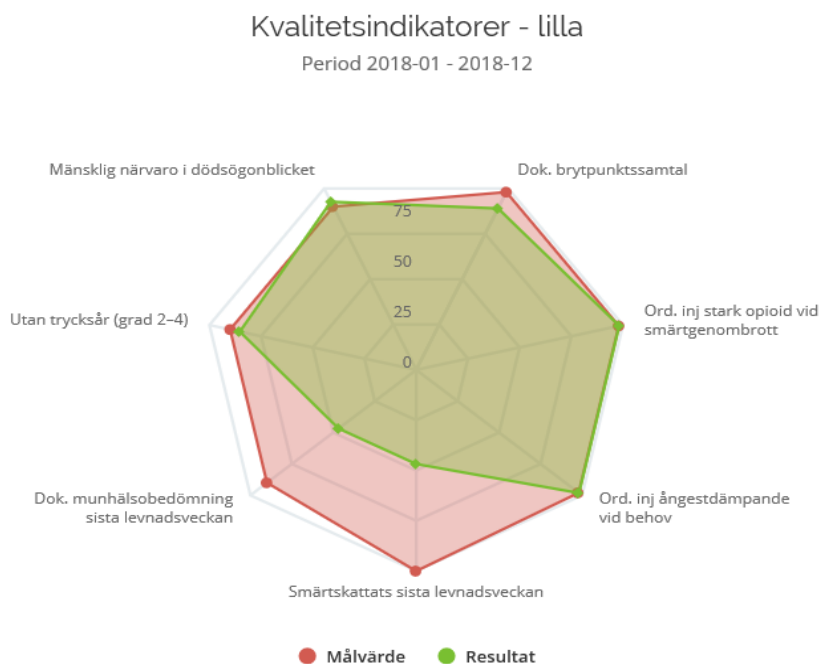
I ordinärt boende har Senior Alert varit svårt att få igång men i verksamheten ökar nu antalet riskbedömningar. När hela teamet gör Senior Alert tillsammans med patienten skapar det bättre förutsättningar för att rätt åtgärder sätts in och att slutresultatet blir till det bästa för patienten. Antal registreringar under åren 2014-2017 har varit 4-31 och 2018 har 98 registreringar gjorts varav 86 har risk. Även i ordinärt boende är det av största vikt med teamsamverkan för att nå bästa resultat för patienten.

När en patient avlider registrerar sjuksköterskan i Palliativa registret. Palliativa registret är som Senior Alert ett nationellt kvalitetsregister. I det registreras hur sista tiden varit innan dödsfallet. Situationen i livets slutskede kan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt, medan i andra fall krävs inga specifika palliativa insatser. För många äldre är vården i livets slutskede en naturlig fortsättning på den vård de fått i ett tidigare skede.

Under den senaste femtonårs perioden har det skett en väsentlig förskjutning av dödsplatsen från sjukhus till särskilda boendeformer och det egna hemmet.

Antal registrerade i palliativa registret för Ronneby var 2017 129 stycken och för år 2018 109 stycken. Nedan i tabell 9 visas Ronnebys statistik för de kvalitetsindikatorer som rapporteras in i palliativa registret 2018 både för vård och omsorgsboende och hemsjukvård. Det som tydligt framkommer är att vi brister i att smärtskatta sista levnadsveckan och att göra en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Målvärdet är 100% och vi når inte 50%.

Tabell 9. Redovisning av kvalitetsindikatorer i Palliativa registret för 2018



Vårdhygien, medicinkliniken och läkemedelskommittén anordnade under 2018 olika utbildningar inom olika aktuella medicinska områden där den kommunala hälso- och sjukvården har blivit inbjudna. Medicinklinikens utbildningar anordnas en halvdag en gång/månad och varje kommun har två platser där. Varje tillfälle har en speciell inriktning som till exempel reumatologi, diabetes, hjärtsvikt m.m. Dessa utbildningar är mycket lärorika och uppskattade.

Under hösten 2018 har MAS påbörjat en ny runda med hygienronder på alla vård- och omsorgsboende tillsammans med hygiensjuksköterska från Region Blekinges Vårdhygien. Ålycke och hela Vidablick höghus inklusive korttids hansen med under hösten och arbetet kommer att fortsätta under 2019.

I verksamheten finns en delegeringsgrupp som träffas var sjätte vecka samt vid behov. Gruppen består av MAS, enhetschef för sjuksköterskor samt ett antal kliniskt arbetande sjuksköterskor. Gruppen jobbar med att se över rutiner, säkerheten, egenkontroller och händelser kring delegeringsförfarandet.

I verksamheten finns också en dokumentationsgrupp som arbetar med rutiner och riktlinjer för att säkerställa dokumentationen. Dokumentationsgruppen består av MAS, enhetschef för sjuksköterskor och enhetschef för rehab, fem sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut.

Under 2018 har det mesta fokus för dokumentationsgruppen varit att förbereda sig för Socialstyrelsens föreskrift om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Föreskriften innebär att från 190101 ska alla vårdåtgärder som har vidtagits avseende patienter i den kommunala hälso- och sjukvården rapporteras till Socialstyrelsens hälsodataregister. I april 2018 var representanter från Socialstyrelsen i Karlshamn och träffade MAS, MAR, verksamhetschefer för HSL, enhetschefer för HSL och dokumentationsombud från alla kommuner i Blekinge. Detta för att informera och förklara vad kommunen behövde göra för åtgärder för att kunna följa föreskriften. Detta har inneburit att dokumentationen har förändrats och varje åtgärd som hälso- och sjukvårdspersonal utför klassificeras i verksamhetssystemet enligt Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Ett par stycken dokumentationsombud har kodat alla vårdåtgärder och sen utbildat sina kollegor i hur det ska göras när åtgärden klassificeras.

Dokumentationsgruppen har också under 2018 utarbetat nya manualer kring dokumentationens olika moment och olika moduler i verksamhetssystemet. Detta för att säkerställa en enhetlig säker dokumentation samt att alla gör likadant när det gäller delegeringsmodulen, HSL-uppdrags beställning och kodning av åtgärder.

Ronneby kommun har under 2018 köpt in Tena Identifi som är ett användarvänligt system för att underlätta inkontinensutredning. Drygt en halv miljon svenskar över 65 år och omkring 80 procent av de äldre som bor på vård- och omsorgsboende lider av någon form av inkontinensproblem. Med en korrekt och säker inkontinensutredning ges alla dessa patienter en ökad livskvalite och ökat välbefinnande genom att möjligheten finns att mäta varje patients individuella behov. Förutom livskvalite och välbefinnande för patienten ger Tena Identifi tid, kostnad och miljöbesparingar.

9. Informationssäkerhet

Patientsäkerheten ska säkerställas med att de uppgifter som finns dokumenterade ska vara överskådliga och vårdprocessen bör hållas samman. Genom journalgranskning kan ses att det finns en del brister i journalföringen. MAS och dokumentationsgruppen, arbetar hela tiden med att se över dokumentationen. MAS och en sjuksköterska med utökat ansvar granskar journaler och mäter olika insatser och uppdrag regelbundet.

Inom Äldreförvaltningen skall loggar från verksamhetssystemet kontrolleras. Systemförvaltaren och Medicinskt ansvarig sjuksköterska är ansvariga för att kontroller sker enligt utarbetade rutiner. Personal informeras vid anställning om att loggkontroller görs.

Avsikten med kontrollen är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till och endast läser/dokumenterar i de ärenden som det finns en vårdrelation med. Kontrollen skall ske regelbundet enligt rutin samt vid misstanke om olovlig läsning/användning.

Systemansvarig och MAS tar ut loggar ur verksamhetssystemet, för över data till en Excel-fil och lämnar filen med loggar inklusive följebrev och en signaturlista till verksamhetschef för granskning. Signaturlistan återlämnas med underskrift att logglistan är utan anmärkning, alternativt med anmärkning till Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det senare fallet kompletteras med kommentar om det inträffade samt vidtagna åtgärder. Vid anmärkning skall det även på logglistan markeras vilkenlogg/användare det gäller. Denna lämnas sedan vidare till Ledningsgruppen för bedömning om åtgärd.

10. Framtiden

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är många patienter multisjuka och sköra och de mår ofta bäst om så mycket som möjligt av den nödvändiga sjukvården kan ges i hemmet så att transport till sjukhus, med kanske lång väntan på en akutmottagning, kan undvikas. Ofta är det inte heller så mycket som akutsjukvården kan tillföra denna patientkategori utan det är ofta ökade omvårdnadsinsatser som behövs. Vården i hemmet kan tillgodoses av den kommunala hälso- och sjukvården i mycket stor utsträckning om bara samverkan är optimal med primärvård och slutenvård. Den kommunala hälso- och sjukvården har ej tillgång till aktuella läkemedelslistor och epikriser om inte landstinget "lämnar över" detta till kommunerna i fysisk form. Likaså behöver ansvarsfrågan beslutas om innan patienten övergår till kommunal hälso- och sjukvård och öppen vården genom att SIP (samordnad individuell plan) görs med patienten för att säkerställa att patienten får rätt vård på rätt nivå och rätt instans.

2018 inhandlades ett nytt avvikelssystem av förvaltningen och detta avvikelssystem kommer att implementeras under våren 2019. Inför implementeringen kommer en stor utbildningssatsningen att göras i hela verksamheten. Utbildningen kommer att innehålla vad en avvikelse är, varför det ska göras avvikelse, hur avvikelse görs samt om hur en avvikelse hanteras och utreds. Det blir MAS och Kvalitets- och verksamhetsutvecklare som genomför denna utbildning under våren 2019.

Under 2019 är tanken att alla vård- och omsorgsboende har infört och använder sig av Tena Identifi för att genomföra inkontinensutredningar. Tidsplan är lagd för våren 2019 där hela Vidablick och Ågårdsbo ska komma igång med Tena Identifi, övriga vård- och omsorgsboende planeras till hösten. All personal, enhetschefer och sjuksköterskor ska gå en två timmars utbildning av representant från Tena efterhand som det sker uppstart på respektive enhet.

Idag distribueras hjälpmedel inom inkontinensområdet via Onemed som lagerhåller, tillhandahåller förskrivarstöd och beställarplattform. Upphandling av inkontinenshjälpmedel sker gemensamt med Region Blekinge, Region Kronoberg och alla kommuner i dessa två

regioner. Detta fungerar väl. Hjälpmedelcenter har fått i uppdrag av Region Blekinge att i projektform utreda möjligheten för att integrera inkontinenshjälpmedel i HMC:s verksamhet istället. Projektplan och utredning ”Hjälpmedelsprocess vid blås- och tarmdysfunktion i Blekinge” har framtagits av hjälpmedelcenter och presenteras för kommunernas nämnder under februari 2019. Inga representanter från kommunerna har medverkat vid framtagandet men alla MAS:ar har fått information under framtagningens gång.

Under 2019 kommer det att genomföras hygienronder på alla vård- och omsorgsboende och hygienföreläsningar med alla hemtjänstgrupper samt hemsjukvården. Det är hygiensjuksköterska från Region Blekinge som genomför detta tillsammans med MAS. Inför 2019 infördes även att varje enhet/ verksamhet ska genomföra egna självskattningar av basala hygienrutier enligt färdigt dokument. Sammanställt resultat ska varje enhet/verksamhet redovisa för MAS två gånger/år. Likaså ska varje enhet/ verksamhet delta i den nationella mätningen av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, denna mätning görs under en bestämd dag under vecka 12-13 2019.

Det kommer även under våren 2019 att anordnas en instruktörsutbildning inom klinisk bedömning samt beslutstöd för sjuksköterskor. Utbildningen genomförs i internatform och har 25 platser som ska fördelas över länets fem kommuner. För sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård utan direkt tillgänglig läkare är det viktigt att kunna göra noggranna och systematiska bedömningar. Med beslutstödet får sjuksköterskan ett praktiskt verktyg för att underlätta valet av aktuell vårdnivå och säkra upp informationsöverföringen till nästa vårdgivare. Efter genomgången instruktörsutbildning är tanken att de sjuksköterskor som gått utbildningen ska ha förutsättning att utbilda sina kollegor och upprätthålla kompetensen.

11. Övergripande mål och strategier för 2019

- Att implementera nytt avvikelse- och klagomålsystem i verksamheten och därmed kunna få fram säkrare statistik för att kunna sätta in förbättringsinsatser verkligen behövs för att förhindra negativa händelser för patienten
- Att implementera Tena Identifi på alla vård- och omsorgsboenden
- Att följa och delta i fortsatt utveckling av processerna kring ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård”
- Att förbättra resultatet för antal genomförda läkemedelsgenomgångar i både vård- och omsorgsboende och ordinärt boende
- Att fortsätta utveckla och förbättra arbetet med Senior Alert i ordinärt boende samt öka riskbedömningarna i vård- och omsorgsboende
- Att försöka nå de målvärden som gäller enligt Socialstyrelsen för smärtskattning med validerat instrument och dokumentera munhälsobedömning för alla patienter i livets slut

- Att följa projektet MAR
- Att leva upp till den personuppgiftshantering som gäller med GDPR
- Att utarbeta egenkontrolls indikatorer för Rehabverksamheten
- Att förbereda hälso- och sjukvårdsorganisationen på att nytt verksamhetssystem för journaldokumentation är upphandlat

12. Internkontrollplan för MAS 2019, beslutad av Äldrenämnden 190131

- Senior Alert – antal riskbedömningar gjorda samt antal riskbedömningar med risk
- Delegering enligt SOSFS 1997:14 och läkemedelshantering enligt 2017:37 i ordinärt boende
- Skyddsåtgärder – följs rutin och föreskrift inom vård och omsorgsboende
- Sekretess – hanteras personuppgifter korrekt
- Teamträffar – struktur och deltagande

Källhänvisningar

1. Palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen.
2. <https://data.palliativ.se/app/utdata/changeReg.aspx>
3. <https://senioralert.kvalitetsregister.se/senioralert/qrepStart.jsp>
4. Patientsäkerhetslagen 2010:659
5. HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
6. Hälso- och sjukvårdslag 2017:30
7. HSLF-FS 2017:40 Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
8. Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80
9. Basal hygien SOSFS 2015:10
10. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
11. SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
12. Patientdatalagen (2008:355)
13. HSLF-FS 2017:67 Föreskrift om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
14. HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
15. HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada