

Riktlinje för risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård

Gemensam för Södertörn
2012-01-01



MAS/MAR i Södertörn Stockholms län

Denna riktlinje har tagits fram av Erland Bridell, MAS i Värmdö kommun och Yvonne Holmström, MAR i Nacka kommun.

Riktlinjerna godkända av samtliga MAS/MAR i nätverket Södertörn.

Risk- och avvikelshantering

Denna riktlinje behandlar endast risker och avvikelser i hälso- och sjukvården och gäller inte andra typer av avvikelser.

Med ”verksamhetschef” avses i denna riktlinje verksamhetschef enligt 29 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i förekommande fall den som fullgör enskilda ledningsuppgifter enligt 30 § HSL. Definitioner av begrepp återfinns i bilaga 1, sidan 11. Bokstavsreferenser hänvisar till referenslistan på sidan 10 medan sifferreferenser hänvisar till fotnoter nederst på sidorna.

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att tydliggöra den reglering som finns kring risk- och avvikelshantering samt att styra den lokala hanteringen av detta för att stärka kvalitet och säkerhet för patienten.

Syftet med risk och avvikelshantering är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Allmänt om risker och avvikelser inom hälso- och sjukvård

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering. Riktlinjen för risk- och avvikelshantering i kommunal hälso- och sjukvård har sin utgångspunkt i Patientsäkerhetslagen^b, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete^c samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.^d

Riskhantering

Hälso- och sjukvård är en verksamhet med stora risker. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. För att skapa en hög säkerhet krävs att man identifierar risker för att förhindra vårdskador¹. Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, vilket bl.a. innebär en skyldighet att rapportera risker för vårdskador.² En systematisk riskhantering innebär dels att man i det dagliga arbetet är uppmärksam på riskfaktorer i verksamheten dels att man vid planeringen av förändringar av verksamheten gör riskanalyser innan förändringarna införs och därefter modifierar de förändringar man avser göra så att de inte innebär nya risker. (Se vidare nedan om lokal riskanalys.)

Avvikelsehantering

En systematisk avvikelshantering innebär att man rapporterar avvikelser systematiskt och efter analys av inträffade avvikelser identifierar och åtgärdar bakomliggande orsaker i syfte att förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Man utvärderar åtgärdernas effekt och sammanställer och återför erfarenheterna till verksamheten.

Avvikelserapportering är till för att verksamhetschefen och medarbetarna ska få kontroll över hur många och vilka typer av avvikelser som förekommer på enheten. Det är en

¹ Se definitioner i bilaga 1.

² 6 Kap. 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659)

förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas.

Fokus ligger på den händelse och den eventuella vårdskada som en patient drabbats av eller skulle kunna ha drabbats av och de orsaker som ligger bakom händelsen. Ofta finns orsaker att hitta hos människa, i teknik och organisation (MTO). Fokus ligger således inte på den person som varit inblandad i avvikelserna utan på hur det kom sig att händelsen inträffade. (Se vidare nedan om lokal händelseanalys.)

Ansvar för kvalitet och säkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Av hälso- och sjukvårdslagen³ framgår att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Vidare regleras i 31 § HSL att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Tydliga instruktioner om detta finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete^c. I 5:e kapitlet om systematiskt förbättringsarbete tas särskilt upp riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processerna och rutinerna.

Gemensamt för alla typer av avvikelser är att lämpliga åtgärder måste vidtas i samband med händelsen. Dessa ska alltid dokumenteras i patientjournalen.

Vårdgivarens ansvar

Observera att vårdgivaren kan delegera flera av dessa uppgifter till exempelvis verksamhetschefen och att det i förekommande fall ska framgå av delegationsordningen.

Skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete^b

Vårdgivaren ska

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att
 - så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
 - ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.
 - ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen

Vårdgivaren ska

- till Socialstyrelsen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och lämna in den utredning som gjorts av händelsen.

³ 2a § HSL

- snarast anmäla till Socialstyrelsen om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador

Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
- möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt
- patientnämndernas verksamhet.

Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen.

Dokumentationsskyldighet

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

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

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

MAS/MAR⁴:s ansvar

MAS/MAR ansvarar för att riktlinjer upprättas och årliga sammanställningar görs över rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården. MAS/MAR ansvarar även för att vara inspiratör och ge stöd i förebyggande arbete, vid riskanalyser och händelseanalyser, samt vid bedömning, utredning och, där nämnden delegerat detta till MAS/MAR, göra ev. lex Maria-anmälan.

⁴ MAR är medicinskt ansvarig för rehabilitering. Enligt 24§ Hälso- och sjukvårdslagen kan en arbetsterapeut eller sjukgymnast fullgöra MAS arbetsuppgifter i en verksamhet som huvudsakligen omfattar rehabilitering. I de kommuner där det inte finns en MAR ingår rehabilitering i MAS hälso- och sjukvårdsansvar.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen^f representerar vårdgivaren och följer vårdgivarens direktiv om patientsäkerhetsarbete, inklusive riskhantering och avvikelshantering.^c

Verksamhetschefen ansvarar vidare för:

- att det inom ramen för ledningssystemet finns lokala rutiner och/eller hänvisning till riktlinjer från MAS/MAR, för rapportering av risker och avvikelser
- att dessa riktlinjer och lokala rutiner är kända och efterlevs av personalen
- att det finns ett forum där man regelbundet följer upp alla avvikelserapporter i syfte att identifiera och analysera risker, samt fattar beslut för att förhindra att liknande avvikelser uppstår eller för att begränsa effekten av händelser som inte helt går att förhindra
- att det finns rutiner för analys av risker och händelser och uppföljning av avvikelser. Rutinerna ska vara integrerade i det dagliga arbetet.

Av rutinerna ska framgå

- hur kontakt med lämpliga personalkategorier tas så att adekvata åtgärder kan vidtas när en avvikelse inträffat,
- hur åtgärder vidtas för att förhindra att avvikelser upprepas och hur man följer upp effekten av vidtagna åtgärder,
- hur rapportering ska ske till MAS/MAR vid allvarliga avvikelser d.v.s. då de lett till behov av aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhet, eller då en avvikelse lett till ett dödsfall. Det gäller även då ett dödsfall inträffar i efterförloppet efter en avvikelse eller då det finns anledning att tro att den enskilde försökt begå eller har begått självmord,
- att regelbundet till MAS/MAR rapportera sammanställningen av avvikelser och beslut om åtgärder som tagits för att förhindra att avvikelser upprepas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att

- att känna till och efterleva riktlinjer och rutiner
- rapportera risker
- rapportera avvikelser
- dokumentera risker och avvikelser och vidtagna åtgärder i patientens journal.
- i utrednings- och analysarbete bidra med kunskaper inom sitt kompetensområde
- delta i regelbundna genomgångar av identifierade risker och avvikelser i syfte att analysera och förebygga dessa.

Vem ska rapportera?

Den som upptäcker en risk eller att en avvikelse inträffat tar initiativ till att rapportera detta. Om det är uppenbart vilka som varit inblandade i händelsen är det en fördel om de kan medverka vid rapporteringen.

Vad ska rapporteras?

Risker

Rapportera risker som upptäcks i verksamheten, som t.ex.

- trasiga bromsar på gånghjälpmedel
- att läkemedelshantering inte sker i lugn och ostörd miljö
- arbetsorganisation som gör att man inte hinner dokumentera
- att journalsystemet är instabilt och ofta havererar
- att det saknas rutiner för kontroll av antidecubitusmadrasser
- att det saknas rutiner för kontroll av att däck i rullstolar är välfyllda så att bromsarna fungerar
- brister i rutiner för att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder
- risk för smittspridning

Händelser

Rapportera alla avvikelser som medfört eller kunnat medföra att patienten utsatts för en vårdskada. Det gäller t.ex. då patienten på grund av händelsen:

- fått kroppsskada (t.ex. sår)
- drabbats av funktionsnedsättning
- blivit sjuk
- behövt överföras till annan vårdenhet (t.ex. åka till sjukhus eller vårdcentral)
- drabbats av livshotande tillstånd
- avlidit

Exempel på händelser som ska rapporteras:

Läkemedelsavvikelser

Ordination

- om det t.ex. saknas uppgift om styrka, dosering eller administrationssätt eller om ordinationen är svårsläslig
- om det saknas indikation, d.v.s. om det inte framgår varför patienten ordinerats läkemedlet och om det är ordinerat vid-behov på vilka indikationer -i vilka situationer - läkemedlet får användas

Iordningställande

- felexpedierat från apotek
- feldelat i dosett eller Apodos
- ej signerat delad dosett på signeringslista för dosettindelning
- bristande märkning av dosett (Namn, personnummer, innehåll och sjuksköterskans signatur)

Överlämnande

- fel tidpunkt för överlämnande

- fel läkemedel överlämnat
- fel dos överlämnad
- fel sätt att överlämna (fel administreringsätt) Om t.ex. en patient uppmanats svälja ett läkemedel avsett för att läggas under tungan.
- utebliven dos

Signering

- signering saknas
- signerat, men ej överlämnat

Avvikelser som rör hälso- och sjukvård men inte berör läkemedel

- fallincidenter och fallskador (se vidare i särskilda riktlinjer ang. fallskador)
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till en patient eller närstående
- felaktig otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal vid behandlande eller mottagande vårdenhet
- felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning som tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och informationssystem
- felaktig eller utebliven dokumentation
- smittspridning; vårdrelaterade infektioner
- vårdrelaterade infektioner som gett upphov till att patient avlidit eller allvarligt skadats
- tidigare okända skador eller risker vid vanliga metoder eller rutiner
- skador som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter
- handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som försök till självmord och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling
- andra allvarliga tillstånd som påverkat patientens livsföring.
- återkommande liknande avvikelser som var för sig inte kan betraktas vara allvarliga men sammantagna betraktas som allvarliga
- alla andra handlingar som medfört eller kunnat medföra att patienten avlidit eller åsamkats livshotande tillstånd, svår kroppsskada, svår sjukdom eller väsentlig funktionsnedsättning
- även andra tillstånd får betraktas som allvarliga om de påverkat patientens livsföring. Hit hör även patientens upplevelse av starkt obehag efter en oväntad avvikelse

Medicintekniska produkter

Då en medicinteknisk produkt varit inblandad i en avvikelse som ledde till eller hade kunnat leda till en allvarlig vårdskada behöver det av rapporten framgå om avvikelsen berodde på *felaktig användning, felaktigt underhåll* eller om det var *fel på själva produkten*. Det måste också framgå om den inblandade produkten var *egentillverkad* (t.ex. en ortos). Observera att även sjukhussängar och t.ex. duschstolar etc. definieras som medicintekniska produkter. Produkter som varit inblandade i en avvikelse bör tas

tillvara för att möjliggöra en undersökning. Särskilt viktigt är detta för engångsprodukter^f.

Hur ska rapporteringen ske?

Alla identifierade risker och avvikelser ska dokumenteras enligt lokala rapporteringsrutiner.

Om avvikelsen medfört eller hade kunnat medföra vårdskada t.ex. om händelsen lett till aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhets ska verksamhetschefen omedelbart informera MAS/MAR om händelsen. Avvikelse rapporten ska lämnas till MAS/MAR så snart det är möjligt och senast inom en vecka.

Avvikelser ska följas upp med personalen så snart som möjligt. Eventuellt kan man inom eller utom enheten i samarbete med MAS/MAR behöva tillsätta en särskild grupp som analyserar händelsen om man inte redan har en sådan grupp.

Lokal analys av risker och avvikelser

Till hjälp i det lokala analysarbetet, som verksamhetschefen ansvarar för, finns en hel del litteratur. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har inom ramen för "nationell satsning för ökad patientsäkerhet" under 2011 givit ut "Säkrare vård och omsorg, Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete. SKL har även inom ramen för denna satsning givit ut häften om åtgärder för att förebygga olika vårdskador. Även SLL har tagit fram användbart material i form av regionala vårdprogram för fallprevention, nutrition och prevention och behandling av trycksår. Se vidare i referenslistan om detta. Förutom rena handböcker finns fördjupande litteratur som ökar kunskaper och förståelse för ämnet. En av dessa finns upptagen i referenslistan: "I rättvisans namn".

Riskanalys – ett sätt att förebygga avvikelser

Riskhantering innebär att man arbetar proaktivt. För att förebygga avvikelser är det viktigt att göra riskanalyser *innan* man genomför förändringar inom verksamheten. Det innebär att man går igenom den tänkta förändringen systematiskt för att se vilka konsekvenser olika delar i förändringen kan få för den enskilde. Man kan efter riskanalysen behöva göra ändringar i den tänkta förändringen så att det inte uppstår nya risker.

Då en person flyttar in på ett särskilt boende eller börjar delta i dagverksamhet ska man ta ställning till risker som finns för den enskilde. Det gäller t.ex. risk för att falla, risk för felnäring, risk för att få sår och risk för vårdrelaterade infektioner.

Så snart någon upptäcker en risk i verksamheten ska denna rapportera risken enligt lokala rutiner för detta. Då blir det möjligt att analysera, reagera och vidta åtgärder för att eliminera risken eller för att begränsa effekterna av risken.

Om det finns tveksamheter om vilken behandling, träning eller vilket omhändertagande som är lämplig för en enskild person kan en riskanalys även användas för att ta reda på vilka risker olika alternativ kan medföra.

Händelseanalys

Det viktiga med avvikelshantering är att analysera hur händelsen uppkommit. För varje avvikelse ska man göra någon form av *Händelseanalys*. En sådan analys har olika omfattning beroende på avvikelstens art. Vid allvarliga avvikelser är det lämpligt att

använda den metod som redovisas i någon av skriftena "Säkrare vård och omsorg" (SKL) och Riskanalys och händelseanalys (Socialstyrelsen m.fl.).

Analysen ska utgå ifrån orsakssamband mellan människa teknik och organisation (MTO). Det har visat sig att "felhandlingar" ofta sker i ett sammanhang där hela situationen behöver analyseras. Orsaker till en avvikelse är ofta kopplade till teknik eller organisatoriska och administrativa brister. Det är viktigt att hitta och förstå bakomliggande orsaker.

Analysen ska alltid leda till beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärderna kan handla om både förändringar i insatser för en enskild och förändringar av arbetssätt, rutiner eller av organisationen i verksamheten. Beslutade och genomförda åtgärder ska följas upp för att ge besked om de har haft avsedd effekt. Datum och ansvarig för uppföljning ska dokumenteras i åtgärdsanalysen. Resultatet av uppföljningen ska också dokumenteras.

Regelbundna sammanställningar

De risker och avvikelser som rapporterats inom enheten ska sammanställas regelbundet (minst månadsvis) i ett särskilt dokument.

Vid enheten ska periodens (månadens) risker och avvikelser gås igenom och återförs till personalgruppen. Vid genomgången sammanställs gjorda analyser av händelserna. Samband människa, teknik och organisation (MTO) ska beaktas i sammanställningen. Här ska även diskuteras vilka åtgärder som behöver vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Åtgärder som behöver vidtas kan gälla såväl individuella omvårdnadsåtgärder som ändring av arbetssätt, rutiner eller av hur verksamheten organiseras. MAS/MAR kan ge ytterligare anvisningar kring inlämnande av dessa sammanställningar till MAS/MAR.

Anmälan till myndighet

Vårdgivaren ansvarar för att händelser som lett till eller hade kunnat leda till *allvarlig vårdskada*, anmäls till Socialstyrelsen enligt lex Maria^{b d 5}. Tillsammans med anmälan ska den utredning som gjorts av händelsen bifogas.

Om en händelse där en medicinteknisk produkt varit inblandad har lett till eller hade kunnat leda till allvarlig vårdskada ska anmälan göras av den som av verksamhetschefen utsetts till anmälningsansvarig.

Anmälan ska göras på blankett/er enligt nedan till:

- **Tillverkaren och Läkemedelsverket**⁶ vid fel på MTP eller tillverkningsfel (enligt föreskriften om MTP SOSFS 2008:1)
- **Socialstyrelsen**⁵ vid
 - felaktig användning eller handhavande (enligt lex Maria-föreskriften SOSFS 2005:28)
 - fel på egentillverkad MTP (enligt föreskriften om MTP SOSFS 2008:1)

⁵ Länk till blanketten för lex Maria-anmälan finns på Socialstyrelsens hemsida i SOSFS 2005:28 <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/BILAGA.pdf>

⁶ Länk till blanketten som ska användas finns på Socialstyrelsens hemsida i SOSFS 2008:1. <http://www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/47025%202008-02.doc>

Referenslitteratur

- a. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- b. Patientsäkerhetslag (2010:659)
- c. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- d. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.
- e. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- f. Socialstyrelsens allmänna råd; (SOSFS 1997:8) Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård
- g. Säkrare vård och omsorg. Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete (Sveriges kommuner och landsting /SKL/ nationell satsning för ökad patientsäkerhet). Kan beställas gratis via www.skl.se
- h. Riskanalys och händelseanalys. Handbok i patientsäkerhetsarbete. (Socialstyrelsen) kan laddas ned gratis eller köpas via www.socialstyrelsen.se
- i. SKL:s ämnesinriktade foldrar inom nationell satsning för ökad patientsäkerhet http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/atgardspaket
 - a. Fall och fallskador. Åtgärder för att förebygga
 - b. Undernäring. Åtgärder för att förebygga
 - c. Trycksår. Åtgärder för att förebygga
 - d. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner. Åtgärder för att förebygga
 - e. Läkemedelsrelaterade problem. Åtgärder för att förebygga
 - f. Läkemedelsfel i vårdens övergångar. Åtgärder för att förebygga
- j. SLL:s regionala vårdprogram <http://www.vardsamordning.sll.se/sv/TUFF-satsning/Material/>
 - a. Fallprevention
 - b. Nutrition med inriktning undernäring
 - c. Trycksår – prevention och behandling
- k. I rättvisans namn, ansvar skuld och säkerhet i vården. Synnöve Ödegård

Bilaga 1

Definitioner

Avvikelse:	Negativ händelse eller tillbud
Avvikelsehantering:	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna. Rutiner för detta ska finnas i verksamhetens ledningssystem.
Negativ händelse:	Händelse som medfört vårdskada
Tillbud:	Händelse som hade kunnat medföra vårdskada
Vårdskada:	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
Allvarlig vårdskada	Vårdskada som <ol style="list-style-type: none"> 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.
Riskhantering:	Rutiner för att identifiera, analyser, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
Menprövning	Menprövning innebär att man tar reda på om patienten kommer till skada om man gör, eller låter bli att göra, det man tänker göra. Det innebär också att försöka ta reda på vad patienten själv skulle ha velat. ⁷
Hälso-och sjukvårdspersonal	Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård. Den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården eller den som biträder en legitimerad yrkesutövare (via delegering eller utför uppgifter på uppdrag av legitimerad personal –ordination)
Verksamhetschef	Befattningshavare som ansvarar för hälso- och sjukvården inom verksamheten. (Detta begrepp ska inte förväxlas med den som har ett chefsansvar för en verksamhet.) Verksamhetschefen (för hälso- och sjukvården) utses av vårdgivaren. Kommentar: Se 29 och 30 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Inom tandvården utser vårdgivaren någon som fullgör motsvarande uppgifter. Se även Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:8)
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

⁷ Definition som gjorts av Södertörns MAS/MAR-nätverk efter studier av regelverk.