

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska

2016-03-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2015	4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	5
4. Resultatet av internkontroller 2015	5
4.1 Informationsöverföring och säkerhet	5
4.2 Delegeringsförfarandet i hemtjänsten	6
4.3 Dokumentation i patientjournal	6
4.4 Riskbedömning undernäring	7
5. Samverkan	7
6. Avvikelse rapporteringen	8
6.1 Läkemedelsavvikelser	8
6.2 Fallolyckor	10
7. Sammanställning och analys av avvikelser och klagomål	11
8. Utbildningsresultat som uppnåtts i verksamheten	12
9. Utblick framåt	12
10. Övergripande mål och strategier för 2016	13
11. Interkontrollplan för 2016	13
Källhänvisningar	14

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, skall utöva tillsyn av kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet dels genom den av Äldrenämnden beslutade interkontrollplanen dels genom egenkontroller.

Internkontrollplanen för år 2015 omfattade fyra kontrollmoment: informationsöverföring och säkerhet, delegeringsförfarandet, dokumentation samt riskbedömning undernäring.

Tre av kontrollerna resulterade i åtgärdsplaner som måste följas upp och för två av kontrollmomenten kommer detta att göras genom att 2016 års interkontrollplan delvis omfattar samma kontrollmoment.

Avvikelse rapporteringen har förbättrats och möjligheterna till snabb återkoppling och analys har utnyttjats av MAS som försett verksamheten med återkommande rapporter om nuläget vilket lett till att verksamheten har kunnat åtgärda och följa upp i nära anslutning till händelsen.

Årets Kvalitetsdagar ägnades helt åt SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Formerna för samverkan med Blekingesjukhuset och primärvården har under året utvecklats och förtydligats på ett konstruktivt sätt.

Under år 2015 har ingen utredning enligt Lex Maria varit aktuell i verksamheten och inte heller har IVO, Inspektionen för vård och omsorg, gjort någon tillsyn.

1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2015

Arbetet med att kvalitetssäkra delegeringsförfarandet har fortsatt under 2015 och under hösten har en sjuksköterska utsetts till att sköta all grundutbildning i läkemedelshantering, antingen med det utbildningsprogram som använts tidigare eller det program som Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (1) numera gjort tillgängligt via sin hemsida.

Utbildningen sker i grupper och den utbildningsansvariga sjuksköterskan ansvarar även för genomförandet av kunskapstester samt rättning av dessa. Därefter tar de patientansvariga sjuksköterskorna över ansvaret för de praktiska delarna av utbildningen, teoretisk och praktisk kunskapskontroll, utfärdandet av delegeringsbeslut samt de obligatoriska uppföljningarna.

Den åtgärd som vidtagits i verksamheten för att öka tiden för patientnära arbete är att man delat in kommunen i fyra geografiska områden och inom dessa skall legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samarbeta kring patienterna både i ordinärt boende och särskilt boende. Alla patienter har en patientansvarig sjuksköterska men man hjälps åt inom området vid arbetsanhopning.

Den mötesform på enhetsnivå som i Ronneby kallas Lilla Ledningsgruppen och där hela teamet runt patienten ingår, har under året utvecklats till att vara det forum där förbättringar diskuteras på ett övergripande, strategiskt plan. En ny mötesform har tillkommit, TeamTräff, och där sker de patientnära diskussionerna. Sjuksköterskans roll och ansvar har ytterligare stärkts då hon/han är med i båda mötesformerna.

Verksamheten har arbetat med att förbättra vårdplaneringsprocessen och sjuksköterska tar nu alltid telefonkontakt inför vårdplanering och man kommer då överens med slutenvården om personlig medverkan behövs eller om planeringen kan fortsätta med telefonkontakt.

Flera av de klagomål och avvikelser som inkommit, både från vår egen verksamhet och från Blekingesjukhuset, går dock att härleda till att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal inte har deltagit i vårdplaneringarna med därav följande brister i informationsöverföringen.

Arbetet med att säkra vårdplaneringsprocessen måste därför fortsätta. Informationsöverföring i samband med byte av vårdgivare är en känd risk som även IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg (2), har identifierat som ett återkommande problem i sin årliga rapport över tillsynsresultatet.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

I kommunernas hälso- och sjukvård skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, som har det medicinska ledningsansvaret upp till sjuksköterskenivå. Det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav åvilar den kommunala nämnd som fått uppgiften. Nämnden svarar också för att MAS ställning i organisationen är tydlig och att det finns förutsättningar att utöva det medicinska ledningsansvaret. MAS ansvarar för kvalitet och säkerhet inom kommunens hälso- och sjukvård. I detta arbete ingår att genomföra egenkontroller, internkontroller, föreslå åtgärder, följa upp dessa samt att återkoppla till hela verksamheten.

En annan viktig uppgift för MAS är att utarbeta lokala rutiner och processer utifrån gällande föreskrifter samt att göra dessa kända för verksamhetens medarbetare. Ansvaret omfattar även att bevaka att ny lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet blir känd i verksamheten.

Förvaltningschefen ansvarar för att MAS får möjlighet att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultatet av egenkontroller och internkontroller redovisas av MAS för förvaltningschef och verksamhetschefer och åtgärder och uppföljning planeras i samråd med dessa. I slutet av året begär MAS in en redogörelse för de åtgärder som vidtagits i verksamheten samt vilka förbättringar som uppnåtts.

4. Resultat av internkontroller 2015

4.1 Informationsöverföring och säkerhet

Verksamheten saknade en rutin för informationsöverföring. Av kap 3 i SOSFS 2008:14 ”Socialstyrelsens föreskrifter om informationsöverföring och journalföring i hälso- och sjukvården” framgår att vårdgivaren ansvarar för att utarbeta rutiner för dokumentation och informationsöverföring och att verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska har huvudansvaret.

Inom verksamheten tillämpades olika metoder för rapport och informationsöverföring men det vanligaste är att sjuksköterska och omvårdnadspersonal skickar meddelanden/information till varandra inom dokumentationssystemet. Dessa meddelanden blir till en slags rapportanteckningar som syns i omvårdnadsjournalen. Detta är inte optimalt, varken ur sekretesssynpunkt eller ur säkerhetssynpunkt.

Åtgärdsplanen var att utarbeta en rutin för informationsöverföring. En arbetsgrupp tillsattes under oktober månad med representanter för flera olika yrkeskategorier. Gruppen leddes av MAS och rutinen är nu klar och skall införas den 1 mars 2016. Arbetet med rutinen för informationsöverföring sammanfaller delvis med det arbete som beskrivs nedan under 4.3.

Detta kontrollmoment kommer att följas upp under 2016 genom internkontrollplanen.

4.2 Delegeringsförfarandet i hemtjänsten

Kontrollen genomfördes i fem hemtjänstgrupper under april, maj och juni månad. Ett litet intervjuprotokoll användes så att alla fick samma frågor. MAS följde med personalen ut på morgonrundorna för att kunna göra iakttagelser.

Det rådde en del oklarheter kring ansvaret för iordningställande av signeringslistor, kontroll av medicinändringar och ordinationsunderlag. Det är sjuksköterskeuppgifter men de utfördes ofta av hemtjänstpersonalen. Det var ovanligt att delegeringsbesluten hade följts upp.

All personal jag träffade under interkontrollen hade gått utbildningen i läkemedelshantering samt gjort kunskapstestet. Samtliga tyckte att utbildningen var mycket bra.

Åtgärdsplanen innebar att verksamheten måste förbättra efterlevnaden av gällande rutiner och riktlinjer för läkemedelshantering samt ansvaret att följa upp delegeringsbesluten.

Vid uppföljning i januari framkom att verksamheten nu har utvecklat säkrare arbetsformer och förtydligat sjuksköterskans ansvar. Man hade även påbörjat arbetet med uppföljningar.

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har man strukturerat delegeringsundervisningen så att en sjuksköterska håller i all grundutbildning och genomför kunskapstest. Därefter tar den patientansvariga sjuksköterskan över och genomför den praktiska undervisningen samt utfärdar delegeringsbeslut. Detta har visat sig vara ett framgångsrikt arbetssätt.

Även detta kontrollmoment kommer att följas upp genom 2016 års interkontrollplan.

4.3 Dokumentation i patientjournal

Kontrollen genomfördes genom läsning av 20 journaler valda ur lista över boende inom särskilt boende per den 12 juni 2015. Boendena viktades med avseende på antal patienter så att ett proportionellt urval kunde göras, detta för att alla boenden skulle bli representerade i urvalet. Läsningen gjordes ett år tillbaka i tiden och följande punkter beaktades:

- I en patientjournal skall det gå att följa patientens vård
- Vårdplaner ska vara aktuella
- Patientens, och även anhörigas, medverkan ska framgå

Dokumentation visade sig innehålla delvis oväsentliga uppgifter och en hel del upprepningar. Till en del beror det på journalsystemets uppbyggnad. Journaltexterna kunde ibland vara

oöverskådliga och det var svårt att få en bild av hur patienten mår i förhållande till de insatser som gjorts. Det förekom att inaktuella vårdplaner låg kvar oavslutade. Det var även svårt att få en bild över patientens medverkan.

Åtgärdsplanen var att utarbeta riktlinjer för hur dokumentation skall ske samt förtydliga syftet med en patientjournal. I verksamheten finns Dokumentationsgruppen som tillsammans med MAS kontinuerligt arbetar med dessa frågor och riktlinjerna förväntas vara färdiga under första kvartalet 2016.

Under våren 2015 anlätades en extern utbildare för en halvdags föreläsning om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals dokumentation för medlemmarna i Dokumentationsgruppen, MAS och systemförvaltare.

Gruppen har sedan fortsatt ett konstruktivt arbete i verksamheten med att synliggöra brister i dagens dokumentation samt att åtgärda dessa med målet att uppnå en mer sammanhållen dokumentation. Varje geografiskt område har en representant i gruppen och denna representant ansvarar för att fortlöpande delge sina kollegor resultatet av gruppens arbete.

En del av de brister som upptäcktes vid internkontrollen är redan åtgärdade genom det arbete som Dokumentationsgruppen gör i den dagliga verksamheten inom de respektive geografiska områdena. Det finns ingen anledning till någon uppföljning av interkontrollen i nuläget då arbetet med dokumentationen är långsiktigt och redan har kommit en god bit på vägen.

Uppföljning kommer att ske kontinuerligt genom Dokumentationsgruppens arbete tillsammans med MAS.

4.4 Riskbedömning undernäring

Kontrollen genomfördes dels som en journalgranskning, med samma urval som under 4.3, dels som en intervju av ett urval av enhetschefer inom särskilt boende. Riskbedömning enligt Senior Alert fanns dokumenterad i 14 av de 20 granskade journalerna.

De intervjuade enhetscheferna kunde rapportera att man har en stående punkt på Team Träff där nutritionsfrågor diskuteras på patientnivå och alltid utifrån riskbedömningar gjorda enligt Senior Alert.

5. Samverkan

Triaden är den mötesform där övergripande frågor tas upp. Deltagare är representanter för landstinget, primärvården och kommunen. En nyhet för år 2015 var att varje Triad (det finns en Triad i varje kommun) tilldelades ett särskilt tema. Fokus för Ronnebys Triad var under 2015 att försöka kvalitetsförbättra kommunikationen mellan slutenvården och kommunerna samband med hemtransport av patient, antingen till särskilt boende eller till ordinärt boende.

Bakgrunden var att det under 2014 inkommit ett antal avvikelserapporter där hemtransporten inte fungerat optimalt och patienter orsakats besvär. MAS i Ronneby utsågs till att samordna arbetet kring förbättringen av hemtransporter från sjukhus.

Till Triaden inbjöds representanter för Blekingetrafiken och arbetet resulterade i ett dokument som skall ge stöd vid beställning av transport. Dokumentet har prövats under hösten 2015 och det skall användas både av den kommunala hälso- och sjukvården och av slutenvården som underlag för informationsinhämtning inför beställning av transport. Det är utformat som en checklista som förväntas förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna.

6. Avvikelseberättelsen

Det system att rapportera avvikelser som infördes under våren 2014 har fungerat bättre och bättre. Verksamheten har även blivit betydligt bättre på att genomföra riskbedömningar och åtgärder på enhetsnivå vilket lett till att färre avvikelser hamnat hos MAS. De enskilda rapporterna är också genomgående bättre ifyllda så att det går att följa ett händelseförlopp.

Under början av 2016 har ytterligare tre typer av avvikelser lagts in i verksamhetssystemet så att digital rapportering är möjlig. Detta underlättar systematisering och analys samt påskyndar planeringen av åtgärder för att förebygga att det händer igen.

Riskbedömning sker på samma sätt som för fallolyckor och läkemedel och de allvarligaste avvikelserna skickas vidare till MAS för utredning.

6.1 Läkemedelsavvikelser 2015

Under året har flera uppföljningar av antalet avvikelser på enhetsnivå gjorts av MAS i syfte att uppmärksamma verksamheten på om det kan finnas olikheter i rapporteringen som kan bero på bristande kunskap eller liknande och i så fall vidta åtgärder.

Antalet avvikelser när det gäller läkemedel är totalt något högre jämfört med föregående år, 278 jämfört med 221. Detta skulle kunna bero på en ökad rapporteringsfrekvens men det är svårt att säkert avgöra. Av tabellerna nedan framgår att avvikelserna är ojämnt fördelade både när det gäller de särskilda boendena och hemtjänstgrupperna. Några enheter/grupper har jämförelsevis många avvikelser medan andra har jämförelsevis få. När det gäller boendena har naturligtvis boendets storlek betydelse för det totala antalet avvikelser. Skillnaderna har påtalats av MAS vid flera tillfällen under året och det antas att det råder skiftande kunskap bland omvårdnadspersonalen om skyldigheten att rapportera avvikelser samt även om hur man går tillväga för att rapportera en avvikelse i verksamhetssystemet.

Tabell 1. Sammanställning avvikelser läkemedel 2015. Ordinärt boende.

Grupp / händelse	Utebliven dos	Övrigt	Totalt
Bräkne-Hoby	1	8	9
Eringsboda		1	1
Hallabro	7	3	10
Johannishus/Listerby	3	11	14
Kallinge	8	10	18
Ronneby söder	10	7	17
Ronneby norr	2	3	5
Ronneby väst	3	5	8
Totalt	34	48	82
Totalt 2014			77

Tabell 2. Sammanställning avvikelser läkemedel 2015. Särskilt boende.

Boende / händelse	Utebliven dos	Övrigt	Totalt
Backen		1	1
Lindebo	27	4	31
Olsgården	59	29	88
Parkdala	1		1
Vidablick låghus	2	10	12
Vidablick höghus	8	8	16
Ågårdsbo	6	5	11
Ålycke	11	25	36
Totalt	114	82	196
Totalt 2014			144

Det vanligaste felet är ”utebliven dos” och i tabellerna ovan redovisas det som en separat kolumn. Som orsak till utebliven dos angavs olika typer av otydligheter eller brist i rutiner samt även glömska. Varje enhetschef har fått i uppdrag att utarbeta rutiner för det dagliga arbetet som är så tydliga och lätta att följa att det blir svårt att glömma att överlämna läkemedel. På flera håll i verksamheten har sådana rutiner redan utarbetats och de kommer att spridas som goda exempel till hela verksamheten genom den beslutade mötesstrukturen.

Som framgår av tabellerna så är det stora skillnader mellan olika boenden och enheter även om man beaktar att boendena är olika stora.

6.2 Fallolyckor 2015

Det sammanlagda antalet fallolyckor var färre än under 2014. Den totala minskningen är nästan 300.

När det gäller totala antalet frakturer efter fall så kan det förekomma en underrapportering såtillvida att när avvikelserapporten om en fallolycka fylls i och skickas iväg så vet man inte alltid om det föreligger en fraktur eller inte.

Tabell 3. Sammanställning fallolyckor 2015. Ordinärt boende.

Grupp / händelse	Antal fall	Sjukhusvård	Fraktur
Bräkne-Hoby	55	3	1
Eringsboda	14	5	2
Hallabro	50	5	2
Johannishus/Listerby	23	2	1
Kallinge	141	5	2
Ronneby söder	104	8	
Ronneby norr	66	7	1
Ronneby väst	42	1	
Totalt	495	32	9
Totalt 2014	608		

Tabell 4. Sammanställning fallolyckor 2015. Särskilt boende.

Boende / händelse	Antal fall	Sjukhusvård	Fraktur
Backen	79	1	
Lindebo	162	1	
Olsgården	173	2	1
Parkdala	45	1	
Vidablick låghus	124	1	1
Vidablick höghus	202	1	1
Ågårdso	76	3	1
Ålycke	36	1	
Totalt	897	11	4
Totalt 2014	1076		

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. 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 tex gånghjälpmedel inte används eller används fel.

7. Sammanställning och analys av avvikelser och klagomål

Nedan görs en sammanställning av antal avvikelser och klagomål som inkommit förutom de som gäller läkemedel och fallolyckor som redovisats tidigare.

Tabell 5. Sammanställning avvikelser

Blekingesjukhuset, informationsöverföring	51
Primärvården, informationsöverföring	16
Klagomål från anhöriga	7
Klagomål via förtroendenämnden	1
Avvikelse från Blekingesjukhuset	2
Avvikelser hemtransport från Blekingesjukhuset	6
Informationsöverföring internt	8
<u>Övrigt</u>	<u>12</u>
Totalt	102

Den vanligaste orsaken till avvikelse riktad mot Blekingesjukhuset är kommunikationsbrister i samband med utskrivning av patient till särskilt eller ordinärt boende. Missförstånd kring regelverket för samverkan vid in- och utskrivning stod för 18 av rapporterna och övriga gällde tills största delen bristande dokumentation vid utskrivning som att epikris saknades, att korrekt läkemedelslista saknades eller att överrapporteringen hade varit ofullständig på annat sätt. Här finns möjligheter till stora förbättringar. Detta tema har varit uppe till diskussion på nästan varje Triad-möte.

För primärvårdens del gäller den vanligast rapporterade bristen läkarsamverkan gentemot kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Klagomål från anhöriga har i fem fall gällt någon form av brist i läkemedelshanteringen. Övriga två gällde brister i omvårdnad.

Klagomålet som inkom via förtroendenämnden gällde brist i förskrivning av hjälpmedel till patient i ordinärt boende.

Den ena avvikelserna från Blekingesjukhuset avsåg misstänkt brist i omvårdnad av patient i ordinärt boende. När händelsen utreddes visade det sig att patienten utövat eget inflytande över sin omvårdnad och att kommunens sjuksköterskor vid flera tillfällen föreslagit ökade insatser. Den andra gällde brist i vårdplanering för patient i palliativt skede.

Bristerna i hemtransport från sjukhus handlade ofta om att fel typ av transport hade valts i förhållande till patientens tillstånd och behov vilket vållat besvär både för patienten själv, för anhöriga och för mottagande personal.

De brister som handlar om den interna informationsöverföringen handlade om olika typer av missförstånd i kommunikationen mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal som i sin tur kunde härledas till avsaknad av säkra rutiner. Detta har delvis åtgärdats i form av den rutin för dokumentation och informationsöverföring som nämnts under 4.1.

De övriga avvikelserna var av så varierande karaktär att det inte är relevant att redovisa eller närmare analysera dem.

8. Utbildningsresultat som uppnåtts i verksamheten

Under vintern 2015 inträffade tre avvikelser inom läkemedelshandlingen som kunde härledas till brister i ordinationsverktyget Pascal *). Det visade sig även att kunskapen om systemet bland läkarna i primärvården var skiftande. Apoteket AB var också medvetna om bristerna och man erbjöd därför en utbildning i Pascal riktad både till sjuksköterskor och läkare.

Utbildningarna genomfördes i maj månad och var mycket uppskattade. Inga mer liknande händelser har inträffat under året.

Under våren 2015 genomfördes en större utbildningsinsats i dokumentation enligt Socialtjänstlagen riktad mot all omvårdnadspersonal med anledning av de brister som uppdagats i samband med utredningar av klagomål under 2014.

*) Förklaring: Efter apoteksmonopolets avskaffande infördes ett system för ordination och beställning som fungerade gentemot flera leverantörer av Dos-tjänsten, detta system döptes till Pascal.

9. Utblick framåt

Enligt SOU 2016:2 ”Effektiv vård” (3) så måste framtidens hälso- och sjukvårdsresurser förskjutas mot primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. I en internationell jämförelse framstår Sverige som ett land som har jämförelsevis lite resurser i primärvården jämfört med resurserna för sjukhusvård.

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.

Ronneby vårdcentral har i februari 2016 startat ett projekt med en läkarbil som skall vara igång ett par timmar varje vardag eftermiddag. Syftet är just att undvika onödiga inläggningar och ansträngande transporter för patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården och

istället erbjuda ett hembesök av läkare tillsammans med den ansvariga sjuksköterskan. Besöken skall kunna ske både inom särskilt boende och inom ordinärt boende. Projektet är ett gott exempel på samverkan mellan vårdgivare och förväntas leda till ökad trygghet och ökad patientsäkerhet för gruppen äldre patienter.

IVO, Inspektionen för vård och omsorg, deklarerade på den årliga sk "IVO-dagen" att man i sin tillsynspolicy kommer att ytterligare betona patientperspektivet samt fokusera mer på vårdens faktiska kvalitet och mindre på hur vårdgivarnas ledningssystem är utformade. Man kommer också att basera tillsynen på redan identifierade risker och regionala skillnader och man vill utvecklas mot att fungera som rådgivare och kunskapsstöd gentemot vårdgivare (2). Om man överför resonemanget på kommunernas MAS-funktion som idag handlar mycket om att kontrollera att föreskrifter och riktlinjer efterlevs i verksamheten så skulle funktionen istället kunna innebära en mer aktiv roll i kommunernas hälso- och sjukvårdsorganisation. MAS-funktionen skulle på så sätt förtydligas för medarbetarna inom den egna organisationen och kanske även kunna bli navet för den så viktiga samverkan mellan primärvården och slutenvården inför framtidens gemensamma utmaningar.

10. Övergripande mål och strategier för 2016

- Att utveckla teamarbetet kring patienten i de geografiska områdena
- Att fortsätta arbetet med att öka sjuksköterskornas patientnära tid
- Att utveckla samarbetet med primärvården för att undvika onödiga sjukhusinläggningar enligt SOU 2016:2
- Att fortsätta arbetet med att implementera SOSFS 2011:9 i hela verksamheten med fokus på skyldigheten att rapportera avvikelser
- Att förtydliga MAS funktion och ansvarsområden enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § PSF

11. Internkontrollplan för 2016, beslutad av Äldrenämnden

- Delegeringsförfarandet, sjuksköterskans ansvar för handledning utbildning och uppföljning, SOSFS 1997:14
- Informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal, SOSFS 2008:14
- Systematiskt arbetsmiljöarbete, stickskador - följs befintlig rutin? AFS 2012:07

Källhänvisningar

1. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. www.skl.se
2. Tillsynsrapport 2014. Inspektionen för vård och omsorg. www.ivo.se/tillsyn/
3. Effektiv vård. Statens offentliga utredningar, SOU 2016:2.

