

Titel: Ledningssystem enligt SOSFS 2011-9.doc		Dokument-ID: 386191
Dokumentkategori: Plan	Dokumenttyp: Styrande	Version: 1.0
Enhet: Cario St Görans Sjukhus		Giltigt från: 2011-11-29
Dokumentägare: Måns Belfrage , Chefläkare Cario S:t Görans Sjukhus		Giltigt till: Tills vidare
Dokumentförfattare: Måns Belfrage		

Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Vårdgivaren skall ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9).

Planen för ledningssystem innehåller:

en aktivitets- och tidplan för etablering av ledningssystemet;

en beskrivning av ledningssystemets omfattning;

övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt hur dessa kontinuerligt följs upp och utvärderas;

en beskrivning av organisation för framtagande, fastställande och dokumentation av rutiner samt för vidareutveckling av rutiner och metoder; och

rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.



Vi gör en översyn av ledningssystemet årligen och när nya lagar och föreskrifter tillkommer.

Ledningssystemet syftar till att uppfylla de krav som ställs i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt andra lagar och föreskrifter som reglerar hälso- och sjukvården.

Målet med vårt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att vi har rutiner så vi säkerställer och kontinuerligt utvecklar verksamhetens patientsäkerhet och kvalitet.

Beskrivning av ledningssystemets omfattning

I Capio S:t Görans sjukhus ledningssystem finns de dokument som styr och stöder vår verksamhet. Det är riktlinjer, rutiner, policies, handböcker, mallar och blanketter som gäller för hela sjukhuset, och även länkar till externa styrdokument, t.ex. nationella och regionala vårdprogram. Dessutom finns det specifika rutiner för kliniker och verksamheter, samt rutiner för samverkan med andra vårdgivare, myndigheter och kommunala verksamheter. Systemet innehåller rutiner kopplade till sjukhusets processer, beskrivning av hur samverkan i vårdkedjor sker och hur uppföljning och utveckling av sjukhusets verksamhet sker. En kritisk framgångsfaktor är att alla medarbetare tillämpar innehållet i styrande och stödjande dokument. Ledningssystemet finns därför tillgängligt för alla medarbetare på sjukhusets intranät. På intranätet finns också ett elektroniskt system för att hantera avvikelser inom vård, miljö, säkerhet och arbetsmiljö. Med hjälp av det kan vi på ett systematiskt sätt fånga upp och åtgärda avvikelser. Dessutom kan patienten och andra vårdgivare skicka in synpunkter via externwebben.

Delar av sjukhusets ledningssystem har granskats och godkänts mot specifika kvalitetsstandarder. Den diagnostiska verksamhet som bedrivs vid enheten för klinisk fysiologi är sedan 1996 ackrediterad av SWEDAC och granskas mot standarden IEC/ISO 17025:2005. Hela Capio S:t Görans sjukhus är miljöcertifierat sedan 2005 och uppfyller kraven i SS-EN ISO 14001. Sjukhuset re-certifierades hösten 2011.

Synsätt och principer

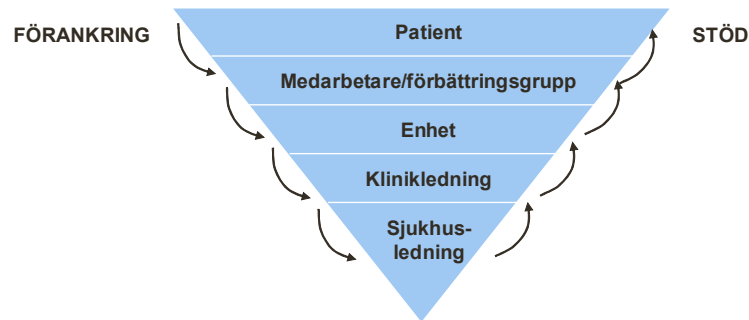
För oss på Capio S:t Görans sjukhus är det viktigt att skapa ett system där vi varje dag, som en del av vårt arbete, synliggör och löser de problem som uppstår. Alla medarbetare har två jobb – dels att ge vård, dels att förbättra våra arbetssätt. Dessa arbetssätt involverar alla roller, alla professioner och sker över klinikgränser med patientens bästa i centrum.

Medarbetarna i verksamheten, som arbetar närmast våra patienter, driver det kontinuerliga förbättringsarbetet. Det är patienternas och medarbetarnas idéer och förslag som testas, utvärderas och implementeras med stöd av cheferna och sjukhusledningen.

De gemensamma mål som utformas av sjukhusledningen utgör grunden för det förbättringsarbete som bedrivs i verksamheten nära patienten. Lokala mål kopplade till patientflöden/patientprocesser utformas utifrån den gemensamma planen, och genom medarbetarnas aktiviteter i förbättringsgrupper blir målen konkreta.

Linjeorganisationen ansvarar för utveckling och förbättring, där en högre nivå ger stöd till nästa nivå. Medarbetarnas förbättringsförslag och förbättringsarbete förankras i linjeorganisationen och involverar på så sätt sjukhusledningen.

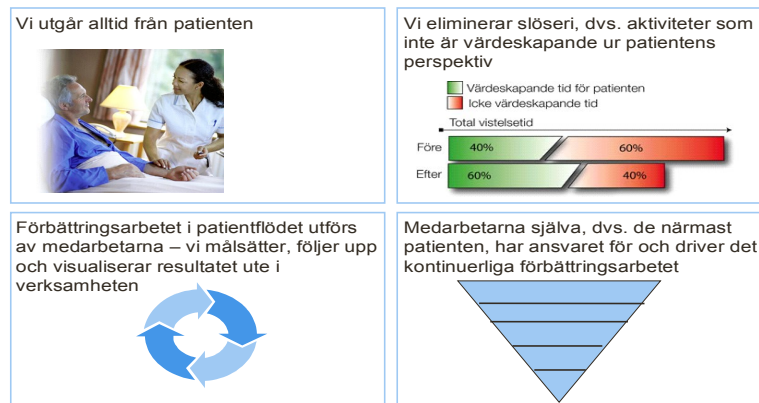
Som stöd till linjen finns ett antal samverkande stödfunktioner i form av chefläkargrupp i sjukhusstaben, kvalitetscontrollers på varje klinik och ett antal specialistgrupper som arbetar sjukhusövergripande. Vi illustrerar detta i figur 1.



Figur 1. Vårt decentraliserade ledningssystem

Vårt systematiska förbättringsarbete – principer för kvalitet och patientsäkerhetsarbetet vid Capio S:t Görans sjukhus (lean)

Vårt systematiska förbättringsarbete enligt leanprinciper möter de krav som ställs i SOSFS 2011:9.



Figur 2. Capios principer för förbättringsarbete.

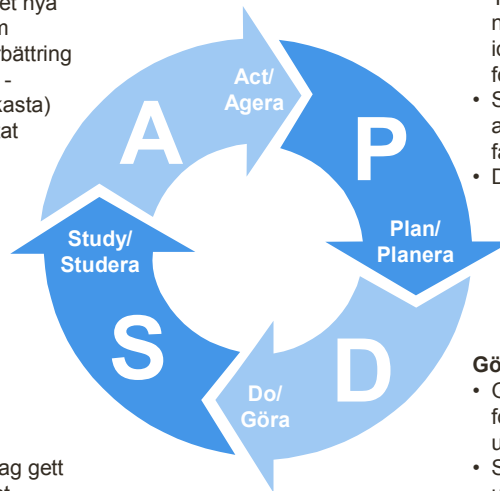
Det dagliga och löpande förbättringsarbetet som genomförs av förbättringsgrupperna, där patienterna ofta är involverade, följer dessa principer och bedrivs tvärprofessionellt och över klinikgränserna. Vi redovisar principerna i figur 2. Kvalitetscontrollers är ett stöd till förbättringsarbetet, och specialistgrupperna deltar med stöd och kompetens inom sina respektive områden. Vi lär genom att göra och konstant utvärdera våra arbetssätt – för att standardisera eller förkasta arbetssätt och skapa en lärande organisation. De ständiga förbättringarna utgår från metodiken PDSA: planera, göra, studera och agera. Vi har illustrerat den i figur 3.

PDSA**Agera**

- Implementera det nya arbetssättet som standard om förbättring uppnåtts (om ej - justera eller förkasta)
- Övervaka resultat löpande
- Inled ny PDSA-cykel vid behov

Studera

- Analysera data
- Utvärdera om genomförda förbättringsförslag gett förväntat resultat
- Sammanställ lärdomar

**Planera**

- Ta fram en plan för att nå lösning på identifierat förbättringsområde
- Samla in data och analysera för att fastställa utgångsläget
- Definiera mål

Göra

- Genomför förbättringsförslag utifrån plan
- Samla data för uppföljning av åstadkomna resultat

Figur 3. PDSA-metodik för förbättringsarbete

Övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt hur detta kontinuerligt följs upp och utvärderas

Övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet

På Capio S:t Görans sjukhus driver vi utvecklingen av sjukvårdens arbetssätt och förbättrar förutsättningarna för våra patienter, både före, under och efter sjukhusvistelsen. Vårt mål är att ge en högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom medarbetarnas kontinuerliga förbättringsarbete och patienternas delaktighet.

Vi förenar vård, kvalitet, patientsäkerhet och effektiva flöden/processer enligt leanprinciper.

Våra övergripande mål i enlighet med God vård är att ha vård som är kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt att vården ges i rimlig tid.

Samtliga övergripande mål är nedbrutna och konkretiserade, och följs regelbundet upp på sjukhus-, klinik-, process- och enhetsnivå.

Kontinuerlig uppföljning och utveckling

Våra mål ska styra mot mätbara förbättringar för våra patienter. Det är viktigt att följa upp dem för att kontinuerligt se hur väl vi möter våra mål.

Våra indikatorer kommer att omfatta de kvalitetsindikatorer som ingår i avtal med Stockholms läns landsting (SLL), nationella mått som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting satt upp samt interna indikatorer i våra patientflöden/processer på sjukhus- och klinikinivå. Vi grundar indikatorerna på den lagstiftning, de författningar, kvalitets- och miljöstandarder som är tillämpliga för vår verksamhet.

Chefläkargruppen kommer att följa upp dessa indikatorer. Till stöd för denna uppföljning kommer vi att använda vårt journalsystem. Som stödsystem beräknar och sammanställer det automatiskt våra nyckeltal via QlikView, ett presentationsverktyg som publicerar och gör resultatet lätt tillgängligt.

Vi har samlat de specifika målen för kvalitet och patientsäkerhet, för närvarande ett sjuttioital, i ett eget elektroniskt styrkort som visas i figur 4. Detta elektroniska verktyg är tillgängligt och transparent för alla verksamheter på sjukhuset.

VO	Kategori	Kvalitetsområde	ANMÄRKNINGAR	Specifikation kvalitetsmätt	2010	2010	2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011	Ackum 2011	Mål 2011	Minimikrav 2011
97	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Säker vård	ind	Körkort (säkare) för läkemedelsmodul i Cosmic										
98	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Säker vård	ind	Kompetenskort Smärta										
99	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Patientfokuserad vård	2010	2010	2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011	Ackum 2011		
100	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	AnnAv	Ärenden till Patientvägljädare, antal		702								
101	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	AnnAv	Ärenden från PaN, antal		139								
102	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	AnnAv	Socialstyrelsen, Enheten Enskildas klagomål		7								
103	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	AnnAv	Ärenden från Socialstyrelsen		2								
104	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Nationellt enkät slutet- och öppenvård	2010	2010	2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011	Ackum 2011	Mål 2011	
105	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Bemötande	CSIG SVÖV	91,95	91,83	93,95	93,93			93,94	94,56	
106	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Delaktighet	CSIG SVÖV	76,83	77,81	77,81	77,81			77,81	80,65	
107	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Information	CSIG SVÖV	79,66	80,84	80,84	81,83			80,84	83,68	
108	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Tillgänglighet	CSIG SVÖV	78,82	77,79	77,79	65,74			71,66	80,84	
109	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Förtroende	CSIG SVÖV	88,93	87,92	88,93	89,92			89,93	90,95	
110	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Upplevd nytta	CSIG SVÖV	88,68	90,67	90,67	91,67			90,67	90,50	
111	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Rekommendera	CSIG SVÖV	90,93	91,92	90,92	91,90			90,91	92,94	
112	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	ind	Övriga specifika frågorområden	2010	2010	2010	Q1 2011	Q2 2011	Q3 2011	Q4 2011	Ackum 2011		
113	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	Smärta, upplevd, andel med smärta som problem	CSIG	55%			40%					
114	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	Smärta, VAS 0-3 i vita	CSIG	33%			36%				50%	
115	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	Smärta, postoperativ smärtskattning	CSIG								70%	
116	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	EQ-5D	CSIG									
117	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	HAD	CSIG									
118	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	LiSät	CSIG									
119	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	DR1	CSIG									
120	CSIG Övriga indikatorer - CSIG	Patientfokuserad vård	pp	DR2	CSIG									

Figur 4. Elektroniskt kvalitetsstyrkort.

Vi kommer att utvärdera vårt resultat genom att använda nationella och regionala kvalitetsregister, Öppna jämförelser och tidigare resultat för den egna verksamheten. Vi inhämtar synpunkter från såväl patienter, vårdgrannar och andra intressenter för att få deras perspektiv på vår utveckling och våra förbättringsområden. Dessa erfarenheter återför vi systematiskt till verksamheten som underlag till förbättringsarbete.

Organisation för framtagande, fastställande och dokumentation av rutiner samt för vidareutveckling av rutiner och metoder

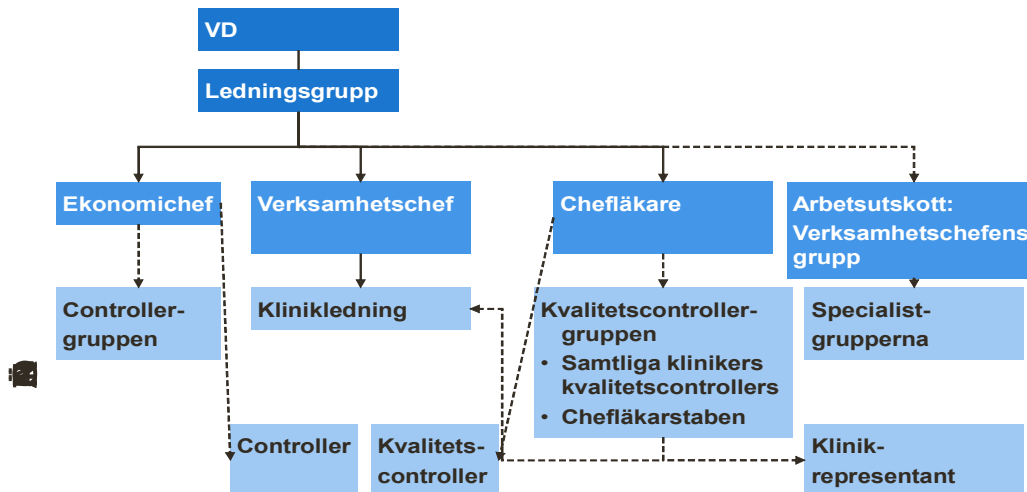
Organisation för kvalitet och patientsäkerhet

Målet med vår organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att alla medarbetare i verksamheten lätt ska få tillgång till stöd i både det långsiktiga och det dagliga förbättringsarbetet. Vi visar organisationsstrukturen för linjeorganisation i Figur 5.

Sjukhusets ledning i form av ledningsgruppen, som består av VD, verksamhetschefer och stabschefer, har i egenskap av vårdgivare det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Sjukhusets ledning fastställer de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet, samt följer upp och utvärderar dessa. VD ger tydliga uppdragsbeskrivningar och funktionsbeskrivningar till verksamhetscheferna med anvisningar för att säkerställa att mål, organisation, rutiner, metoder är utformade så att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande. I uppdraget ligger att ta fram, fastställa, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder.

Respektive verksamhetschef är direkt ansvarig för kvalitet och patientsäkerhet för de processer som ingår i dennes ansvarsområde. Verksamhetschefen tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner samt ansvarar för vidareutveckling av rutiner och metoder för den egna verksamheten.

Verksamhetschefen ger tydliga uppdragsbeskrivningar och funktionsbeskrivningar till första linjens chefer.



Figur 6. Vår organisationsstruktur för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefgruppen fungerar som ett arbetsutskott till sjukhusets ledningsgrupp och håller möten veckovis under ledning av sjukhusets chefläkare. I detta forum redovisas bl.a. anmälningsärenden som analyseras och följs upp. Sjukhusövergripande mätningar presenteras, specialistgruppernas arbete följs upp, målvärden tas fram och förbättringsarbeten initieras. Denna grupp ser också till att samverkan i förbättringsarbetet sker mellan kvalitetscontrollers, specialistgrupper och de förbättringsgrupper som är kopplade till våra patientflöden/processer.

Chefläkargruppen (CLG) är en samordningsfunktion för sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den hjälper hela sjukhuset med stöd, rådgivning, omvärldsbevakning, utveckling och uppföljning samt samordning i kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor gentemot hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) på SLL. I CLG ingår chefläkare, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare (inklusive patientvägledning), vårdutvecklare och sjukhusapotekare. I CLG ingår även sjukhusets katastrof- och beredskapssamordnare. Sjukhusets hygienskoterska som är anställd vid vårdhygien inom SLL är också knuten till CLG.

Sedan 2008 har varje klinik en kvalitetscontroller. Denna funktion är direkt underställd verksamhetschefen men har också en tydlig koppling till sjukhusets chefläkare via kvalitetscontrollergruppen. Kvalitetscontrollern ingår i eller är associerad till klinikens ledningsgrupp. Kvalitetscontrollerfunktionen stödjer verksamhetschefen och linjechefer i att utveckla kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, genom att bl.a. följa upp och rapportera klinikens kvalitets- och patientsäkerhetsparametrar samt samverka med förbättringsgrupperna i arbetet med att utveckla patientflödena/processerna.

Specialistgrupper

En kritisk framgångsfaktor är fortsatt nära samverkan mellan stödfunktioner, linje- och flödes/processorganisation. Därför finns det specialistgrupper vid Capio S:t Görans sjukhus, som verkar kliniköverskridande på uppdrag av verksamhetschefgruppen. Specialistgrupperna har ett sjukhusövergripande uppdrag inom sitt specialistområde och utgör en stödfunktion till sjukhusets förbättringsgrupper och linjechefer. Specialistgrupperna verkar inom

hjärt-lungräddning (HLR)

sårvård

nutrition

hygien- och smittskydd

smärta

akut omhändertagande

läkemedel

mobil intensivvårdsgrupp (MIG)

etik

Organisation och samverkan

Det viktiga för patienten är att verksamheten i det flöde/process som han eller hon befinner sig fungerar smidigt och säkert och ger bästa möjliga medicinska och upplevda kvalitet.

Patientflödet/processen är en patientgrupps väg genom sjukhuset. Patientgruppen består av individer med liknande behov, t.ex. personer som har samma diagnos. Förbättringsarbetet är kopplat till patientflödet/processen för att säkerställa att patientens väg genom sjukhuset skapar värde för honom eller henne och arbetet förutsätter därför ett väl fungerande samarbete mellan de enheter som är involverade i det specifika patientflödet/processen. Det kan t.ex. vara från akutmottagning till operation och vårdavdelning. Vi implementerar förbättringsarbetet i hela linjen i samarbete med alla som är involverade i flödet/processen.

Vid Capio S:t Görans sjukhus arbetar vi även med utveckling organiserat i ett nätverk med samtliga kvalitetsregisteransvariga på sjukhuset, under ledning av chefläkaren. Arbetet i nätverket för de 28 registren omfattar

förankring av indikatorer och mål

uppföljning av egna resultat och jämförelser med andra

effektivisering av hantering av in- och utdata

gemensam IT-utveckling för strukturerad journaldata.

Intranät och elektronisk dokumenthantering

Målet med vårt intranät och vår elektroniska dokumenthantering är att alla medarbetare alltid ska ha tillgång till aktuella rutiner i rätt version.

Vi har ett modernt intranät på sjukhuset, med tydlig informationsstruktur, effektiv sökmotor och enkel publicering liksom ett elektroniskt dokumenthanteringssystem där styrande, stödjande och redovisande dokument finns kvalitetssäkrade och tillgängliga för alla medarbetare. Vi har även mallar för utformning av olika dokument. I dokumenthanteringssystemet finns en påminnelsefunktion till dokumentägaren när ett dokument behöver ses över och eventuellt revideras, vilket säkerställer att gamla dokument inte finns tillgängliga i ledningssystemet. Spårbarhet till äldre dokument är inbyggd i systemet.

En kritisk framgångsfaktor är att dokumentägaren gör en aviserad översyn av dokument enligt fastställda rutiner.

Rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

Regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat

Våra rutiner för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet syftar till att vi mäter rätt nyckeltal på ett effektivt och kvalitativt sätt och med rätt intervall, att vi visualiserar de uppmätta värdena samt att vi kan identifiera avvikelser som ger underlag för ständiga förbättringar.

Rutiner för framtagning av mått och mål

Vi har etablerade rutiner för hur vi väljer och mäter nyckeltal. Vi gör årligen och vid behov en översyn av samtliga nyckeltal och mål utifrån ändringar i lagar, riktlinjer från nationella myndigheter och organisationer samt direktiv från SLL. Idag mäter vi ett sjuttiofem nyckeltal med motsvarande mål inom områdena

bemötande av patienter

metoder för diagnostik, vård och behandling

kompetens

samverkan och samarbete

riskhantering

avvikelsehantering

försörjning av tjänster, produkter och teknik

spårbarhet

I samband med sjukhusets årliga kvalitetsredovisning rapporterar vi ett flertal parametrar från nationella och regionala kvalitetsregister. Kvalitetsregistren och Öppna jämförelser fungerar som underlag för oss när vi ska identifiera områden för förbättring och därmed även definiera nyckeltal.

På regional nivå samarbetar vi med SLL. Vi följer de nationella och regionala punktprevalensmätningarna där vi använder vårt patientadministrativa system som underlag för den informationen vi behöver. På samma sätt som med kvalitetsregistren är jämförelserna med våra grannsjukhus ett underlag för att identifiera nyckeltal.

Medarbetarna på Capio S:t Göran uppmuntrar patienter och närstående att dela med sig av sina förbättringsförslag, en insats som första linjens chef är ansvarig för. Genom att ha en rutin för att alla medarbetare arbetar aktivt med frågan får vi högre patientinvolvering.

Rutiner för att mäta resultat

Varje nyckeltal har en tydlig ägare som ansvarar för sammanställningen av mätningar; På kliniknivå är detta verksamhetschefen och första linjens chef. Chefläkargruppen är ansvarig för majoriteten av de sjukhusövergripande målen. Som vi beskrivit under punkt 3.2 använder vi vårt system för journaler och patientadministration samt vårt stödsystem för att automatiskt beräkna och sammanställa nyckeltalen.

Rutiner för uppföljning och åiterrapportering av resultat

Varje kvartal gör vi en strukturerad uppföljning av våra mål vid klinikuppföljningsmöten mellan sjukhus- och klinikledning. Med hjälp av den säkerställer vi att vi når våra mål och får underlag för hur vi ska fortsätta förbättringsarbetet. Enligt våra rutiner följer vi dessutom flertalet parametrar dagligen, veckovis eller månadsvis med hjälp av våra IT-baserade publikationer.

Som en del av egenkontrollen gör patientteamet den dagliga uppföljningen för medarbetarna vid förbättringstavlan. Där utvärderar man dagens arbete och identifierar förbättringsmöjligheter och potentiella patientrisker. Genom de dagliga mötena och den strukturerade informationen på förbättringstavlan återförs erfarenheterna direkt till de övriga medarbetarna och åtgärdas till nästa dags arbete. Som stöd för diskussionen har vi ett antal uppföljningsparametrar som vi uppdaterar dagligen och har tillgängliga på intranätet. Vi visar frekvensen för uppföljningssystemet i Tabell 1.

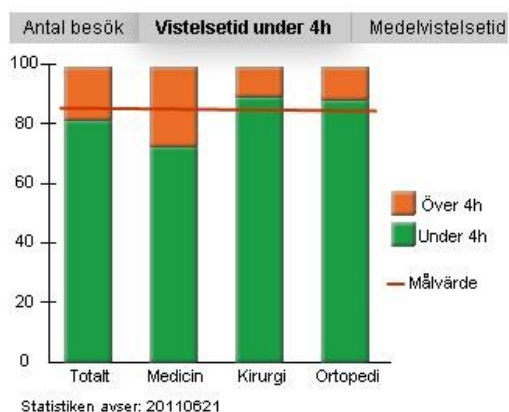
Tabell 1. Uppföljning av medarbetare, patientteam, enhet, klinik och sjukhusnivå sker med olika frekvens.

UPPFÖLJNING	Medarbetare	Patientteam	Enhet	Klinik	Sjukhus
Dagligen	√	√			
Veckovis	√	√	√		
Månadsvis	√	√	√	√	√
Kvartalsvis			√	√	√
Årvis			√	√	√

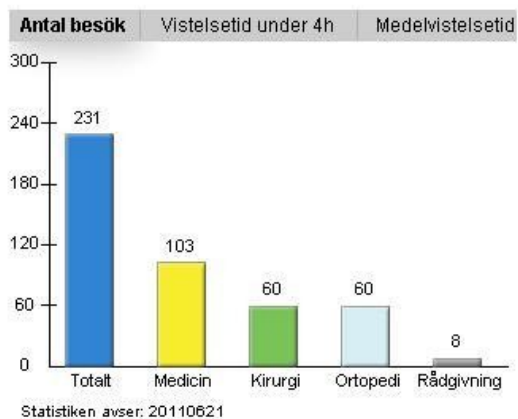
Redovisning av verksamhetens resultat

För att förbättra uppföljningen visualiserar vi utfall i olika parametrar som hämtas från våra IT-system. Detta kommer vi att vidareutveckla 2013 och framåt. Intranätet visar dagligen den aktuella situationen på vår akutmottagning för antalet besökande, vistelsetid under fyra timmar och medelvistelsetid. Se Error: Reference source not found.

Läget på akuten förra dygnet



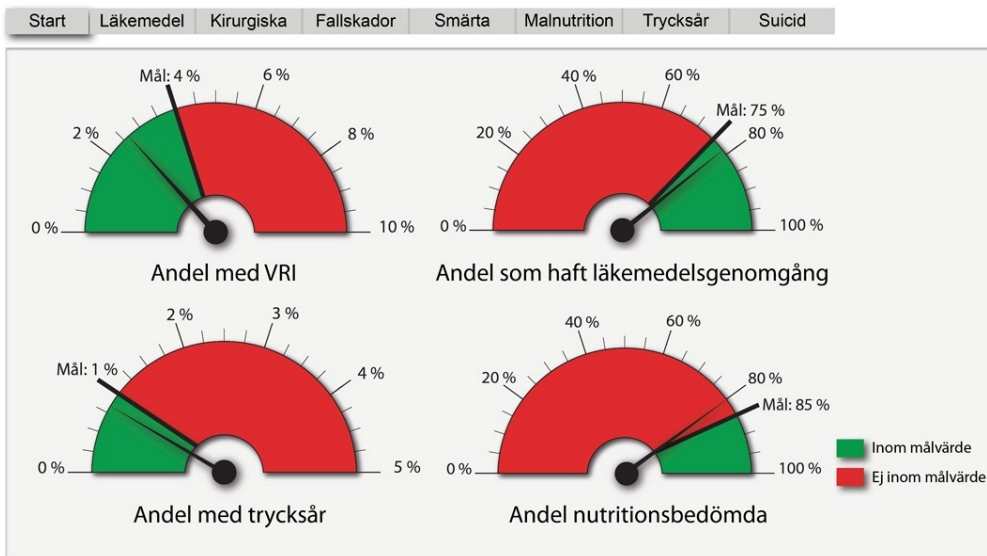
Läget på akuten förra dygnet



Figur 7. Daglig uppdatering från QlikView publicerad på intranätet. Visar antal besök på akuten och vistelsetid under 4 timmar.

Daglig återföring sker där resultaten av patientsäkerhetsindikatorer visualiseras på vårt intranät. Resultaten presenteras på sjukhusnivå och bryts ner på klinik- och avdelningsnivå. Se Error: Reference source not found.

Capio S:t Görans Sjukhus Översikt indikatorer vårdskador - september 2013



Figur 8. Vårdskadeparametrarna uppdateras i realtid baserat på information i Cosmic. Informationen kommer att presenteras i genom presentationsverktyget QlikView och presenteras på intranätet. Grönt område visar målnivå för 2013.

På vår hemsida visas vår patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisningar för allmänheten. Redovisningen utgår ifrån SOSFS 2011:9, kapitel 7, och publiceras på den externa webbplatsen.

Regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen

Våra nyckeltal och mål är en central punkt i ledningssystemet och förbättringsarbetet. Vi använder resultatet från våra kontinuerliga mätningar till att utvärdera vårt arbetssätt och våra rutiner.

För att identifiera förbättringsområden inom hela organisationen är vi noggranna med att utnyttja den information vi får genom vår uppföljning, journalgranskningar, externa och interna avvikelser samt risk- och händelseanalyser. På samma sätt tar vi till vara på information från anmälningsärenden till Patientnämnden, Socialstyrelsen och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Vi uppmanar både patienter och medarbetare till att bidra med förslag till förbättringar.

Vårt dagliga arbete sker enligt PDSA-cykeln's rutiner där de olika stegen planera (Plan), göra (Do), studera (Study) och agera (Act) syftar till att använda mål och uppföljning på ett systematiskt sätt för att utvärdera och justera våra arbetssätt.

Planera: I första fasen definierar vi den nya metoden, rutinen eller vårdprocessen som vi bedömer kunna lösa de problem eller förbättra det område som vi har identifierat. För att göra det möjligt att utvärdera metoden, rutinen eller vårdprocessen sätter vi också upp mål för området.

Göra: I den andra fasen implementerar vi den nya metoden, rutinen eller vårdprocessen som vi tagit fram, först genom test. Ett viktigt steg är att dokumentera effekten, både vad gäller beskrivning av de olika steg som vi utför men också kontinuerlig datasamling för att kunna utvärdera effekten av de insatta åtgärderna.

Studera: I den tredje fasen utvärderar vi effekten av de insatta åtgärderna. Vi vill veta om det gått som planerat, bättre eller sämre. I de fall utfallet inte blev som väntat är vi noggranna med att analysera orsaken.

Agera: Baserat på den kunskap vi inhämtat i de tre första faserna beslutar vi i den sista fasen om vi ska implementera metoden, rutinen eller vårdprocessen. Beroende på resultatet implementeras den version som är testad, om modifiering krävs eller om den testade metoden, rutinen eller vårdprocessen ska förkastas.

Vi har utarbetat rutiner för regelbunden utvärdering av våra metoder, rutiner och vårdprocesser för att säkra att de är kunskapsbaserade, ändamålsenliga, säkra och effektiva. Detta sker genom att

Verksamhetschefen regelbundet gör en analys av riskerna och nyttan med alla verksamhetens metoder, rutiner och vårdprocesser för att väga risk och nytta mot varandra. När de fördefinierade kraven inte uppfylls så reviderar eller avvecklar vi metoden, rutinen eller vårdprocessen.

Patienterna medverkar i utredning och analys

För att öka patientens delaktighet arbetar vi aktivt med att engagera patienten i våra processer bl a genom patientmedverkan i risk- och händelseanalyser. Genom sökord i systemet för patientadministration kan vi följa hur stor andel risk- och händelseanalyser som patienten eller den anhöriga medverkat i.

Hur vi ska dokumentera resultatet av granskningar samt genomförda förbättringsåtgärder och återföra dem till de berörda

Verksamhetschefen är ansvarig för att resultaten från avvikelser, händelse- och riskanalyser samt från förbättringsarbetet återförs till våra medarbetare, patienter och närstående.

Tidplan, ansvarig för förbättringsförslag och rutiner dokumenteras i mall och följs upp av verksamhetschefen som är ansvarig för att genomförda förbättringsåtgärder dokumenteras.

För händelseanalyser finns en mall i journalsystemen där löpande dokumentation sker om status i utredningen. Att patienten deltagit och informerats om resultat av förbättringsåtgärder dokumenteras av linjechef.

Alla medarbetare får återföring av rutiner och händelse- och riskanalys av linjechef på exempelvis arbetsplatsträffar och avdelningsmöten.