

God vård i utveckling

Ledningssystem för Skaraborgs Sjukhus

# SkaS-guiden

2008



Ansvarig utgivare: Svante Lifvergren, Skaraborgs Sjukhus.  
Produktion: Bild & Media, Skaraborgs Sjukhus.  
Tryckeri: Regionens Tryckeri, Vänersborg.  
April 2008

Varför SkaS-guiden? .....	3
SkaS-guiden – en beskrivning av SkaS ledningssystem .....	3
Syftet med SkaS-guiden .....	5
Hur är SkaS-guiden upplagd? .....	5
Del 1 – Uppdrag, värdegrund, vision, strategier och mål .....	6
Avgränsningar - uppdrag och verksamhetsidé .....	6
Värdegrund.....	6
Vision, strategikarta och styrkort .....	6
Strategikarta .....	7
Hur kan man förstå strategikartan? .....	8
Våra viktigaste processer .....	9
De fem hörnstenarna .....	10
Våra ekonomiska resurser .....	12
SkaS balanserade styrkort .....	12
Patientperspektiv .....	13
Processperspektiv .....	13
Medarbetar/Lärandeperspektiv.....	13
Ekonomiperspektiv.....	13
Kritiska framgångsfaktorer .....	14
Del 2 – Styr- och ledningsprocess.....	15
Styr- och ledningsprocess.....	15
Balanserad verksamhetsstyrning .....	15
Verksamhetsplanering.....	16
Verksamhetsuppföljning – Utvecklingsdialogen .....	16
Särskild uppföljning av systemmått .....	17
Del 3 – Principer och angreppssätt - offensiv verksamhetsutveckling .....	18
Offensiv verksamhetsutveckling .....	18
Principer för offensiv verksamhetsutveckling.....	18
Patienten i centrum.....	19
Arbeta med processer .....	19
Hur kan man lättare förstå processbegreppet? .....	20
Vilka processer ska permanentas?.....	23
Hur ska en process permanentas?.....	24
Förbättra ständigt.....	28
Innan man startar ett förbättringsarbete .....	28
Hur förbättrar man?.....	29
Basera beslut på fakta.....	32
Skapa förutsättningar för delaktighet .....	35
Helhetssyn .....	35
Ledningens engagemang .....	35
Del 4 – Patientsäkerhet.....	36
Vad styr patientsäkerhetsarbetet?.....	36
Övergripande syfte med säkerhetsarbetet på SkaS .....	36
Definitioner .....	37
Säkerhetskultur.....	37
Hur arbetar vi med patientsäkerhet?.....	38
Patientsäkerhetsprocessen .....	38
Vårt förhållningssätt till inblandade .....	42
Att mäta och följa upp säkerhetsarbetet .....	42
På övergripande systemnivå.....	43

På verksamhetsnivå .....	43
Del 5 – Ansvar och organisation .....	44
Organisation och ansvarsfördelning .....	44
Styrelsen .....	44
Ledningsorganisation .....	44
Ansvarsfördelning avseende ledningssystemet .....	45
Delegationsordning .....	46
Samverkansorganisation.....	46
Samråds- och beslutsberedningen .....	47
Övriga samverkans- och beredningsmöten .....	48
Referenser.....	49
Bilagor.....	50

## Varför SkaS-guiden?

Enligt Socialstyrelsen är ledningssystem ”ett system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och för att ställa upp mål och beskriva hur vi följer upp och når målen”. I såväl Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 2005:12 som Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, anges att varje sjukvårdsorganisation måste ha ett ledningssystem (Socialstyrelsen, 2005; Socialdepartementet, 1982).

I HSL § 2a anges det att ”hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård”. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av säkerhet och trygghet. Den ska vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen. HSL föreskriver också att hälso- och sjukvården ska arbeta med kvalitetsutveckling. I HSL § 3 står att ”inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”. Dessa krav finns vidareutvecklade i SOSFS 2005:12.

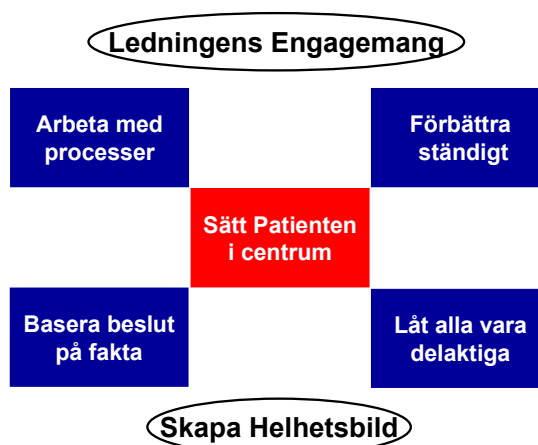
SOSFS 2005:12 ställer krav på ledningssystem för kvalitet i sjukvården. I kap. 1-3 framgår att ”kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras”. Vidare framgår det att ”vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten ska det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).”

## SkaS-guiden – en beskrivning av SkaS ledningssystem

SkaS guiden är en beskrivning av vårt ledningssystem. Vi definierar ledningssystem enligt följande: ”De principer och angreppssätt vi har valt att arbeta med för att sträva mot, följa upp och nå våra mål. Angreppssätt och mål kan variera något från verksamhet till verksamhet, men gemensamt är att vi vill skapa största möjliga värde för våra patienter/närstående (kunder i förekommande fall) till lägre resursåtgång.”

Angreppssätten ska vara överenskomna och vedertagna, inte nödvändigtvis dokumenterade. De dokumenterade rutiner och instruktioner som finns i övrigt ska stödja verksamheten och finnas i den utsträckning man behöver dem. Vi ska undvika att dokumentera för dokumenterandets skull.

Principerna och angreppssätten bygger på en offensiv verksamhetsutveckling (Bergman & Klefsjö, 2007) som innebär att patienten sätts i centrum – i alla delar av vår verksamhet strävar vi efter att tillfredställa eller helst överträffa våra patienters/närståendes behov och förväntningar. Detta kräver ett ständigt förbättringsarbete i organisationens alla processer i vilket samtliga medarbetare tillåts och stimuleras att engagera sig. Ledningens stöd och engagemang är en förutsättning för att lyckas. Alla beslut ska så långt möjligt baseras på fakta, vilket också innebär att vi har kunskap om variation och dess betydelse för



*Principer för offensiv verksamhetsutveckling*

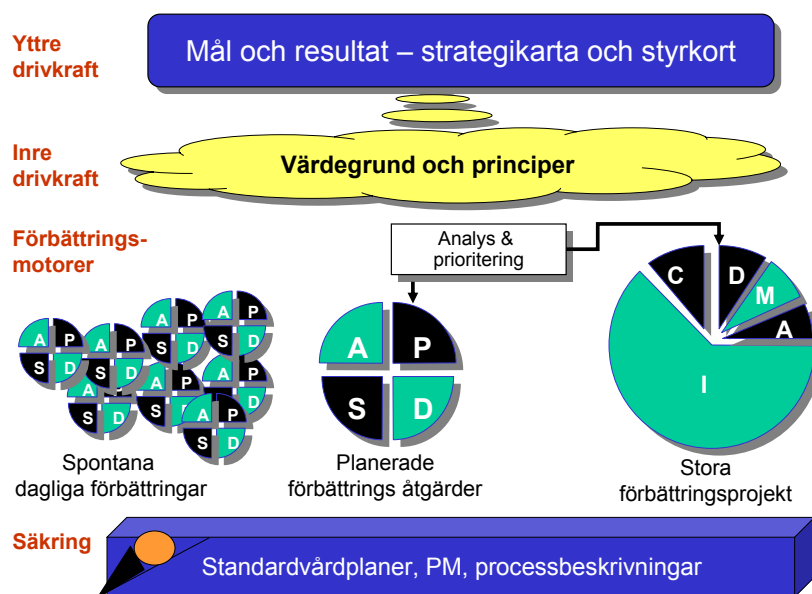
våra resultat. Helhetssyn innebär att vi samordnar våra processer så att vi skapar största möjliga värde för våra patienter och deras närstående. På sidan 18 beskrivs närmare hur principerna är tolkade och översatta i vår organisation.

I SkaS strategikarta och styrkort beskrivs vår vision och vår strategi, offensiv verksamhetsutveckling, samt hur den kan tillämpas för att nå våra övergripande mål.

I styrkortet beskrivs de långsiktiga målen (strategiska mål) och de kortsiktiga målen (kritiska framgångsfaktorer). Målen revideras årligen utifrån resultat och lärdomar som *kommer fram* i utvecklingsdialoger.

Utvecklingsdialogen är ett instrument för att regelbundet diskutera principer och angreppssätt samt följa upp resultatet. Genom dialog kan vi fortlöpande lära oss förbättra angreppssätten för att därigenom nå bättre resultat. En fortlöpande utvecklingsdialog är nödvändig för att säkerställa resultat och stimulera utveckling och lärande i alla delar av sjukhusets verksamhet.

I figuren nedan visas de olika delarna i det långsiktiga arbetet med principer och angreppssätt för att nå och säkra våra mål.



*Principer och angreppssätt för att nå mål*

siktiga målen ner i konkreta mål, kritiska framgångsfaktorer, som tolkas och realiserar av sjukhusets olika verksamheter.

*Inre drivkrafter* är vår värdegrund och våra principer, det vill säga de förhållnings- och angreppssätt vi använder oss av när vi utvecklar verksamheten. *Förbättringsmotorerna* är de angreppssätt vi har för att utveckla verksamheten mot målen. Det verksamhetsnära, dagliga och spontana förbättringsarbetet är basen i vårt utvecklingsarbete. För att stödja detta behöver vi också kunna angripa stora kvalitetsproblem genom att arbeta i större förbättringsprojekt. Slutligen måste vi sprida och *säkra* uppnådda förbättringar med hjälp av olika standarder, till exempel standardvårdplaner, PM och processbeskrivningar.

*De yttre drivkrafterna* är en syntes av krav som ställs på oss av patienter och deras närstående men även krav från medborgare/politiker via överenskommelser samt våra egna krav. Kraven översätts till kort- och långsiktiga mål för SkaS och revideras årligen. De övergripande målen, vilka processer som krävs för att nå dessa, hur vi utvecklar ledar- och medarbetarskap samt IT-stöd för att nå målen beskrivs i SkaS strategikarta. I styrkortet bryts de lång-

## Syftet med SkaS-guiden

I SkaS-guiden beskrivs alla de delar som utgör komponenterna i sjukhusets ledningssystem.

Syftet är att

- samla väsentlig information och därigenom underlätta för alla medarbetare på sjukhuset att hitta rätt i de dokument som tillsammans utgör ledningssystemet
- skapa mötesplatser och tid för dialog om våra processer i alla delar av verksamheten – en förutsättning för lärande och utveckling
- underlätta utvecklingen av själva ledningssystemet genom att informationen finns samlad i ett dokument
- beskriva vem som är ansvarig för vad i de olika delarna av ledningssystemet

SkaS-guiden ska ständigt utvecklas och förbättras och utgöra ett stöd för verksamheten.

## Hur är SkaS-guiden upplagd?

SkaS-guiden består av fem delar:

I den **första delen** beskrivs ramarna för vår verksamhet, vårt uppdrag, vår värdegrund, vår vision och våra mål. Dessa formuleras i SkaS strategi, strategikarta och styrkort.

I den **andra delen** beskrivs styr- och ledningsprocessen, utvecklingsdialogen och hur uppföljning sker. Utvecklingsdialogen är det verktyg vi använder på alla nivåer i organisationen för att tre ggr/år diskutera planer, angreppssätt och hur vi lyckas i vår strävan att nå målen.

Den **tredje delen** beskriver principer och angreppssätt för offensiv verksamhetsutveckling – grundpelarna i ledningssystemet. I avsnittet ”Att arbeta med processer” beskrivs SkaS kärnprocesser, processmodell samt vilka steg som krävs för att permanenta en process. I ”Att förbättra ständigt” redogörs för sjukhusets förbättringsmodell. I ”Basera beslut på fakta” ges en utförlig beskrivning av de utmaningar som vi möter när vi ska mäta resultat i sjukvårdsprocesser på såväl övergripande systemnivå som verksamhetsnära nivå.

Guidens **fjärde del** beskriver de delar där Socialstyrelsen ställer särskilda krav på vårt systematiska patientsäkerhetsarbete.

I den **femte delen** beskrivs SkaS organisation och var ansvaret för de olika delarna i ledningssystemet ligger.

Följande bilagor är associerade till guiden:

Bilaga 1: SkaS styrkort och kritiska framgångsfaktorer för 2008

Bilaga 2: SkaS patientsäkerhets- och kvalitetsplan för 2008

Bilaga 3: Utvecklingsplan för process

Bilaga 4: Ersättningsrelaterade mål i överenskommelserna för 2008

Längst bak i guiden finns en lista med referenser. Så långt som möjligt är de rekommendationer som förespråkas baserade på evidens.

## Del 1 – Uppdrag, värdegrund, vision, strategier och mål

### **Avgränsningar - uppdrag och verksamhetsidé**

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) uppdrag är att tillhandahålla specialistsjukvård för befolkningen i sitt närområde och i tillämpliga delar för befolkningen som helhet i ett regionperspektiv. Sjukhuset ska dessutom, i samverkan med övriga vårdgivare, utveckla den nära sjukvården.

Verksamheten på SkaS bedrivs på Kärn sjukhuset i Skövde (KSS), Sjukhuset i Lidköping (SiL), Sjukhuset i Falköping (SiF) och Sjukhuset i Mariestad (SiM) samt vid vissa specialistmottagningar utanför sjukhusenheterna.

Sjukhusets uppdrag beskrivs detaljerat i de årliga överenskommelserna med hälso- och sjukvårdsnämnderna och primär- och tandvårdsnämnden.

Verksamhetsidén svarar på frågan vad, hur och för vem verksamheten bedrivs. Vår verksamhetsidé lyder:

- *SkaS tillgodoser behovet av specialistsjukvård för invånarna i Västra Götalandsregionen med närområdet som bas*
- *SkaS erbjuder, i dialog med patienter och närstående, en individanpassad sjukvård av hög kvalitet med lägsta möjliga resursåtgång*
- *Verksamheten bedrivs i samverkan mellan olika aktörer.*

### **Värdegrund**

En gemensam värdegrund är en viktig del i allt arbete. Värderingarna styr våra bedömningar, beslut och handlingar. SkaS värdegrund utgår från alla människors lika värde. Detta innebär att alla, såväl patienter, medarbetare som samarbetspartners med flera har:

- *rätt till respekt och ärlighet*
- *rätt till omtanke och trygghet*
- *rätt till delaktighet och gemenskap*
- *rätt till utveckling och förståelse.*

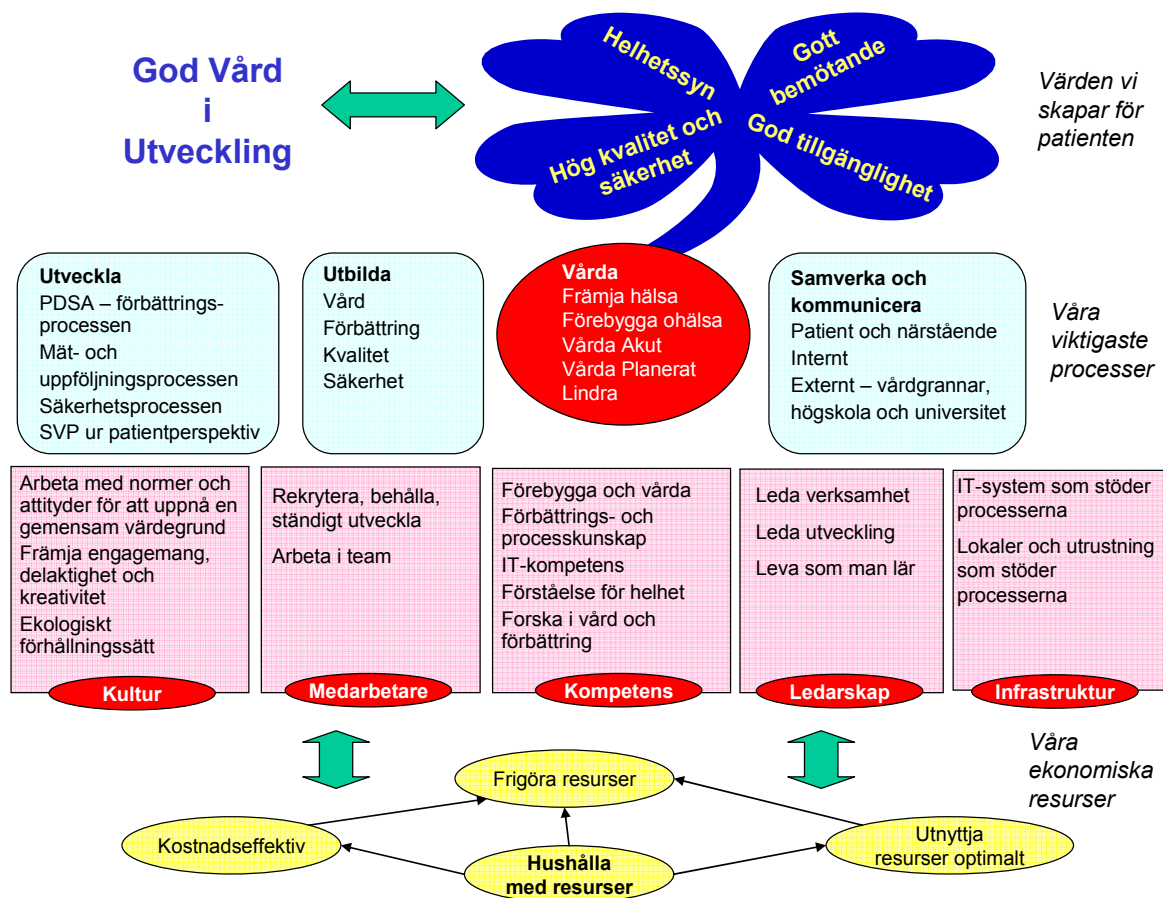
### **Vision, strategikarta och styrkort**

SkaS vision är ”God Vård i Utveckling”. En vision ska vara en gemensam bild av en tänkt framtid. Vi säger att visionen ska beskriva var vi är om 7-10 år. Strategin ska svara på frågan hur sjukhuset inom ramen för sitt uppdrag ska nå sin vision. I strategin beskrivs den långsiktiga inriktningen för verksamheten och hur vi i framtiden kan fortsätta skapa värde för våra patienter och deras närstående. Vi ska nå vår vision ”God Vård i Utveckling” genom att:

- *Öka förståelsen för patientens behov och förväntningar samt utveckla vården i dialog med patient och närstående*
- *Rekrytera, behålla och ständigt utveckla kompetenta medarbetare*
- *Fortlöpande ha tillgång till resultat för att målsätta, utvärdera och utveckla verksamheten*
- *Arbeta i processer som följer patientens väg genom vårdsystemet, vilket skapar mervärde i hela vårdkedjan*
- *Främja ett ledarskap där man lever som man lär och som är fokuserat på att leda verksamheten och dess utveckling*
- *Eftersträva en kultur som främjar engagemang, delaktighet och kreativitet och som stimulerar till arbete i effektiva, tvärprofessionella team.*

## Strategikarta

Strategin ska beskriva hur vi långsiktigt kan skapa värde för patienterna utifrån vårt uppdrag och de resurser vi har till vårt förfogande. Strategikartan är en förenklad bild av hur det hela hänger ihop – *vad* och *hur* kopplas samman (Kaplan & Norton, 2004; 2001). I kartan beskrivs på ett enkelt sätt vilka värden vi vill skapa för våra patienter för att kunna erbjuda ”God Vård i Utveckling”. Kartan lyfter fram vilka kärnprocesser som är avgörande för att våra patienter ska kunna erbjudas god vård samt vilken kompetens, vilket ledarskap, vilket IT-stöd, vilken infrastruktur och kultur vi måste sträva efter. Utvecklingen måste hela tiden ske i ett samspel med de resurser vi har till vårt förfogande. Det är vårt ansvar att använda de tillgängliga resurserna så att vi kan skapa största möjliga värde för patienterna och deras närstående.



Strategikartan används i första hand på SkaS respektive områdes/SiL-nivå. De årliga verksamhetsplanerna på SkaS-nivå samt på områdesnivå/SiL-nivå skrivs med strategikartan som mall.

## Hur kan man förstå strategikartan?



### ***God vård i utveckling***

Visionen ”God Vård i Utveckling” blir lättare att förstå om vi konkretiserar den genom att beskriva vilka värden vi ska uppnå för våra patienter och deras närstående för att nå visionen.

### ***Värden vi skapar för patienten***

Vad innebär ”God vård i utveckling” om man tar på sig patientglasögon? Vilka framtida värden ska vi skapa för våra viktigaste kunder – våra patienter? De värden vi vill erbjuda våra patienter är *Helhetssyn*, *Gott bemötande*, *Hög kvalitet och säkerhet* samt *God tillgänglighet*. Här följer en beskrivning av vad vi menar med dessa begrepp:

#### ***Helhetssyn***

- Verksamheten utgår från hela människan, hennes livsvillkor och hälsopotential och fokuserar inte enbart på sjukdomsbilden
- Patienten ska uppleva SkaS som en helhet som samverkar
- Alla SkaS verksamheter utgör delar i en helhet vars syfte är att vara till nytta för patienten

Alla medarbetare ger patienten god vård utifrån en helhetssyn, vilket förutsätter tvärprofessionellt teamarbete.

#### ***Gott bemötande***

- Vi möter patienten/närstående där de befinner sig
  - Med empati, jämlikhet, respekt och integritet
- Vi för en dialog med patienten/närstående där vi är lyhörda, förstår och bekräftar patientens behov och förväntningar
  - Patienten får svar på sina frågor och vi försäkrar oss om att patienten har förstått
  - Patienten är delaktig och medbestämmande
- Samförstånd
  - Patienten ges möjlighet att vara medaktör
  - Vi stödjer och hjälper patienten att hantera sin hälsa och sjukdom.

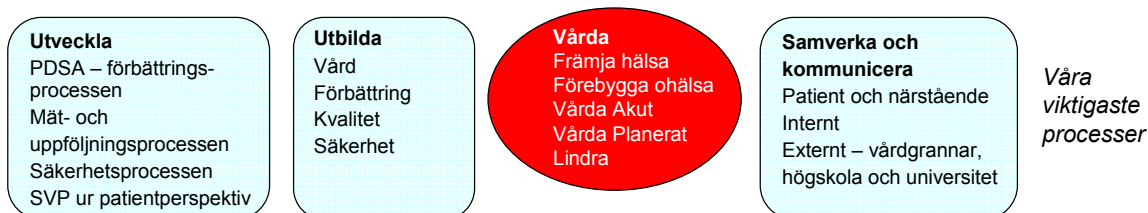
## God tillgänglighet

- SkaS ska alltid kunna nås direkt för rådgivning och information
- Vi ansvarar för att de som kontaktar oss kommer rätt
- Patienten ska inte uppleva onödig väntan
- Vi ger god åtkomlighet för alla patienter,
  - oavsett individuella förutsättningar
  - behoven ska styra var vården sker
- Vi erbjuder patienten kontinuitet över tiden efter patientens behov och förväntningar.

## Hög kvalitet och säkerhet

- Vi ger vård som är baserad på vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens
- Goda resultat – hög kvalitet
  - Bäst i Sverige
  - Vi mäter resultat i alla processer i syfte att ständigt förbättra dem
  - Vi redovisar öppet våra resultat
- Hög säkerhet
  - Inga vårdskador, nollvision.

## Våra viktigaste processer



## Att vårda

Kärnprocesserna är nästa steg i strategikartan. För att kunna erbjuda de beskrivna värdena för patienterna måste vi ständigt förbättra och utveckla våra viktigaste processer - kärnprocesserna. Det räcker med att *en* kärnprocess släpar efter för att strategin riskerar att misslyckas. Den viktigaste processen på SkaS är naturligtvis att förebygga, lindra och bota sjukdomar – alltså processen ”att vårda”. Delprocesserna i ”Att vårda” är att

- främja hälsa
- förebygga ohälsa
- vårda akut
- vårda planerat
- lindra

Genom att tillämpa indelningen – akut och planerat - i den egna verksamheten kan det bli lättare att hitta stora patientflöden där det medför ökat värde att skapa permanenta processer. Se ”Att arbeta med processer”. Att lindra, att förebygga ohälsa och att främja hälsa ingår som en naturlig komponent i alla vårdprocesser.

### ***Att utveckla***

Trots att svensk sjukvård är i världsklass vet vi att det finns en stor förbättringspotential. Processen ”Att utveckla” vården blir därför i sig en av våra viktigaste processer. Att utveckla innebär att ständigt förbättra vårdprocessen. Det kräver i sin tur att vi är duktiga på att utveckla förbättringsprocessen. Vi måste därför bli bättre på att mäta och följa upp resultat så att vi vet *vad* vi ska förbättra. Vi måste därtill förbättra säkerheten i alla vårdprocesser. Slutligen måste vi enas om vad i vårdprocesserna vi kan standardisera för att säkra en lägsta kvalitetsnivå och få tid över för de riktigt svåra patientfallen som aldrig går att standardisera.

### ***Att utbilda***

SkaS är en kunskapsorganisation – det är framför allt genom att tillvarata och utveckla medarbetarnas kompetens som vi kan erbjuda ”God Vård i Utveckling”. Mycket av den kunskap som krävs i våra viktigaste processer har vi inte ännu. Det blir därför naturligt att kompetensutveckling och fortbildning alltid kommer att vara en av våra viktigaste processer. Det handlar då om kompetensutveckling avseende vård men även avseende förbättring, säkerhet, IT, att mäta resultat etc.

### ***Att samverka och kommunicera***

Slutligen måste vi arbeta bort många av de stuprör som finns för att patienten ska uppleva vården som en helhet. Patienten bryr sig inte om vilken organisation som gör vad i vårdkedjan. Därför måste vi samverka både internt och externt. Det är också viktigt att vi samverkar med patienten när vi utvecklar våra framtida tjänster, så att vi försäkrar oss om att det vi erbjuder verkligen är det som majoriteten av patienter faktiskt förväntar sig eller har behov av.

## **De fem hörnstenarna**



Nästa steg i strategikartan är de fem hörnstenar som beskriver lärande och utveckling på SkaS: infrastruktur, kultur, medarbetare, ledarskap och kompetens. Här beskrivs vad som måste utvecklas för att vi ska lyckas med de tidigare beskrivna kärnprocesserna. Saknas någon av dessa fem hörnstenar kommer vi inte att lyckas med processerna och då kommer vi inte heller att lyckas skapa de beskrivna värdena för våra patienter.

## ***Kultur***

Den första hörnstenen, kultur, beskriver våra värderingar och normer och vilka spelregler som gäller på SkaS. All erfarenhet talar för att det tar lång tid att nå en gemensam kultur. Vägen dit består av fortlöpande dialog och diskussion på alla nivåer i organisationen, gärna kopplat till verksamhetsnära arbete. Värderingar finns ju i allt vi gör. På SkaS förväntas alla medarbetare såväl ta ansvar för som få möjligheter att delta i utvecklingsarbetet. Ett ekologiskt förhållningssätt innebär en dialog kring hur vi skapar hållbara miljöer för patienter och medarbetare, men även för den inre och yttre miljön.

## ***Medarbetare***

I en kunskapsorganisation är medarbetarna vår viktigaste tillgång. Därför blir det oerhört viktigt att rekrytera, behålla och ständigt utveckla våra medarbetare. För att skapa mervärde och helhet för patienten måste vi arbeta i team. Alla olika kompetenser behövs för att patienten ska uppleva en helhet.

## ***Kompetens***

Kompetens och kärnprocessen ”att utbilda” hänger intimt ihop. SkaS viktigaste kompetenser är den professionella vård- och omvårdnadskompetens som tillsammans med förbättringskompetens, forskning, IT-stöd och helhetsförståelse ger bästa förutsättningar för att utveckla vårdprocesserna.

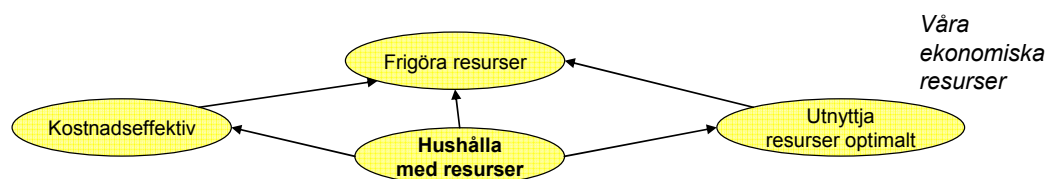
## ***Ledarskap***

En ledares viktigaste uppgift är att leda verksamheten och dess utveckling i den riktning som anges i strategikartan. Att leva som man lär innebär ju egentligen att göra som man säger, eftersom handling märks mycket tydligare än ord.

## ***Infrastruktur***

Det måste på sikt finnas IT-stöd för alla våra kärnprocesser.

## Våra ekonomiska resurser



### *Hushålla med resurser*

Det är vårt uppdrag att hushålla och använda resurserna på bästa sätt, så att vi skapar största möjliga värde för patienterna.

### *Utnyttja resurser optimalt*

Att hushålla med resurser innebär två saker: att göra rätt saker – utnyttja resurser så att de skapar största möjliga värde för våra patienter/närstående, vilket i sin tur kan innebära prioriteringar utifrån en helhetssyn.

### *Kostnadseffektivt*

Att hushålla med resurser innebär även att göra saker rätt – med goda resultat och hög kvalitet utan att förorsaka skada. Med andra ord att skapa felsäkra system som så långt möjligt tillåter oss att ibland göra fel utan att patienterna drabbas. Effektivitet i ett sjukvårdssammanhang innebär måluppfyllelse (goda resultat sett med patientens ögon) ställt mot den resurs som krävs för att nå målen Lifvergren, 2008; Cederquist & Hjortendal Hellman, 2005

### *Frigöra resurser*

Genom att arbeta med den yttre och den inre effektiviteten, göra rätt saker och göra saker rätt (med rätt saker avses de aktiviteter som skapar största möjliga värde för våra patienter), kan vi frigöra resurser och använda dem där de skapar mest värde för patienten.

## **SkaS balanserade styrkort**

SkaS balanserade styrkort bygger på fyra perspektiv och är ett hjälpmedel för att genomföra sjukhusets strategi. Begreppet perspektiv i detta sammanhang beskriver vilka områden SkaS fokuserar på utifrån den övergripande strategin. SkaS fyra perspektiv är: patient, process, medarbetare/lärande och ekonomi. Inom varje perspektiv finns framtaget ett för SkaS övergripande strategiskt mål. De strategiska målen är satta på 3-5 års sikt och mäts mot den fastlagda visionen och SkaS strategi. Målen i de olika perspektiven får inte motverka varandra utan ska vara balanserade och tillsammans säkra att verksamheterna utvecklas i enlighet med sjukhusets vision och strategi (Kaplan & Norton, 1999).

Till de strategiska målen kopplas därefter kritiska framgångsfaktorer med mått/nyckeltal, korta och långa mål, vilka beskriver till vilken grad verksamheten arbetar mot SkaS strategi. För varje perspektiv finns dessutom flera indikatorer som bidrar till att utvärdera om den strategiska inriktningen är rätt eller om strategiska mål och kritiska framgångsfaktorer behöver revideras. Som en del i strategin identifieras årligen ett antal strategiska utvecklingsområden för sjukhusets övergripande utvecklingsarbete.

## **Patientperspektiv**

Patientperspektivet belyser vilka värden vi skapar för patienten och hur patienterna uppfattar oss som organisation.

### ***Strategiskt mål***

*Våra patienter upplever god vård utan onödig väntan.*

- Ingen onödig väntan innebär att vid akut sjukvårdsbehov ska vi kunna nås 24 timmar om dygnet året runt. Vid all sjukvård ska väntetiderna vara korta
- Med god vård menas att vården präglas av ett gott bemötande, helhetssyn, hög kvalitet och säkerhet.

## **Processperspektiv**

Processperspektivet belyser hur vi kontinuerligt kan förbättra och säkra våra processer.

### ***Strategiskt mål***

*Vi ger en vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan.*

- Med hög kvalitet och hög säkerhet menas att kvalitetsutveckling och säkerhetstänkande genomsyrar vår verksamhet
- Med aktiv samverkan menas att vården inte begränsas av organisatoriska gränser eller revir.

## **Medarbetar/Lärandeperspektiv**

Medarbetar/Lärandeperspektivet belyser hur medarbetarna trivs och utvecklas men även vilken kompetens och vilket ledarskap som behövs för att nå visionen.

### ***Strategiskt mål***

*Vi är en attraktiv verksamhet som skapar delaktighet och utveckling.*

- Med attraktiv verksamhet menas att medarbetarna känner stolthet och arbetsglädje i en god arbetsmiljö.
- Med delaktighet menas att medarbetarna har förståelse för helheten, påverkar och tar ansvar för verksamheten.
- Med utveckling menas att medarbetarna utvecklas professionellt utifrån verksamhetens behov.

## **Ekonomiperspektiv**

Ekonomiperspektivet belyser vilka ekonomiska förutsättningar vi har.

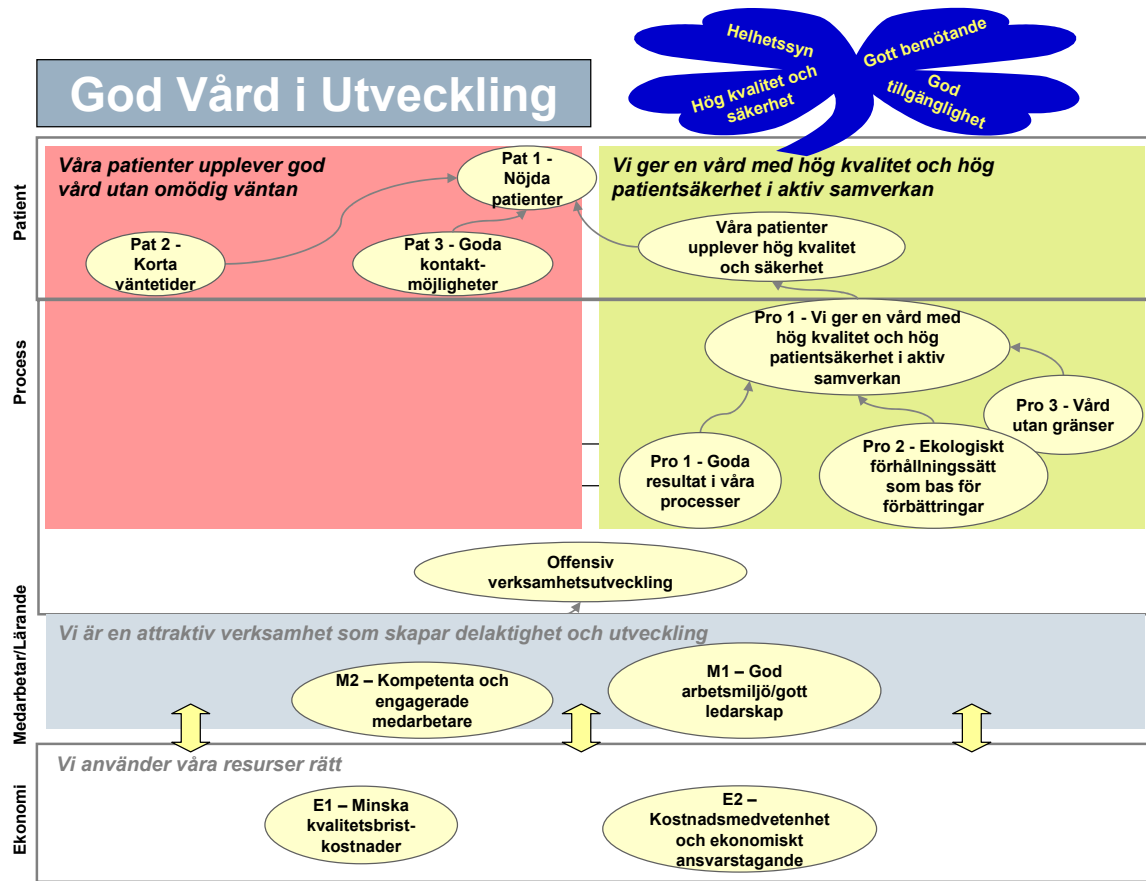
### ***Strategiskt mål***

*Vi använder våra resurser rätt*

- Med hushållning menas att våra resurser används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

## Kritiska framgångsfaktorer

De långsiktiga målen har brutits ner i kritiska framgångsfaktorer (kff:er) för varje perspektiv. De olika kff:erna samverkar för att skapa en helhet och beskrivs i en karta.



För varje kritisk framgångsfaktor sätts mål och mått som revideras årligen. I den ovanstående kartan visas sambanden mellan SkaS framgångsfaktorer och hur de utgör en logisk orsak-verkan-kedja. Alla delar i kedjan behövs för att nå visionen. För 2008 se bilaga 1: "SkaS styrkort och kritiska framgångsfaktorer för 2008".

## Del 2 – Styr- och ledningsprocess

### Styr- och ledningsprocess

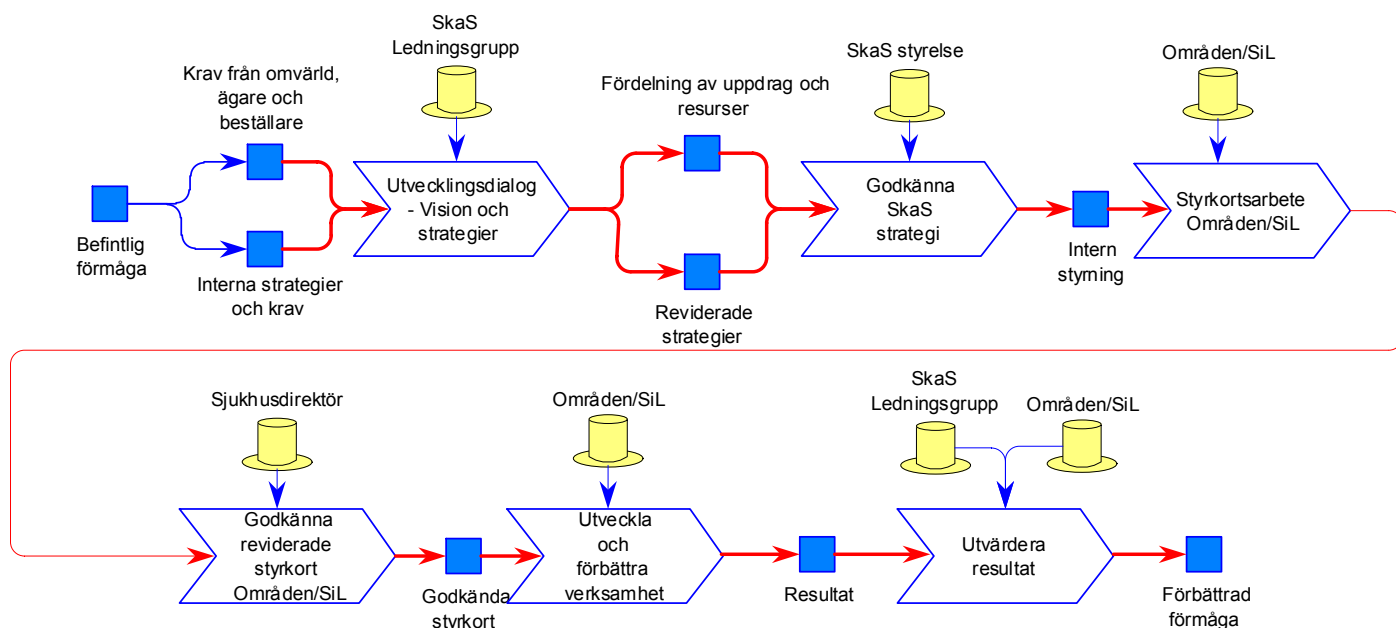
#### Balanserad verksamhetsstyrning

Den balanserade verksamhetsstyrningen vid SkaS syftar till att:

- Skapa förutsättningar för att strukturerat arbeta med måldelning och uppföljning
- Öka inflyandet och delaktigheten på verksamhetsnivå
- Tydliggöra styrningen för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet med hög säkerhet och professionalism
- Skapa verksamhetsutveckling och stärka processarbetet på verksamhetsnivå.

Strukturen för balanserad verksamhetsstyrning följer linjeorganisationen. Detta innebär att vision, strategi och strategiska mål sätts av ledningen och är gemensamma för alla enheter inom SkaS. Verksamheterna tolkar visionen, strategin och de strategiska målen och omsätter dessa i kritiska framgångsfaktorer, mått, korta och långa mål samt indikatorer i egna styrkort som en del i verksamhetsplanering och styrning. På SkaS-nivå fastställs strategi och strategikarta, ett strategiskt styrkort innehållande verksamhetsidé, värdegrund, vision, strategiska mål, kritiska framgångsfaktorer, strategiska mått/nyckeltal samt övergripande indikatorer. Arbetet med styrkortet skapar förutsättningar för en gemensam helhetssyn med utgångspunkt från olika perspektiv som underlättar bedömning och revision av strategi och styrkort.

För att den balanserade verksamhetsstyrningen ska fungera optimalt krävs en process för återkoppling och förankring i syfte att säkerställa att verksamheten utvecklas i enlighet med vision, strategi och strategiska mål (Kaplan & Norton, 2001). Denna process ska också möjliggöra ett ansvarstagande av såväl SkaS ledning som medarbetare. Strategikartan, den balanserade verksamhetsstyrning och balanserat styrkort är utgångspunkten för SkaS styr-, planerings- och uppföljningsprocess.



## Verksamhetsplanering

Utgångspunkter för verksamhetsplaneringen vid SkaS är regionfullmäktiges budget, överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och tandvårdsnämnden samt SkaS övergripande styrkort. Regionfullmäktiges budget med inriktning och övergripande mål är ett överordnat styrdokument för regionens verksamheter och ska ligga till grund för hur verksamheterna inom regionen ska utvecklas i överenskommelserna med hälso- och sjukvårdsnämnderna tydliggörs sjukhusets uppdrag och förutsättningar för kommande verksamhetsår.

På SkaS-nivå utarbetas en övergripande verksamhetsplan och strategikarta, vilken fastställs av sjukhusstyrelsen årsvis. Den sjukhusövergripande planen utformas enligt metodiken för strategikarta och balanserad verksamhetsstyrning. Därefter utformas områdenas och SiL:s verksamhetsplaner enligt samma mall som för SkaS övergripande verksamhetsplan. Verksamheternas planer utformas i enlighet med SkaS balanserade styrkort. Metodiken ger en gemensam struktur i arbetet med målstyrning och uppföljning. Sjukhusdirektören godkänner områdenas och SiL:s verksamhetsplaner efter utvecklingsdialog. Fackligt samråd äger rum för den sjukhusövergripande planen i SkaS förvaltningsråd, för områdenas/ SiL:s verksamhetsplaner i områdesråd/sjukhusråd och för verksamheternas verksamhetsplaner i verksamhetsråd. Samråd avseende SkaS övergripande verksamhetsplan sker under oktober månad och för områdenas och SiL:s verksamhetsplaner under december månad före aktuellt verksamhetsår.

## Verksamhetsuppföljning – Utvecklingsdialogen

Utvecklingsdialogen är ett instrument för att regelbundet diskutera principer och angreppssätt samt följa upp resultatet. Genom dialog kan vi fortlöpande lära oss förbättra angreppssätten för att därigenom nå bättre resultat. Syftet med verksamhetsuppföljningen är också:

- att områdena och SiL löpande ska rapportera verksamhetens utveckling ur ett helhetsperspektiv med utgångspunkt från SkaS övergripande strategi
- att analysera och sammanställa ett underlag för uppföljning av kritiska framgångsfaktorer, indikatorer och strategiska utvecklingsområden
- att utvärdera måluppfyllelsen av de strategiska målen i det SkaS-övergripande styrkortet
- att skapa största möjliga lärande och att förbättra styr- och ledningsprocessen
- att utveckla den strategiska kompetensen inom organisationen.

Utvecklingsdialoger ska ske på SkaS, områdes-/SiL-, verksamhets- och enhetsnivå tre gånger per år. Utvecklingsdialogen i ledningsgrupp SkaS sker återkommande i februari-mars, maj-juni och september-oktober och föregås av dialoger på alla nivåer i organisationen för att säkra kommunikation och delaktighet.

Vid varje dialog ska dels en självskattning ske, där utgångspunkten ska vara SkaS kritiska framgångsfaktorer dels en sammanfattning av de resultat man nått. Hur har man i verksamheten tolkat de olika kritiska framgångsfaktorerna? Vilka aktiviteter har man genomfört och i vilken utsträckning har de lyckats? Vilket resultat har aktiviteterna gett upphov till? Har vi nått våra mål? Behöver vi ändra typen av aktiviteter? Ska vi förändra målen och måtten som vi vill uppnå?

Med andra ord ska följande frågor ställas kring de mål varje verksamhet har satt upp:

- Hur angriper vi målet/problemet?
- I vilken omfattning tillämpar vi angreppssättet inom verksamheten?
- Vilka resultat för våra patienter/närstående/kunder leder arbetet till?
- Hur utvärderar och förbättrar vi angreppssätt och resultat?

Dialogen ska vara framåtsyftande och fungera som ett hjälpmedel för att kontrollera att vi når uppsatta mål, men även för att skapa arenor för delaktighet, lärande och utveckling.

I ledningsgrupp SkaS har de tre dialogerna olika inriktningar:

- I dialogen i mars diskuteras särskilt utvecklingsområden samt hur verksamheterna tolkat de övergripande målen för det aktuella året.
- I juni följs verksamheternas arbete med styrkortet upp och olika riskområden identifieras som kan påverka SkaS utifrån ett helhetsperspektiv.
- I september sammanfattas årets resultat och lärdomarna används för att revidera nästa års mål.

Inför varje dialog i ledningsgrupp SkaS görs avstämningar mellan områden/SiL och centrala staben med syfte att skapa ett bra underlag för den övergripande strategiska utvecklingsdialogen. Avstämning sker varje gång enligt mall, se bilaga 1.

### **Särskild uppföljning av systemmål**

Det finns ett behov av att kontinuerligt följa ett antal mått som tillsammans kan ge en bild över hur resultat i kritiska processer, lärande och resurser/budget - den övergripande strategin för SkaS - utvecklas. Måtten efterfrågas också regelbundet av andra kravställare som t ex styrelse, ägare och Socialstyrelsen.

Måtten revideras årligen och relateras till processer/hörnstenar i den övergripande strategikartan. Övergripande mål och mått för 2008 framgår av bilaga 4: Ersättningsrelaterade mål i beställningen för 2008.

## Del 3 – Principer och angreppssätt - offensiv verksamhetsutveckling

### Offensiv verksamhetsutveckling

Allt utvecklingsarbete bygger på en icke straffande kultur där en öppen redovisning av brister kan ske utan bestraffning. Att öppet visa brister och förslag till förbättringar är en förutsättning för lärande och utveckling. På SkaS är det en styrka att lyfta fram svagheter i våra processer i syfte att förbättra.

Offensiv verksamhetsutveckling innebär att allt förbättringsarbete så långt som möjligt utgår ifrån patientens behov och förväntningar, en utvecklad processorientering samt att oönskad variation, risker och icke värdeskapande aktiviteter reduceras i alla processer. Ledningens engagemang, allas delaktighet och helhetssyn är nödvändiga förutsättningar för att utvecklingsarbetet ska lyckas (Bergman & Klefsjö, 2007; Deming 1982, 1994).

### Principer för offensiv verksamhetsutveckling

På SkaS har vi översatt principerna till vad de konkret innebär för vårt sätt att handla och angripa problem. En mer konkret tolkning av vad de olika principerna innebär framgår av nedanstående figur:



## Patienten i centrum

Offensiv verksamhetsutveckling innebär att så tidigt som möjligt, helst redan vid skapandet av nya tjänster, aktivt ta reda på kundens/patientens verkliga behov och förväntningar. Kunskapen används sedan systematiskt vid all utveckling av verksamheten. Patienten erbjuds också att så långt möjligt vara medaktör i vården. Genom att arbeta hälsofrämjande kan vi förebygga onödig sjukdom och frigöra resurser (Vang, 2007).

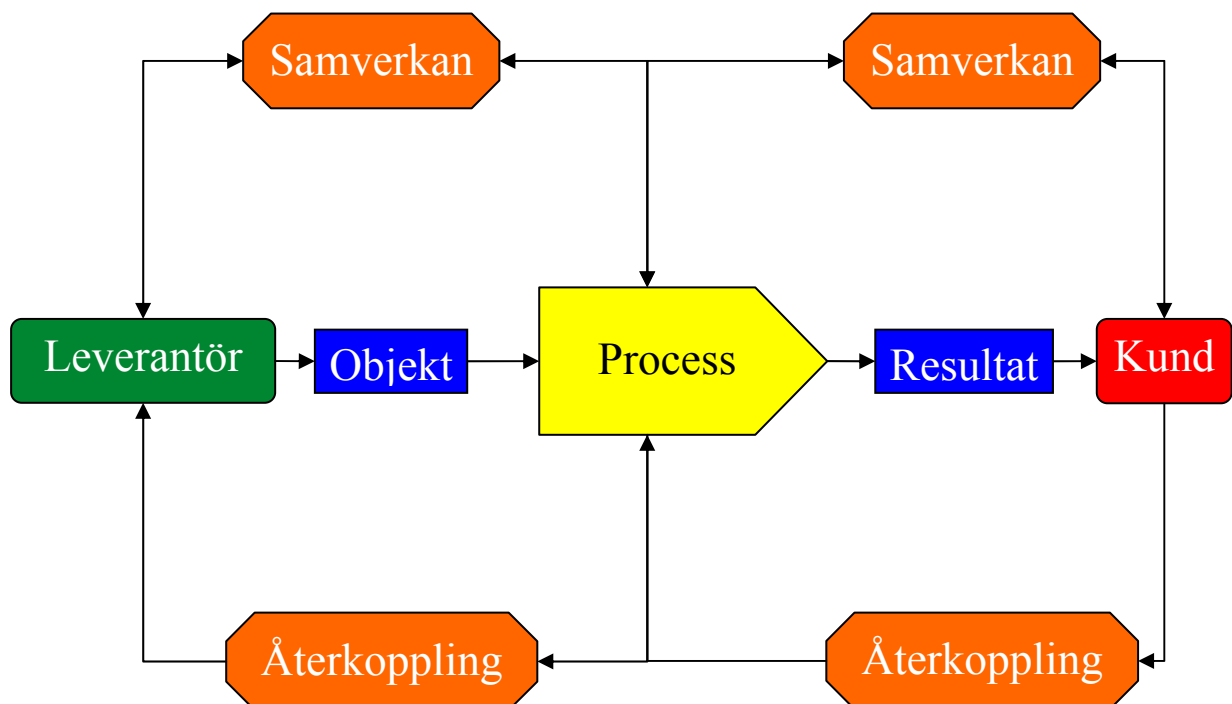
## Arbeta med processer

Att arbeta med processer innebär att identifiera, kartlägga och ständigt förbättra de viktigaste processerna för att öka kvaliteten (Rentzhog, 1998; IHI, 2005; Cronemyr, 2007). SkaS har en gemensam processmodell som ska vara ett stöd för såväl områdesövergripande som verksamhetsnära processer. Syftet med en gemensam processmodell är att klargöra ansvar och befogenheter samt riktlinjer för skapande av mål och mått i processer. Modellen ska underlätta för dem som är involverade i processarbetet, och därmed skapas förutsättningar för att nå ökad effektivitet och ett ökat lärande i såväl enskilda processer som i hela organisationen.

Processmodellen används när viktiga och stora patientflöden i verksamheten ska målsättas och följas upp fortlöpande. Modellen är med andra ord ett stöd i arbetet med att permanenta verksamhetens viktigaste processer. Därför är det viktigt att inte blanda ihop arbetet med att permanenta processer med de fall där processsynsättet enbart används som ett av flera verktyg i ett förbättringsprojekt.

### *Process – definition*

Med process avses en kedja av aktiviteter som är kopplade till varandra, upprepas i tiden och vars syfte är att skapa värde åt en kund.



## **Kund**

Kunden är den vi vill skapa värde för. Kunden ger processen dess existensberättigande (Hoyle & Thompson, 2002). I alla kärnprocesser är patienten kund. Kunden bör, så långt möjligt, styra innehåll och resultat. Den viktigaste kunden i hälso- och sjukvården är naturligtvis patienten.

## **Leverantör**

Den som förser oss med det som behövs för att starta processen.

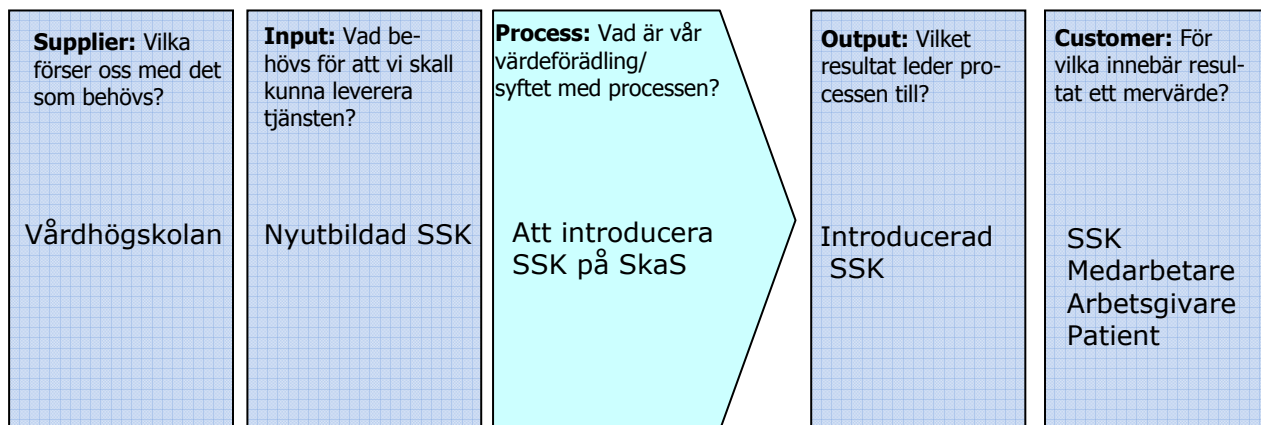
## **Objekt**

Det som processen omvandlar till ett resultat.

## **Process**

Förädlar objekt till resultat.

En övergripande beskrivning av processen görs med fördel med hjälp av en så kallad SIPOC (Supplier-Input-Process-Output-Customer). Genom att tillsammans i verksamheten göra en SIPOC kan samsyn kring processen skapas, vilket är en förutsättning för det fortsatta processarbetet:



*Exempel på SIPOC*

## **Hur kan man lättare förstå processbegreppet?**

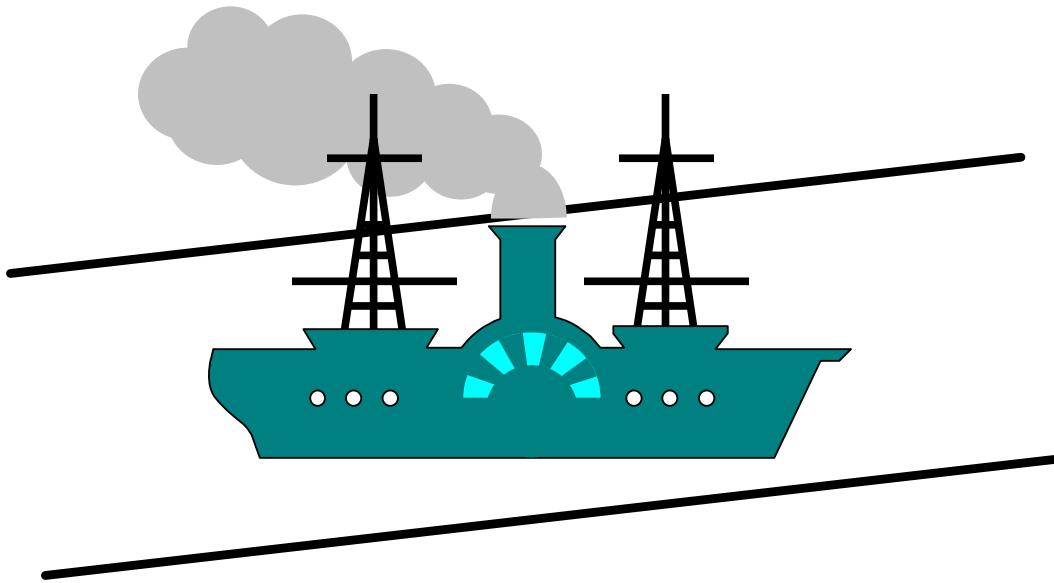
För att lättare förstå vad som avses med processorientering används ofta båt-kanal metaforen (Rentzhog, 1998). Utifrån detta synsätt:

Är *båten* det enskilda patientärendet.

På båten finns det en *besättning* = medarbetare som är ansvariga för att båtresan ska bli så bra som möjligt för passageraren = patienten.

*Kaptenen* är den som är ytterst ansvarig för den enskilda passageraren/båtresan.

Att processorientera innebär att *gräva kanaler* för de båtresor som sker ofta i en organisation. Kanalen är processen. Båtresan för passagerare med hjärtinfarkt görs t ex 100-tals gånger årligen på SkaS. Genom att gräva bra kanaler (att bli processorienterad) för dessa båtar, grunden är markerade, det finns sjömärken och sjökort som alla besättningsmän känner till (PM, standardvårdplaner, processbeskrivningar), undviker vi att en hjärtinfarktbåt går på grund.



*Processer som kanaler där varje båtresa representerar ett patientfall. Processorientering innebär att gräva bra kanaler för de båtar som går ofta i en organisation.*

Om inga kanaler finns grävda riskerar vi att varje enskild båt går på grund. Om det inte finns en kanal måste varje besättning göra båtresan på öppet hav, kanske utan sjömärken och sjökort.

Det är med andra ord ingen idé att gräva kanaler för de båtar som är sällsynta och som har unika destinationer (ovanliga diagnoser, få patientfall varje år). Genom att konstruera bra kanaler för det som är vanligt förekommande frigörs energi och kreativitet där det behövs, i dialogen med patienter och vid ovanliga tillstånd.

För att fortsätta metaforen blir varje överlämning i vårdprocessen, byte av kapten och besättning, ett riskmoment. Det går dessutom alldeles utmärkt att sätta mål på hur bra kanalerna fungerar i alla perspektiv:

- Vad tycker passageraren om båtresan? Hur länge har de fått vänta? Vilket hälsotillstånd upplever passageraren efter en resa? (patientperspektivet)
- Hur många båtar kommer fram utan att ha gått på grund? Hur kan man ständigt förbättra kanalen och sjökorten så att båtresorna blir säkrare? (processperspektivet)
- Vet besättningen om att det finns sjökort? I så fall, vilket stöd har de av sjökorten? (medarbetar/lärandeperspektivet)
- Vad kostar en båtresa? (ekonomiperspektivet)

Genom att sätta mål och mäta i alla perspektiv får man en god överblick över hur den aktuella processen = kanalen fungerar. Större förbättringsprojekt, t ex black belt projekt, bör inriktas på de områden i en process/kanal där det föreligger störst ”gap” mellan önskvärt och aktuellt läge.

## ***Processorganisation***

Det är viktigt att det i processarbetet finns tydliga roller så att det inte råder några oklarheter om vem som ansvarar för vad i processen. På SkaS gäller följande struktur:

- Uppdragsgivare
- Processägare
- Styrgrupp
- Processledare
- Processgrupp

## ***Uppdragsgivare***

Uppdragsgivaren utser processägare och styrgrupp

- Vid områdes/SiL-överskridande processer utses processägare och styrgrupp av sjukhusdirektören
- Vid processer inom ett område/SiL utses processägare och styrgrupp av områdeschef/sjukhuschef SiL

## ***Processägare***

- Ansvarar för att det finns tillräckliga resurser för processen
- Är ytterst ansvarig för processens mål, resultat, uppföljning och utveckling
- Ansvarar för att processen är definierad, dokumenterad, säkrad och känd
- Definierar vid behov delprocesser och utser deras ägare
- Utser styrgrupp och leder styrgruppens arbete
- Utser processledare och processgrupp i samråd med styrgrupp
- Kan delegera processägarskapet

## ***Styrgruppen***

Styrgruppen, till vilken processledaren fortlöpande rapporterar, ska tillsammans med processägaren fatta avgörande beslut i processen. En kontinuerlig dialog ska ske mellan processägare, styrgrupp, processledare och, i förekommande fall, processgrupp avseende förbättringsförslag och mätningar. I styrgruppen brukar resursansvariga/linjechefer för de olika delarna i processen ingå

- Styrgruppen formulerar, tillsammans med processägare, mål för resultat och utveckling i processen
- Styrgruppen ansvarar, tillsammans med processägaren, för att processen har de resurser som krävs för att uppnå satta mål
- Styrgruppen ska lösa konflikter som kan uppstå mellan process och linjeorganisation

## ***Processledare***

- Är operativ samordnare av processen på processägarens uppdrag
- Rapporterar fortlöpande till processägare och styrgrupp
- Initierar och leder förbättringsarbetet utifrån tydliga mål
- Samordnar resultatuppföljningen i processen
- Utvärderar processens lämplighet och tillämpning, t ex i processförbättringssamtal
- Ansvarar för utbildning av- och stöd för utförarna i processen
- Uppdaterar fortlöpande processtatus

## Processgrupp

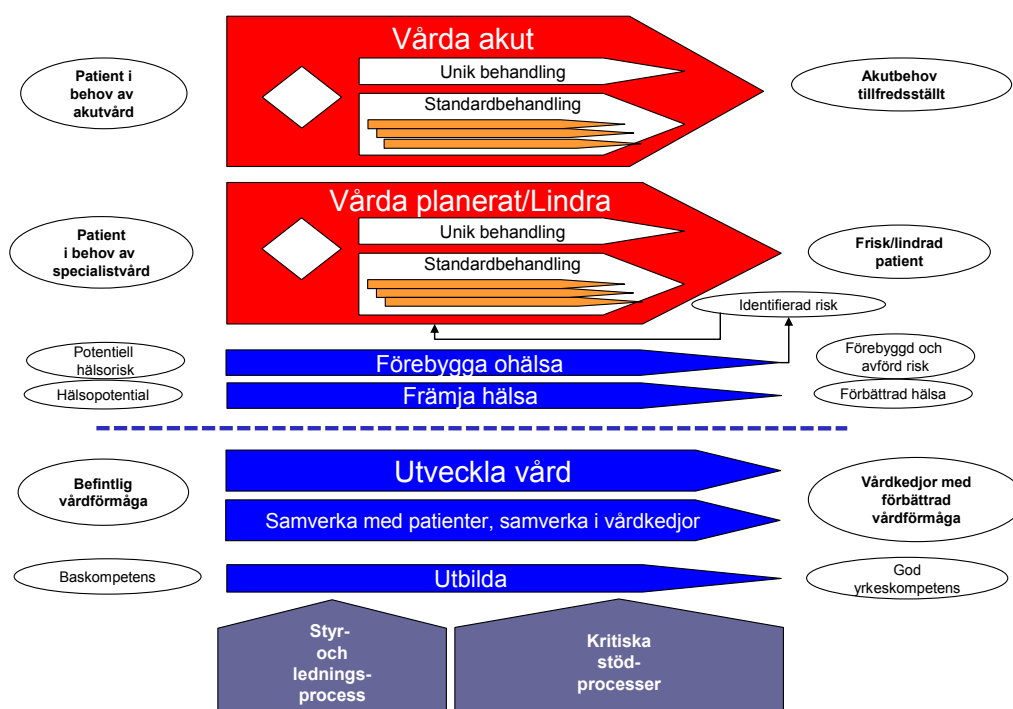
Processgruppen ska vara sammansatt av representanter från berörda funktioner i processen. Processgruppsmedlem ska aktivt bidra till att skapa en helhetsbild av processen. Medlemmarna i processgruppen:

- Utför tilldelade arbetsuppgifter
- Dokumenterar sina resultat
- Förankrar processarbetet inom den egna enheten
- Deltar i förbättringsarbetet utifrån tydliga mål
- Utbildar och stödjer användarna av processen

Med **kärnprocess** avses de processer som syftar till att tillfredsställa en extern kund, i de flesta fall en **patient**. Med stödprocess avses de processer som syftar till att tillfredsställa en intern kund, i de flesta fall medarbetare som arbetar i en kärnprocess.

## Vilka processer ska permanentas?

Flöden med stora patientvolym, där behandlingen är ungefär lika från fall till fall och där det är angeläget att ta fram gemensamma mått och mål, är exempel på processer som ska permanentas. Erfarenheter visar att närmare 80% av våra kärnverksamheter kan beskrivas, målsättas, standardiseras och följas upp i permanenta processer (van Laarhoven, 2007). Samma principer tillämpas i stödprocesser med den skillnaden att kunderna och objekten skiljer sig från dem i kärnprocesserna. Genom att använda SkaS kärnprocessmodell som ”glasögon” underlättas arbetet med att identifiera de patientprocesser som ska permanentas:



SkaS kärnprocesskarta

## Hur ska en process permanentas?

Under arbetet med att permanenta en process visar mångårig erfarenhet och forskning att nedanstående steg ungefärligen bör följas (Magnusson, Krosslid, & Bergman, 2003).

1. Utse processägare, styrgrupp, processledare och processgrupp till processen
2. Definiera processen, vem processen skapar värde för samt dess början och slut?
3. Påvisa och definiera behov av förbättring genom att kartlägga processens nuläge och utvecklingsområden
4. Mäta, verifiera och förstå behovet av förbättring
5. Analysera och hitta möjliga lösningar
6. Testa och utvärdera möjliga lösningar och införa den bästa lösningen
7. Säkra, sprida och dokumentera förbättringen
8. Upprätta en utvecklingsplan för processen
9. Etablera ledningsuppföljning och inordna processen i verksamhetens styrkort
10. Genomföra ständiga förbättringar av processen utifrån mål och mått.

### ***1. Utse processägare, styrgrupp, processledare och processgrupp till processen***

Uppdragsgivare utser processägare och i förekommande fall styrgrupp. För en närmare beskrivning av rollernas innebörd se ovan.

### ***2. Definiera processen, dess början och slut, för vem skapar processen värde?***

För att kunna definiera processen och dess kunder måste först en samsyn kring processen finnas. Leverantör, in- och output, kritiska resultat och kunder till processen måste tas fram. En så kallad SIPOC är ett lämpligt verktyg för detta ändamål. I detta skede är det även viktigt att försöka beskriva processen i några få, övergripande steg.

Det är särskilt viktigt att förstå följande karakteristika för processen:

- Definiera hälsoproblemet som processen hanterar
- Vilken volym av patienter kan förväntas per tidsenhet i processen. Här kan incidens och prevalens vara till nytta.
- Start och slut på processen. Vem är leverantör till processen?
- Vilka är processens "kunder" (för vilka patienter ska processen skapa värde)?
- Vilka krav på kvalitet ställer processens patienter? Vilka krav på hög kvalitet och säkerhet ställer vi som arbetar i processen utifrån ett professionellt perspektiv?
- Vad är syftet med att etablera processen. Vilka behov av vård ska processen tillgodose, medicinska, omvårdnadsmissiga, rehabiliteringsinriktade eller andra behov? Hälsofrämjande åtgärder? Behov av livsstilsförändringar?

### ***3. Påvisa och definiera behov av förbättring genom att kartlägga processens nuläge och utvecklingsområden***

Utifrån en gemensam överblick av processen kan de primära förbättringsområdena närmare kartläggas och prioriteras. SIPOC-kartläggningen hjälper till att avgränsa och fokusera den detaljerade kartläggningen. Genom att komma igång med konkret förbättringsarbete så snart som möjligt skapas en ökad förståelse för processen samtidigt som vi direkt försöker åtgärda pågående, större problem i processen. Följande punkter 4-7 är egentligen en beskrivning av en första förbättringscykel i processen.

#### **4. Mäta, verifiera och förstå behovet av förbättring**

Ta fram mätplan för de data som behöver samlas in och analyseras för att få bättre förståelse för orsaker till problem inom områden som behöver förbättras. Kontrollera också att själva mätsystemet är pålitligt.

#### **5. Analysera och hitta möjliga lösningar**

Värdera, prioritera och ta fram lösningsförslag utifrån de rotorsaker till problemen som upptäckts.

#### **6. Testa och utvärdera möjliga lösningar och inför den bästa lösningen**

Utarbeta lösningsförslag, testa och utvärdera effekt av lösningsförslag genom att använda PDSA-hjulet, se Förbättra ständigt. Inför bästa lösning.

#### **7. Säkra, sprida och dokumentera förbättringen**

Verifiera förbättring genom att mäta effekten av utförda åtgärder. Säkra, dokumentera och sprid lösningen.

#### **8. Upprätta en utvecklingsplan för processen (bilaga 3 – Utvecklingsplan process)**

Genom att definiera processen, skapa roller för arbetet i processen och göra en första inventering av hur processen fungerar och vilka omedelbara förbättringsbehov som finns samt åtgärda dessa (steg 1-7), får man en bättre nulägesbild av processen. Dessutom kommer arbetet med konkreta förbättringar igång direkt.

Därefter är det viktigt att formulera en mer långsiktig utvecklingsplan för processen. Inte sällan behöver man återigen fundera över frågeställningarna i punkt 2. (Se bilaga 3, mall för utvecklingsplan process.) Därtill bör följande karakteristika för processen beskrivas:

- Nya metoder – är nya behandlings- eller utredningsmetoder på gång som kan påverka processen?
- Patienten som medaktör – i vilken omfattning är patientföreträdare delaktiga i utvecklingen av processen? Efterfrågas patientens förväntningar och behov systematiskt?
- Patientsäkerhet – vid varje större förändring i processen ska riskanalys utföras. Finns det några specifika risker för just denna process som ska beaktas? Hur ser arbetet med avvikelser ut? Analyseras enskilda allvarliga avvikelser? Analyseras grupper av avvikelser som härrör från processen?
- Processens resursbehov - vilka personalresurser har processen (kompetenser, yrkeskategori). Vilket behov har processen av röntgen, laboratorieanalyser, klin fys eller andra liknande resurser? Finns specifika resursbehov när det gäller läkemedel och hjälpmedel. Sluten/öppenvård, IVA? Speciell utrustning/lokaler?

I utvecklingsplanen bör ovanstående områden belysas och utifrån detta bör mål och mätetal tas fram i de fyra perspektiven och ska sammantaget mäta processens:

- Ändamålsenlighet (”förmågan att producera rätt resultat”)
- Effektivitet (”förmågan att producera rätt resultat effektivt”)

I *patientperspektivet* beskrivs vilka värden vi skapar för patienten och hur de uppfattar oss. SkaS strategiska mål i perspektivet är ”Våra patienter upplever hög tillgänglighet och god vård” och mått och mätetal ska omfatta denna inriktning. Genom att förstå vad patienterna uppfattar som hög kvalitet i processen underlättas arbetet med att sätta mål i perspektivet. De dimensioner som för det mesta är relevanta att mäta handlar om nöjdhet/missnöjdhet, bemötande, upplevd förbättring av hälsotillstånd, tillgänglighet i form av väntetider, kontaktmöjligheter samt delaktighet i vårdprocessen. Här kan med fördel även hälsofrämjande initiativ mått- och målsättas.

- Mål/mått, exempel
  - 90% av alla patienter ska vara nöjda med bemötandet
  - Väntetiden i processen för 80% av patienterna ska vara max tre timmar

I *processperspektivet* beskrivs hur vi kontinuerligt kan förbättra och säkra våra processer. SkaS strategiska mål är ”Vi ger vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan”, vilket bör avspeglas i målbeskrivningen av perspektivet. Mått som här är relevanta är t ex processens konkreta resultat men även mätetal som speglar arbetet med säkerheten i processen dvs riskanalyser, avvikelshantering och liknande. Dessutom bör mål och mått avseende viktiga ledtider i processen tas med. Det är viktigt att utnyttja data från nationella kvalitetsregister och mått från öppna jämförelser om sådana finns.

- Mål/mått, exempel
  - Andel sårinfektioner ska understiga 3%
  - Andel reoperationer är mindre än 2 %
  - Medel HbA1c är mindre än 6,5%
  - Akuta höftfrakturer. Tid från ankomst till akuten till genomförd operation är mindre än 24 timmar.

I *medarbetare/lärandeperspektivet* beskrivs hur vi trivs och utvecklas som medarbetare. SkaS strategiska mål är ”Vi är en attraktiv verksamhet som skapar delaktighet och utveckling”. Mål och mätetal i perspektivet ska ge en bild av i vilken omfattning som processen är känd och ger stöd till medarbetarna. Andra mätetal kan handla om i vilken omfattning som medarbetarna får vara med i utvecklingen av processen.

- Mål/mått, exempel
  - 5 % av processanvändarna ska genomgå processförbättringssamtal
  - 70% av medarbetarna ska uppleva gott stöd i processen

I *ekonomiperspektivet* beskriver vi vilka krav vi har på oss. SkaS strategiska mål är ”Vi hållar med våra resurser”. Det innebär att mål/mätetal ska spegla kritiska kostnader i processen men även vilka kvalitetsbristkostnader som finns och hur dessa kan minskas.

- Mål/mått, exempel
  - Kostnad per patient i processen ska minska med x kr
  - Andel besök ska öka med x %
  - Öppenvårdsbesök ska öka med x %
  - Kvalitetsbristkostnaderna i processen ska understiga x kronor
  - Ledtiderna för medarbetare i processen ska minska med 20%

Vid all mätning ska genusperspektivet beaktas. Föreligger det könsskillnader? Hur hanterar vi det? Är resultaten sämre eller bättre beroende på kön?

Slutligen är det viktigt att så långt möjligt mäta över tid och att ta hänsyn till variation vid mätningar

- Om en mätning avviker:
  - Är det slumpmässigt?
  - Finns det en urskiljbar orsak till variationen?

För en utförlig beskrivning av mätteknik, se Basera beslut på fakta.

### ***9. Etablera ledningsuppföljning och inordna processen i verksamhetens styrkort***

Inordna mått och mål samt resultatuppföljning av processen i verksamhetens styrkort. Mål och måttetal i processen kan inlemmas under respektive perspektiv i styrkortet. Uppföljning av mål och mått i processen ska ske minst tre gånger årligen i samband med utvecklingsdialogen.

### ***10. Ständiga förbättringar av processen utifrån mål och mått enligt PDSA-hjulet.***

För att skapa engagemang och delaktighet är det viktigt att alla medarbetare i processen kan ta del av aktuella mätningar och i vilken utsträckning målen nås. Processresultaten måste visualiseras. När mål och mått för processen är framtagna underlättas arbetet med att identifiera nya förbättringsprojekt.– De bör startas inom de områden där skillnaden mellan nuläge och mål är störst. All erfarenhet talar för att det är viktigt att på sikt knyta alla förbättringsprojekt till processerna.

### ***Standardisera processer***

Att standardisera innebär att ”normalisera, likrikta”, vilket alltid innebär någon typ av kompromiss. Därför är det viktigt att alltid bedöma behovet av standardisering ur patientens synvinkel. Vi ska bara standardisera de delar av processen där patienten inte accepterar oönskad variation, till exempel aktiviteter för att förhindra sårinfektioner, aktiviteter för att uppnå bästa möjliga resultat för en stor grupp patienter, smärtstillning och basal omvårdnad. Syftet med att standardisera är att undvika oönskad variation, men även att säkerställa att uppnådda förbättringar bibehålls (Liker & Meier, 2006). En standard måste ständigt uppdateras och förbättras. Många delar av patientprocesserna går aldrig att standardisera. Våra patienter har behov av stor individuell variation när det gäller bemötande men även när det gäller att skraddarsy ovanliga behandlingar så att det passar just den aktuella patienten. På SkaS används i dag flera olika verktyg för att standardisera, exempelvis PM, organisatoriska vårdprogram och standardvårdplaner. På sikt ska vi på SkaS sträva efter att samordna olika standarder utifrån patientens perspektiv.

### ***Risikanalys i en process***

Syftet med en riskanalys är att finna orsaker till fel i processen och att eliminera dessa innan en avvikelse inträffar. Socialstyrelsen definierar risk som ” möjligheten att en negativ händelse ska inträffa” (Socialstyrelsen, 2005).

Ett enkelt sätt att analysera risk ur patientsynvinkel är att använda ”minirisk”-metoden., se Patientsäkerhet.

## **Förbättra ständigt**

På SkaS innebär det att vi har kännedom om olika förbättringssätt, så att vi kan använda rätt verktyg för att angripa olika verksamhetsproblem. Vi stödjer det ständiga förbättringsarbetet, ger uppmärksamhet åt de goda exemplen och lär av misstagen.

## **Innan man startar ett förbättringsarbete**

Hur kan man, redan innan starten av ett förbättringsarbete, skapa bästa möjliga förutsättningar för att lyckas med sina ansträngningar? Forskning visar att följande faktorer dramatiskt ökar chansen att lyckas med ett förbättringsprojekt i sjukvård (Olsson, Övretveit, & Kammerlind, 2003):

**Förändringstryck** – ett missnöje med systemet har uttryckts av medarbetare/patienter och/eller det finns en tydlig förbättringspotential som är synlig genom att andra jämförbara enheter åstadkommer ett mycket bättre resultat än den aktuella enheten.

**Problemanalys** - problemet som ska lösas har en förankring i den dagliga verksamheten. Det finns data som belyser vikten av och potentialen i att lösa problemet.

**Team** – förbättringsarbetet drivs av ett tvärprofessionellt team bestående av medarbetare från berörda verksamheter. Teamet är respekterat och har mandat att påverka systemet. Teamet kommunicerar kontinuerligt med ledning och medarbetare under projektet.

**Projektansats** – det finns en projektplan med tydlig start och planerat slut, där ledningen har klargjort roller och deltagit i att utforma höga men realistiska (önskvärda) mål.

**Återföring** - ges för att lära, inte för att döma. Det finns resultatparametrar som följs över tid och som indikerar om förändringar är förbättringar. Resultaten kommuniceras fortlöpande till medarbetarna.

**Lärande & reflektion** - det finns tid för lärande och reflektion. Lärcykeln – PDSA – används i förbättringsarbetet (se nedan).

**Tillåtande kultur** – ny- och oliktankande ses som en tillgång. Experimentering i syfte att lära uppmuntras.

**Delaktighet** - för de som vill är all information om arbetet öppen och lätt tillgänglig. Arenor för att diskutera och påverka finns och används. Berörda medarbetare har insikt i och förstår förändringens innebörd.

**Gemensam plattform** - det finns en samsyn på problemlösning, mål och visioner inom verksamheten.

**Ledarskap för förbättring** – berörda chefer är engagerade, efterfrågar resultat och delegerar ansvar för förbättringsarbetet.

**Resurser** - det finns rimlig tillgång till tid, kunskap och pengar i förhållande till vad som ska åstadkommas.

Om flertalet av faktorerna saknas redan från början kan det vara klokt att först inrikta ansträngningarna på att skapa bättre förutsättningar för utvecklingsarbetet innan man startar sina konkreta förbättringsprojekt. Från början ”hopplösa” projekt är ett stort slöseri med resurser – de förbrukar engagemang och energi hos medarbetare, ger utvecklingsarbetet dåligt rykte och spillar dyrbar tid.

## Hur förbättrar man?

### *Allmänt*

En förutsättning för att lyckas med förbättringsarbetet är att man alltid använder sig av en problemlösningssmodell – en så kallad lärcykel eller PDSA-hjul (PDSA: Plan-Do-Study-Act, eller på svenska Planera-Gör-Studera-Lär). Lärcykeln är sedan ett drygt sekel intimt förknippad med kvalitets- och förbättringsarbete och kan anses vara själva kärnan i allt utvecklingsarbete (Elg, Gauthereau, & Witell, 2007; Deming, 1982).

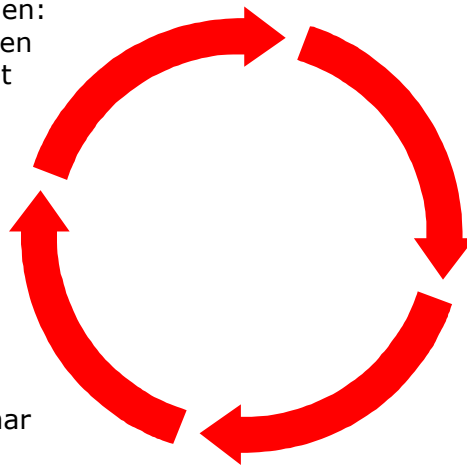
Flera varianter av lärcykeln har vuxit fram under årens lopp, men de fundamentala principerna - PDSA - återfinns nästan alltid oavsett modell eller variant.

### Lär

När rätt lösning är funnen:  
Säkra och sprid lösningen  
Dra lärdomar av arbetet  
Inled ny cykel

### Planera

Påvisa och definiera  
behov av förbättring  
Mät och förstå problemet  
Analysera och hitta  
möjliga lösningar



### Studera

Utvärdera varje test – har  
vi hittat rätt lösning?  
Om inte - testa andra  
lösningar  
Ibland behöver man backa  
tillbaka till planera-fasen  
igen

### Gör

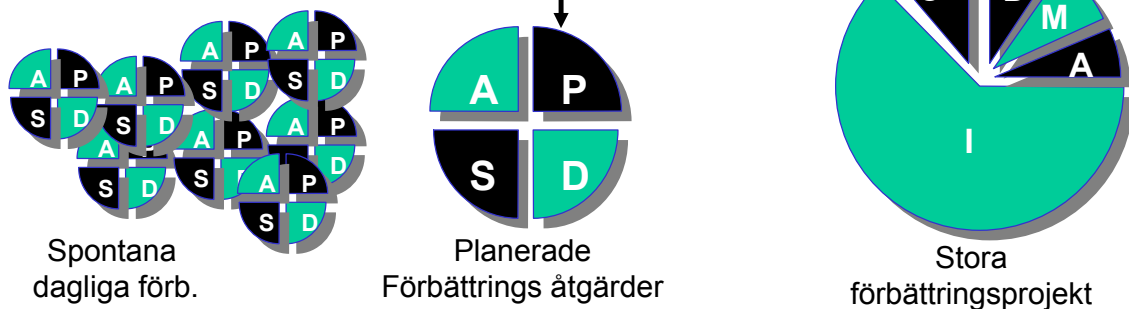
Testa den lösning som  
är mest sannolik

*Exempel på PDSA-hjul. PDSA kan egentligen ses som en spiral, där varje varv, utifrån de lärdomar och erfarenheter som teamet hela tiden gör i samband med förbättringsarbetet, startar på en högre nivå.*

Det är viktigt att använda sig av lärcykeln även i vardagliga förbättringsinitiativ. Ofta har vi en tendens att gå direkt från problem till lösning utan att först bekräfta om det verkligen finns ett problem och hur stort det i så fall är. När man väl hittat orsakerna till ett problem är det mycket enklare att ta fram en lösning och sedan testa den. Blev det bättre? Om inte, testa en annan lösning och utvärdera. Först när vi har en lösning som fungerar i liten skala är det dags att sprida den.

Som framgår av nedanstående figur vill vi på SkaS ha möjlighet att arbeta med förbättringsprojekt av alla slag. Detta innebär att vi måste behärska flera olika verktyg. Det är problemet som ska bestämma vilka verktyg som ska användas. Vi ska inte forma problemet så att det passar ett visst verktyg. Målet är förbättring, inte att använda en viss metod.

## Förbättringsmotorer



I de mindre, lokala förbättringsprojekten räcker det långt att använda sig av lärcykeln. Det är viktigt att alla medarbetare bjuds in till att delta i det verksamhetsnära utvecklingsarbetet. *Lean Production* är ett begrepp som förekommer allt oftare och som kan betraktas som offensiv verksamhetsutveckling när den är som mest utvecklad och där alla medarbetare deltar i förbättringsarbetet. Förebilden för *Lean Production* är Toyota (Liker, 2004; Bergman & Klefsjö, 2007).

I mellanstora och större förbättringsprojekt använder vi på SkaS oftast *genombrottsmetoden* eller *Six Sigma* (Green beltprojekt eller Black Beltprojekt).

För att nå riktigt höga kvalitetsnivåer kan det ibland krävas att man måste omforma processen från början. För detta ändamål används en metod som heter *Design for Six Sigma*. SkaS deltar tillsammans med Chalmers i forskningsprojekt som avser att utveckla projekttekniken så att den kan användas i sjukvårdsprocesser.

### ***Lean Production***

Principerna för *Lean Production* har vuxit fram under den senare delen av 1900-talet. Toyota har varit den stora förebilden och lyfts ofta fram som ett föredöme där kvalitet genomsyrar all verksamhet och där långsiktighet, delaktighet, kundfokus, ledningens engagemang, ständiga förbättringar, processorientering är en naturlig del av den dagliga verksamheten. Så har också biltillverkarens affärsframgångar varit exempellösa. Tittar man bakom kulisserna framgår det emellertid att framgångarna krävt långsiktiga, hållbara och målmedvetna strategier under flera decennier.

*Lean Production* kan jämföras med offensiv verksamhetsutveckling, där processflöde, eliminering av "waste" (slöseri) genom ständiga förbättringar, ledningens engagemang, helhetssyn och alla medarbetares delaktighet genomsyrar verksamheten (Bergman & Klefsjö, 2007). Arbetet ska flyta på i en ostörd ström för att skapa värde för patienterna. Genom att skapa ett kontinuerligt flöde, minska ledtider och ständigt förbättra reduceras oönskad variation, vilket leder till högre kvalitet ur ett patientperspektiv (Liker & Meier, 2006; IHI, 2005).

### ***Genombrott***

En särskild modell för förbättringsarbete anpassad för sjukvård har utvecklats av Institute for Healthcare Improvement (IHI, USA) och modellen har använts i Sverige sedan slutet av

90-talet under benämningen ”Genombrottsmetoden” (The Collaborative Breakthrough Series, 2003). Modellen har rönt stor framgång. Viktiga principer i metoden är att:

- Det görs många småskaliga tester som tillåter förändringarna att växa in i verksamheten.
- Resultat av förändringsarbete mäts och redovisas i tidsseriediagram.
- Team från liknande verksamheter samarbetar för att lära av varandra.

Själva arbetsmodellen inbegriper följande tre steg:

- *Sätta mål* Vad vill vi uppnå? Vilka resultat för patienterna vill vi förbättra? Hur mycket ska vi förbättra dem? Hur bra är vi nu? Det gäller alltså att sätta konkreta, mätbara och tidsatta mål för projektet. Målen ska vara så pass utmanande att de stimulerar till nytänkande samtidigt som de accepteras av medarbetarna i verksamheten.
- *Mäta* Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Vilka mått ska vi följa för att vara säkra på att vi uppnår en förbättring? Mätningarna ska upprepas över tid och vägleda förbättringsarbetet, så att teamet vet att förändringarna leder mot målet.
- *Generera och testa lösningsidéer* Vilka förändringar kan vi genomföra som leder till just förbättringar? Det är särskilt viktigt att använda lärcykeln för att utröna om en idé är så pass bra att den ska behållas. Idéer bör alltid testas i liten skala först, innan de införs på bred front i verksamheten. De team som testat flest lösningsidéer lyckas ofta bäst med att uppnå satta mål.

## **Six Sigma**

Six Sigma är en förbättringsstrategi som utvecklades i USA under senare delen av 1980-talet i syfte att förbättra kvaliteten (och därmed minska kvalitetsbristkostnader) i industriella processer (Harry & Schroeder, 2000). Teknikerna bygger på metoder som utvecklats under större delen av 1900-talet och arbetssätten har de senaste decennierna även spridits till tjänstesektorn. De sista tio åren har Six Sigma börjat användas med mycket goda resultat i sjukvårdprocesser.

Förbättringsstrategin bygger, utöver de fundamentala principerna för offensiv verksamhetsutveckling, på att eliminera oönskad variation i verksamhetens alla processer, så att processens resultat tillfredställer kundernas förväntningar och behov (Magnusson, Krosslid, & Bergman, 2003; Trusko et al., 2007, Cronemyr, 2007). Sigma,  $\sigma$ , är en bokstav i det grekiska alfabetet som används för att beskriva variationen i processernas resultatutfall. För en process som är i statistisk jämvikt och har ett normalfördelat utfall ska, enligt synsättet i Six Sigma, avståndet från processens genomsnittsvärde till närmaste toleransgräns vara åtminstone sex gånger processens standardavvikelse. Den oönskade variationen i en  $6\sigma$  - process är reducerad i en sådan utsträckning att högst 3,4 defekter/fel förekommer på 1 miljon ”möjligheter”. Med möjligheter avses alla de ärenden, patienter, fall etc som processen tar hand om. Genom att förstå vårdtagarens krav på en process samt olika källor till oönskad variation, till exempel beteenden, användningssituationer och göra vårdkedjan mindre känslig för variation kan kvaliteten höjas och patientsäkerheten förbättras.

Genom att identifiera orsaker till oönskad variation i processresultat kan lösningar och barriärer byggas in i processen och därmed förbättra processens resultat.

## ***Design For Six Sigma (DFSS)***

DFSS är ett angreppssätt för att skapa processer som är okänsliga mot variation utifrån ett patientperspektiv. Tre viktiga beståndsdelar är att utgå från patienten/kunden, att ha ett fakta-baserat arbetssätt och att sträva efter att skapa processer som leder till ett gynnsamt resultat trots påverkan av olika källor till oönskad variation. Inom hälso- och sjukvård kan det ibland vara bättre att istället för att förbättra en befintlig process med inbyggda svagheter utforma en ny process som är okänslig för oönskad variation och som i större utsträckning är konstruerad utifrån patientens behov och förväntningar (Yang, 2005; Gitlow et al., 2006).

## **Basera beslut på fakta**

Principen innebär att vi har kunskap och verktyg för att samla in olika sorters data och att vi sedan så långt möjligt använder oss av data när vi fattar olika typer av beslut.

## ***Olika typer av mätningar***

För att förstå en process är det viktigt att mäta utifrån ett förbättringsperspektiv. Alla resultat varierar slumpmässigt och det är först när vi ser data över en längre tidsperiod som vi kan se trenden. Är det slump eller har en reell förändring ägt rum? I vissa sammanhang är det tyvärr omöjligt att mäta över tid. I nedanstående figur beskrivs olika typer av mätningar och vad som karakteriserar dem (LLoyd, 2004). Så långt möjligt strävar vi efter att använda data av ”förbättringstyp”.

	<b>Förbättring</b>	<b>Rapport</b>	<b>Forskning</b>
<b>Syfte</b>	Förbättra vård	Jämförelse, drivkraft för förändring, ägare, politiker, patienter	Ny kunskap
<b>Antal mätpunkter</b>	Tillräckligt många, sekventiella data	100 % av tillgängliga data, pålitliga	Specifikt urval
<b>Hypotes</b>	Flexibel – lärande	Ingen hypotes	Fix hypotes
<b>Testa strategi</b>	Sekventiella test	Inga test	En stor test
<b>Är förändringen en förbättring?</b>	Tidsseriediagram, styrdiagram	Inget direkt förbättringsfokus	t-test, f-test, chi square, p-värde, konfidensintervall
<b>Typ av test</b>	”Öppet” försök	Inget test – värdera aktuell förmåga	Blint, randomiserat test

### ***Mätning för förbättring***

Genom att mäta vid upprepade mättillfällen över tid kan man se variation och trender i mätetalen. Helst bör man visualisera data i ett diagram över tid i ett tidsseriediagram (s k run chart). En något mer avancerad diagramtyp är styrdiagram (t ex Shewhart charts). Diagrammen ger möjlighet att undersöka om variationen är slumpmässig eller om det finns urskiljbar orsak till variation i den aktuella mätserien. Om urskiljbara orsaker till variation finns i processen är den inte förutsägbar och förbättringsåtgärder måste snarast sättas in för att identifiera och eliminera den oönskade variationen. Lika viktigt är det att veta om det endast finns slumpmässig variation i en process, eftersom riktade förbättringsåtgärder i sådana fall ofta inte är meningsfulla och att de rent av kan öka den oönskade variationen. För att förbättra en process som endast innehåller slumpmässig variation måste man istället ofta omforma stora delar av processen. För att en införd förbättring ska vara säkrad krävs det att processens resultat över tid ligger stabilt på en högre nivå. Under ett förbättringsarbete omvärderas och prövas olika hypoteser (PDSA, se sid 29) och syftet är att åstadkomma varaktigt förbättring. Likaså är det vanligt att under ett förbättringsarbete variera flera faktorer samtidigt, t ex vid flerfaktorförsök (Magnusson, Krosslid, & Bergman, 2003).

### ***Mätning för rapportering***

De typer av mätetal som används i rapporter och i traditionella utvärderingar kan naturligtvis variera stort, men gemensamt brukar man sträva efter att samla in alla aktuella data och att mätningen bara utförs en eller ett fåtal gånger (till exempel före respektive efter en viss händelse). Syftet är ofta att värdera aktuell förmåga och det finns sällan någon formulerad hypotes innan datainsamlandet sker. Det är ofta svårt att använda denna typ av mätetal för utvecklingsarbete. Först måste rapportdata översättas till någon typ av processdata som kan följas över tid. Ett orsak-verkan samband samt någon grad av korrelation mellan rapport- och processdata måste också finnas för att översättningen ska bli meningsfull.

### ***Mätning för forskning***

I medicinska forskningsområden (där kvantitativa metoder används) formuleras en fix hypotes innan mätningarna äger rum. Så långt möjligt efterstängs dubbelblinda, randomiserade, kontrollerade studier och konfidensgraden bör bestämmas innan datainsamling. Oftast (men inte alltid) varieras en faktor i taget bland ett urval patienter i en population. Målsättningen är i de flesta fall att skapa ny kunskap när det gäller medicinsk vård, omvårdnad, behandling eller diagnostik.

### ***Olika typer av mått i processerna***

Det finns två, fundamentalt olika typer av mått; drivande mått (processmått) samt utfallsmått (resultatmått) för att mäta processer (LLoyd, 2004; Kaplan & Norton, 2001).

Drivande mått mäter i de flesta fall handlingar/aktiviteter. Bakom ett drivande mått finns ett antagande, att den aktivitet som mäts ska leda till ett visst resultat. Detta förutsätter att det finns ett orsak-verkan samband och en korrelation mellan aktiviteten och resultatet. Fördelen med drivande mått är att de ligger tidigt i en process och att man därigenom hoppas kunna påverka resultatet i processen genom att uppmuntra vissa aktiviteter. Risken med drivande mått är att vi glömmer bort att de faktiskt inte mäter resultat. Många aktiviteter som mäts och målsätts leder inte till det önskade resultatet.

Utfallsmåttet är det direkta resultatmåttet i en process och det som vi slutligen vill förbättra. I många fall kan det vara mycket svårt att mäta resultat (ur t ex ett patientperspektiv) utan vi är då hänvisade till att hitta processmått som förhoppningsvis återspeglar det slutgiltiga resultatmåttet.

I alla mål och mätningar i processer och styrkort måste vi sträva efter en kombination av process- och resultatmått. Det är först då som vi kan utveckla processen och lära. Gav de prioriterade aktiviteterna upphov till de resultat vi önskade? Om inte, vilka andra aktiviteter ska vi prioritera, mäta och målsätta?

### ***Operationell definition***

En vanlig källa till oönskad variation i mätningar är att vi inte tillräckligt tydligt definierat exakt vad som ska mätas, hur, när och av vem måttet ska tas fram. Det är lätt att underskatta den detaljeringsgrad som krävs för att beskriva mätproceduren för ett mått. Alla mått som används i styrkort och processer måste ha en tydlig beskrivning som anger vad, hur, hur ofta, när och av vem måttet ska tas fram samt hur det ska presenteras och visualiseras för att skapa förståelse och engagemang.

### ***Mått på övergripande nivå***

Mått på SkaS- nivå samt för områden/SiL bestäms övergripande. Mål och mått ska relateras till SkaS strategikarta för att skapa förståelse och vara en kombination av drivande mått och utfallsmått. Målen och måtten uppdateras minst 3 ggr/år och revideras årligen i utvecklingsdialogen. Inte sällan är det meningslöst att aggregera verksamhetsnära mått till övergripande systemnivå – måtten tappar då sin relevans. Ett sätt att angripa problemet är att viktiga verksamhetsnära mått från olika delar av verksamheten lyfts upp och genomlysas på systemnivå. Ett sådant förhållningssätt kräver fullständig öppenhet på SkaS avseende alla mått och att vi så långt möjligt strävar efter att visualisera viktiga mått för alla medarbetare.

### ***Mått på verksamhetsnivå***

Mål och mått bestäms av verksamheten utifrån SkaS övergripande mål och kritiska framgångsfaktorer. Det är viktigt att relatera måtten till verksamhetens vårdprocesser och att använda en kombination av process- och resultatmått i alla perspektiv, se processer ovan. Mål och mått på verksamhets- och enhetsnivå diskuteras återkommande i utvecklingsdialogerna.

## **Skapa förutsättningar för delaktighet**

En mycket viktig princip i arbetet med offensiv verksamhetsutveckling är att på olika sätt underlätta för alla medarbetare att vara delaktiga, aktivt kunna påverka och få delta i förbättringsarbetet. Genom kunskap om förbättring blir det mer meningsfullt att delta i utvecklingsarbetet, varför alla medarbetare ska ha möjlighet till kompetensutveckling inom förbättringskunskap. Detta innebär också att var och en har ett ansvar för att helheten ska fungera. Mål och mått inom den egna verksamheten ska visualiseras och diskuteras i utvecklingsdialoger 3 ggr/år. Alla medarbetare ska ha möjlighet att delta i dialogen och därigenom bli delaktiga i mål- och utvecklingsarbetet.

## **Helhetssyn**

På SkaS innebär detta att vi måste ha kunskap om våra vårdgrannars verksamheter och att vi strävar efter att hjälpas åt över professions- och klinikgränser för att skapa värde för patienterna.

Det är viktigt att vi strävar efter att förstå hur våra viktigaste processer är beroende av och påverkar varandra och hur de följer patienten över organisatoriska gränser. Först då kan vi – genom att skapa olika synergieffekter - skapa största möjliga värde för våra patienter. Genom att resonera om och försöka förstå bilder – strategikartor och processkartor - över den verksamhet vi bedriver, blir det ofta enklare att förstå de komplexa samband som finns och hur vi kan utveckla verksamheten i rätt riktning.

## **Ledningens engagemang**

På SkaS är alla chefer ansvariga för att leda verksamheten och dess utveckling. På SkaS innebär engagemang att kunna visa upp attraktiva mål, berömma goda arbetsinsatser och efterfråga resultat. Vidare att leda utvecklingsarbetet genom att vara aktiv förebild, visa öppenhet, delegera, stödja och stimulera förbättringsarbetet men också tillåta kritiskt tänkande.

## Del 4 – Patientsäkerhet

### ***Vad styr patientsäkerhetsarbetet?***

Det övergripande säkerhetsarbetet på SkaS styrs utifrån ny lagstiftning kring extraordinära händelser (EOH), den nationella säkerhetsstrategin, regionens säkerhetspolicy och strategi för säkerhetsarbetet, hälso- och sjukvårdslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter (Socialstyrelsen, 2005).

Det verksamhetsnära arbetet med patientsäkerhet styrs framför allt av Socialstyrelsen föreskrift ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2005:12” samt Hälso- och sjukvårdslagen (Socialdepartementet, 1982).

I SOSFS 2005:12 står det att:

”...kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården respektive tandvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras” samt ”Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”.

Vidare anges i 2 kap. 4 § i SOSFS föreskrift:

”För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall

1. syfta till att förebygga vårdskador,
2. utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna,
3. vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning,
4. utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
5. vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen.

Här beskrivs med andra ord principer och angreppssätt för det verksamhetsnära patientsäkerhetsarbetet på SkaS.

(Med *extraordinär händelse* avses en händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting.)

### **Övergripande syfte med säkerhetsarbetet på SkaS**

Patienter, studerande, besökande, förtroendevalda, och personal ska känna trygghet i SkaS verksamheter men även i våra lokaler. Människor, egendom och miljö ska på bästa sätt skyddas mot hot och faror som kan innebära olyckor, skador eller förluster.

## Definitioner

I SOSFS 2005:12 definieras följande termer/begrepp enligt nedanstående

- Vårdskada
  - lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd
- Negativ händelse
  - händelse som medfört vårdskada
- Tillbud
  - händelse som hade kunnat medföra vårdskada
- 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
- Risk
  - möjligheten att en negativ händelse ska inträffa
- Riskhantering
  - rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
- Patientsäkerhetsarbete
  - arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
- Patientsäkerhet
  - skydd mot vårdskada

## Säkerhetskultur

Säkerhetskultur är den del av vår kultur som handlar om våra attityder, övertygelser och normer för risk- och säkerhetsarbetet på SkaS. En bra säkerhetskultur innebär att vi har en god förmåga, både som individ och som organisation, att lära av inträffade, oönskade händelser för att förbättra våra system i syfte att minimera risker och negativa händelser.

För att lyckas med säkerhetsarbetet är det av största vikt att vi eftersträvar en icke-bestrafande kultur. Med icke-bestrafande kultur menar vi att målsättningen är att göra våra system felsäkra, inte att leta efter syndabocker. Detta innebär i sin tur att vi, utan att bestraffas, öppet kan lyfta fram brister och svagheter i våra processer i syfte att förbättra dem.

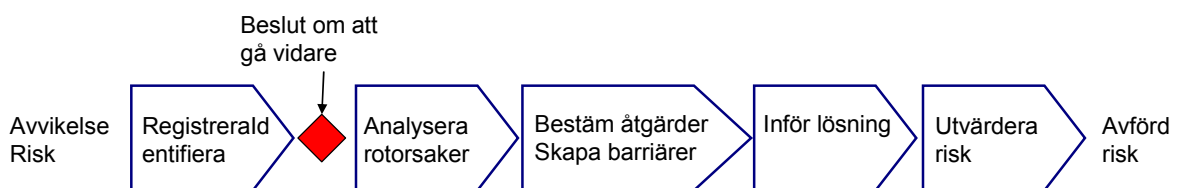
På SkaS eftersträvar vi en god säkerhetskultur som innebär att patientsäkerheten tas med som en avgörande faktor som alltid beaktas vid alla beslut i verksamheten. Så långt möjligt strävar vi efter att arbeta proaktivt, att eliminera risker innan våra patienter kommer till skada.

## Hur arbetar vi med patientsäkerhet?

### Patientsäkerhetsprocessen

Det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsprocessen åligger chefläkaren, som är processägare. Processledare utgörs av systemadministratörerna i avvikelshanteringssystemet. Ledningsgruppen på SkaS är styrgrupp för processen.

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan man oftast följa samma process oavsett om det är en avvikelse som ska utredas eller en risk som har identifierats och ska neutraliseras. Här beskrivs patientsäkerhetsprocessen och de viktigaste aktiviteterna i processen. För en utförlig beskrivning av risk- och händelseanalys hänvisas till Socialstyrelsens ”Handbok för patientsäkerhetsarbete, Händelseanalys & Riskanalys”, (Händelseanalys & Riskanalys, 2005).



### Registrera avvikelse

Genom att systematiskt registrera avvikelser och tillbud skapar vi ett bra underlag för ett riktat förbättringsarbete och vi kan därigenom förbättra patientsäkerheten i våra system. Alla medarbetare på SkaS kan och ska registrera avvikelser när de får kännedom om sådana. Syftet med avvikelserregistreringen är att förbättra systemen så att de blir så felsäkra som möjligt, inte att leta efter syndabockar.

En avvikelse definieras som en negativ händelse eller ett tillbud. Registreringen ska i normalfallet ske i avvikelshanteringssystemet. En avvikelse kan *i undantagsfall* registreras i nationellt kvalitetsregister om det är överenskommet/vedertaget att avvikelserna kan betraktas som en komplikation. Så långt möjligt ska vi dock sträva efter att samla alla typer av avvikelser på samma ställe, eftersom det underlättar analysen i utvecklingsarbetet

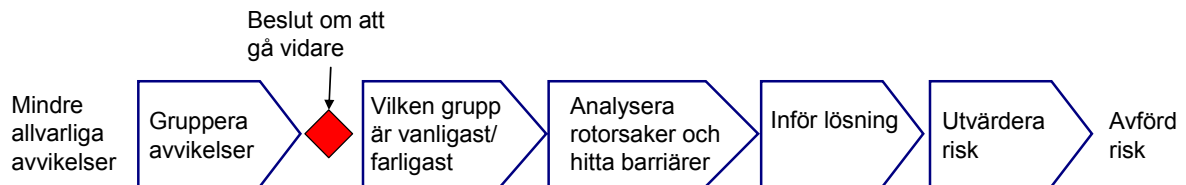
Varje enskild, allvarlig avvikelse måste utredas med händelseanalys. Med allvarliga avvikelser avses de avvikelser där utfallet för patienten var katastrofalt oavsett upprepningsrisk eller av stor allvarlighetsgrad om upprepningsrisken är mycket stor (mörkt orange i figur).

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Större (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för inträffande	Mycket stor (4)				
	Stor (3)				
	Liten (2)				
	Mycket liten (1)				

Beslutsmatris

Källa: VA National Center for Patient Safety, USA

Lika viktigt är det att inom varje verksamhet, i kritiska processer, inom område/SiL samt SkaS-övergripande regelbundet analysera grupper av mindre allvarliga avvikelser. Vilka mönster finns det? Vilken typ av avvikelser är vanligast? Ofta är det en olycklig samvariation av många, var för sig förhållandevis harmlösa avvikelser som leder till den allvarliga avvikelserna. Genom att titta på grupper av mindre allvarliga avvikelser lär vi oss hur systemen fungerar och vi kan på så sätt bygga in barriärer innan den allvarliga avvikelserna inträffar. Ett enkelt flödesschema för att analysera grupper av avvikelser följer nedan:



Genom att sortera och gruppera avvikelser samt därefter mäta vilken grupp som förekommer mest/är farligast, kan man få en klar bild över hur mönstret i verksamhetsprocessen ser ut. Därefter bör man gå vidare och försöka identifiera rotorsaker till den aktuella gruppen av avvikelser. Gruppanalys av avvikelser ska utföras minst två ggr/år på samtliga nivåer. I processerna ansvarar processägaren för att analysen blir utförd. På SkaS nivå är chefläkaren ansvarig för gruppanalyserna. Slutligen ansvarar områdeschef/sjukhuschef SiL resp. verksamhetschef för att analyser blir utförda regelbundet inom respektive ansvarsområden.

### **Identifiera risk**

I patientsäkerhetssammanhang avses med risk möjligheten att en negativ händelse ska inträffa. Riskanalys utförs för att identifiera risker i verksamheten. Syftet med en riskanalys är alltså att finna orsaker till risker och att eliminera, reducera eller hålla dessa under kontroll eller, om det inte är möjligt, minska konsekvenserna av en negativ händelse. Riskanalyser ska alltid övervägas när

- frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga tillbud inom en specifik arbetsprocess skett, exempelvis remisshantering
- medarbetarnas upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis vid informationsöverföring mellan olika huvudmän
- ny teknik ska implementeras i verksamheten eller organisationen, exempelvis vid införande av elektronisk dokumentationen ny medicinsk metod/medicinskteknisk produkt ska introduceras, organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter
- tillbud eller negativa händelser som inträffat hos annan vårdgivare och som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten har identifierats
- vid etablering av ny organisationsstruktur, ny process eller liknande.

En sk mini-HTA kan övervägas om en ny metod/teknik/behandlingsmetod till en kostnad > 1 miljon SEK är aktuellt i en process och där evidensförhållandena inte är klarlagda. Analysen ska i sådana fall ske i samråd med chefläkaren.

## ***Lex Maria***

Anmälan enligt Lex Maria regleras i SOSFS 2002:4. Där anges att anmälan ska ske när en patient drabbats av allvarlig skada eller sjukdom som följd av vårdens insatser. Skadan eller sjukdomen ska inte ha kunnat förutses eller ha utgjort en normal risk. Dessutom ska anmälan ske om en patient i samband med eller nära anslutning till undersökning, vård eller behandling begått självmord eller försök till självmord.

Ansvarig verksamhetschef presenterar potentiella Lex Maria-händelser för chefläkare som beslutar om och genomför eventuell anmälan till Socialstyrelsen

## ***Anmälningar till ansvarsnämnden***

Anmälan till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd, HSAN, görs av patient eller anhörig. Sjukhuset blir oftast kontaktat i form av begäran om journalkopia. Begäran om journalkopia skickas till verksamhetschef för handläggning, detta för att tydliggöra att en HSAN-anmälan gjorts mot medarbetare inom verksamhetsområdet. Någon möjlighet för sjukhuset att ha en systematisk överblick över gjorda anmälningar till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd finns inte.

## ***Analysera rotorsaker***

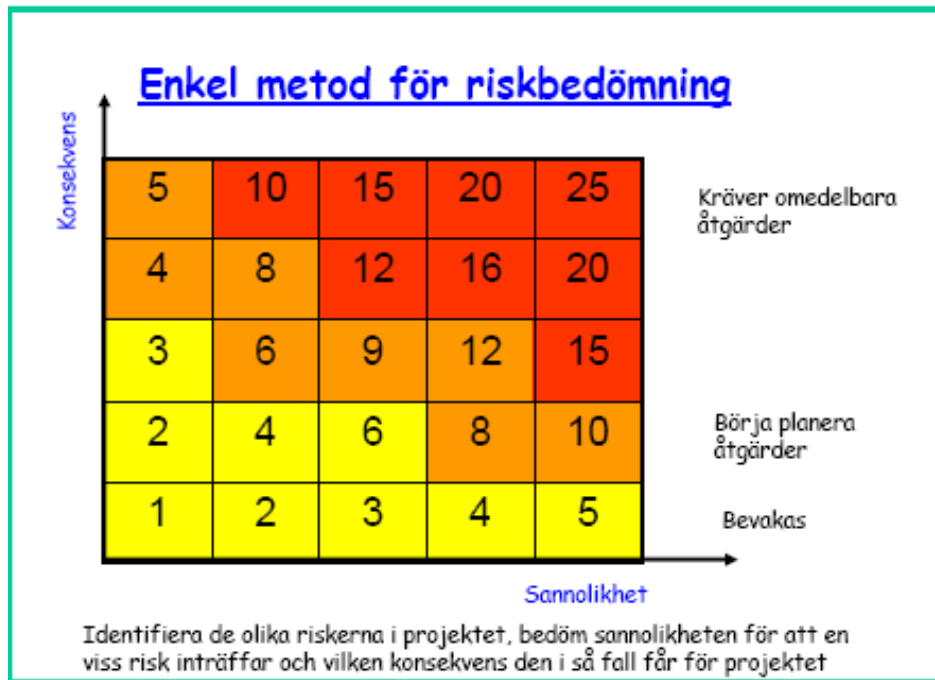
För en utförlig beskrivning av såväl risk som och händelseanalys hänvisas till Socialstyrelsens ”Handbok för patientsäkerhetsarbete, Händelseanalys & Riskanalys”, se Referenser. En händelseanalys bör påbörjas i så snar anslutning till händelsen som möjligt. Ju längre tid som förflyter mellan händelsen och analysen desto svårare kan det bli att samla fakta kring vad som egentligen hänt. Det är mänskligt att glömma detaljer och händelsebeskrivningen kan omedvetet förvrängas genom att andra aktiviteter och händelser som ägt rum påverkat minnet. En rekommendation är att påbörja händelseanalysen inom sju dagar efter att händelsen inträffat.

En något enklare modell för riskanalys är Miniriskmetoden, se nedan, som kan vara ett alternativ vid enklare riskbedömningar.

## ***Minirisk***

Vilka risker för patienten finns det när vi gör det här i processen? Skriv på gul lapp. Gradera därefter varje risk enligt nedanstående:

- Hur allvarliga blir konsekvenserna för patienten om det här inträffar? 1-5 poäng där 1 är inga följder alls och 5 är allvarlig skada eller motsvarande.
- Hur stor är sannolikheten för att just detta ska inträffa? 1-5 poäng där 1 är liten eller ingen sannolikhet och 5 är mycket stor sannolikhet. Multiplicera dessa 2 tal för varje risk, varvid ett risktal fås (1-25 poäng). Prioritera och övervaka riskerna enligt schema:



Genom att hitta orsaker till avvikelser eller risker blir det mycket enklare att sedan konstruera barriärer eller skydd för att förhindra upprepning. Det är viktigt att använda både risk- och händelseanalys i en verksamhet, eftersom metoderna belyser systemen på olika sätt. Genom att arbeta med avvikelser undersöker man processen underifrån medan riskanalys innebär att analysera processen utifrån ett helikopterperspektiv. Båda angreppssätten behövs och kompletterar varandra i arbetet med att göra processen så felsäker som möjligt.

### **Bestäm åtgärder/Skapa barriärer**

Varje händelse- och riskanalys ska utmynna i ett förslag på lösningar för att åtgärda riskerna/avvikelserna. Verksamhetschef bestämmer vilka åtgärder som ska införas i verksamheten. Alla genomförda händelseanalyser och riskanalyser ska skickas till chefläkaren för kännedom. I övriga fall avgör verksamhetsansvarig om information om en särskilt händelse ska spridas till övriga delar av SkaS. Verksamhetschef ansvarar i sådana fall också för att spridning sker. Enkla principer för att bygga barriärer är s.k poka yoke (japanskt begrepp), som innebär att det i varje processteg ska vara enklare att göra rätt än att göra fel. Om man gör fel ska man ha möjlighet att själv upptäcka och åtgärda felet.

### **Inför lösning**

Även om en känd orsak till avvikelser eller risken finns och en lösning är konstruerad, visar all erfarenhet att införandet av lösningen bör ske med hjälp av PDSA-cykeln, se avsnitt "Förbättra ständigt". Genom att sätta mål, testa lösningen i små steg samt kontinuerligt utvärdera efter varje steg och komma överens om en tidpunkt när projektet ska vara klart ökar man chanserna för att lösningen faktiskt blir införd i verksamheten. Nästa utmaning är att säkra systemet, att få lösningen att bli långsiktigt hållbar. Detta kan åstadkommas genom att förankra lösningen i existerande standarder, PM, processbeskrivningar eller rutiner i verksamheten samt att med återkommande stickprov försäkra sig om att risken eller avvikelserna inte dyker upp på nytt.

### ***Utvärdera risk – avförd risk***

När ett skydd mot en avvikelse eller risk infört är det nödvändigt att förnya riskanalysen för att säkerställa att risken verkligen är avförd. Dessutom kan införandet av skydd/barriärer innebära att andra, okända risker uppstår i processen. Verksamhetschefen ansvarar för att detta steg blir utfört.

### ***Informationsspridning***

En patientsäkerhetssida finns på SkaS intranät. Här kommuniceras fortlöpande angelägen säkerhetsinformation. En ärendelogg finns över genomförda händelse- och riskanalyser. Chef-läkaren ansvarar för uppdatering av ärendelogg och intranät. Prenumeration på nyheter från patientsäkerhetssidan är obligatorisk för sjukhusdirektör, områdeschefer, sjukhuschef SiL, verksamhetschefer, ekonomichef, stabschef, personalchef och utvecklingschef samt chefs-sjuksköterska.

### **Vårt förhållningssätt till inblandade**

En allvarlig avvikelse innebär ofta ett stort trauma för alla involverade parter. Ny forskning inom området kan vägleda oss i hur vi kan hantera den uppkomna situationen.

### ***Patienter/närstående som råkat ut för en negativ händelse***

All erfarenhet talar för att vi öppet och ärligt ska redovisa allt som har hänt och försöka förklara händelseförloppet. Patienten behöver den informationen för att förstå och bearbeta händelsen. Dessutom är det viktigt att vi på alla sätt försöker återskapa patientens förtroende för oss, ofta har patienten ett stort behov av samtal och stöd efter det att en negativ händelse inträffat. Vi måste också, som verksamhet, uppriktigt be patienten om ursäkt för det inträffade, vilket hjälper patienten att komma vidare i sin bearbetningsprocess. Patienten ska även få utförlig information om de åtgärder som vidtas för att undvika upprepning av händelsen.

### ***Medarbetare som varit involverade i en negativ händelse***

Det är viktigt att snabbt ta hand om de medarbetare som varit involverade i händelsen. Trots att merparten av alla avvikelser beror på brister i systemen eller på att systemen inte är tillräckligt felsäkra, finns det fortfarande en straffande kultur inom sjukvårdssystemet och många medarbetare får starka skuld känslor pga det inträffade. Det är viktigt att tidigt ge stöd för att hjälpa medarbetaren bearbeta det inträffade. Verksamhetschefen är ansvarig för att sådant stöd ges.

Inom varje område/sjukhuset SiL bör en grupp utvalda medarbetare få särskilt ansvar och utbildas för att, vid behov, snabbt kunna ge extra stöd till medarbetare som varit involverade i en negativ händelse.

### ***Att mäta och följa upp säkerhetsarbetet***

Genom att följa upp mätetal avseende patientsäkerhetsarbetet på såväl SkaS- som verksamhetsnivå försäkras vi oss om att arbetet går i rätt riktning och att planerade aktiviteter får avsett resultat.

## **På övergripande systemnivå**

Regionen ställer krav på att vi följer utvalda mått som belyser hur vi övergripande lyckas i vårt patientsäkerhetsarbete. Från och med 2008 ska vi på förvaltningsnivå ta fram följande mått:

- Antal rapporterade avvikelser/medarbetare
- Registrerade avvikelser/utförarförvaltning
- Tid till färdig orsaksanalys vid allvarlig avvikelse
- Andel allvarliga avvikelser där händelseanalys utförs
- Utförda händelseanalyser fördelade män, kvinnor/ per utförarförvaltning
- Registrerade rapporter om läkemedelsbiverkan vid regionalt biverkningscentrum fördelade män, kvinnor/per utförarförvaltning

Dessutom vill vi, utifrån ett SkaS-perspektiv, följa totalmortalitet på SkaS samt beloppen på de fall där LÖF ersatt vårdskador. Se även ”SkaS strategikarta samt ”Verksamhetsuppföljning” för tabell över systemmått och ansvarsfördelning.

## **På verksamhetsnivå**

De områden som är nationellt prioriterade avseende patientsäkerhet till och med 2009 är följande:

- Minska förekomst av postoperativa sårinfektioner
- Minska antalet vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Reducera venkateterinfektioner vid såväl perifera som centrala venkatetrar
- Läkemedelsavstämning för att minska överföringsfel vid patientövergångar i vårdkedjan
- Minska fallskador
- Minska uppkomsten av trycksår

Den nationella målsättningen är att frekvensen av vårdrelaterade infektioner ska halveras från dagens riksgenomsnitt på 10 procent till högst 5 procent före utgången av 2009 ( gäller antibiotikabehandlade infektioner). Uppföljning kommer att göras två gånger per år 2008 och 2009. En andra målsättning är att alla landsting/regioner har ett system för att kunna följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner före utgången av 2009.

På SkaS kommer dessa områden att särskilt följas upp i utvecklingsdialogerna under 2008 - 2009.

## Del 5 – Ansvar och organisation

### Organisation och ansvarsfördelning

#### Styrelsen

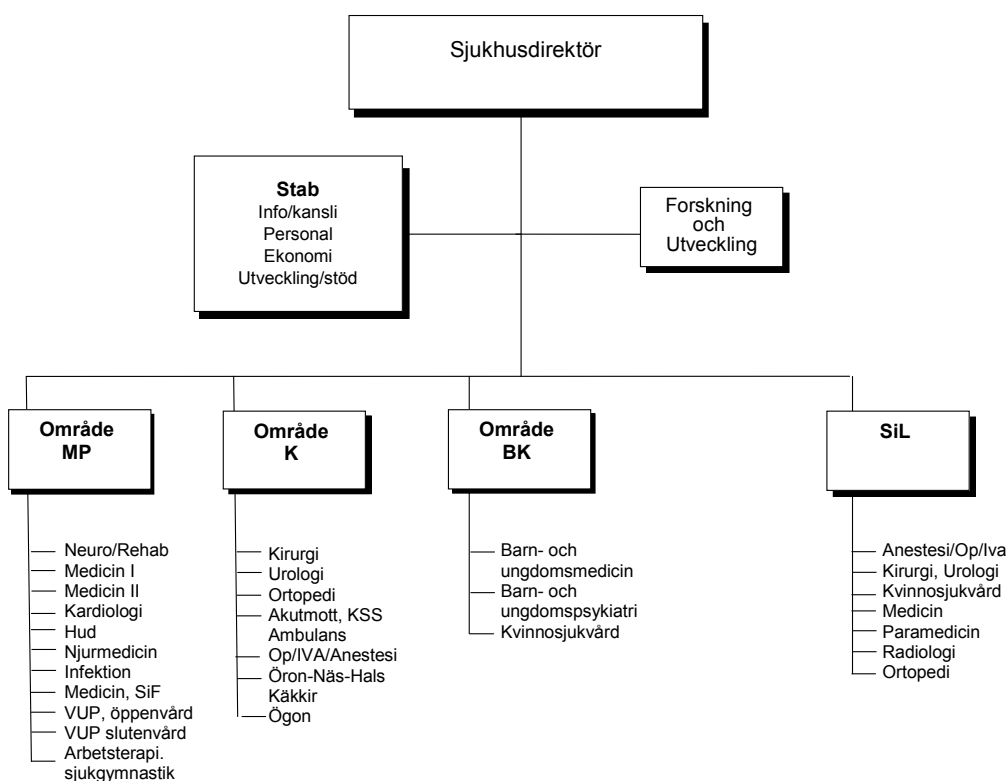
Sjukhusstyrelsens ansvar och huvudsakliga uppgifter framgår av reglemente fastställt av regionfullmäktige, se bilaga ”Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus”. Vidare anges i kommunallagen 6 kap 7 § att styrelsen inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat och de föreskrifter som gäller för verksamheten. Ansvaret innefattar att utforma en lokal organisation anpassad till respektive styrelses/nämnds förutsättningar samt att besluta om lokala regler och anvisningar.

#### Ledningsorganisation

SkaS består av de fyra sjukhusen Kärn sjukhuset i Skövde, Sjukhuset i Lidköping, Sjukhuset i Falköping och Sjukhuset i Mariestad. Antalet anställda vid SkaS är cirka 4 700 och budgetomslutningen uppgår till cirka 3,0 miljarder kronor.

SkaS är indelat i tre områden samt SiL. Områdena/SiL är indelade i verksamhetschefsområden. Ledningsorganisationen framgår av organisationskiss.

### Organisationsschema SkaS



Sjukhusdirektören är underställd regiondirektören i Västra Götalandsregionen och är ytterst ansvarig för att sjukhusstyrelsens och Västra Götalandsregionens politiska lednings intentioner och beslut förankras och verkställs inom SkaS. Genom verkställighet och delegationer har sjukhusdirektören mandat att leda SkaS verksamhet.

Områdescheferna/Sjukhuschefen vid SiL är under sjukhusdirektören ansvariga för den samlade verksamheten inom respektive område/SiL.

Inom områdena är verksamhetscheferna underställda områdeschef. På SiL är verksamhetscheferna underställda sjukhuschefen. Verksamhetschefens ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen.

Chefer inom SkaS är en viktig del av organisationen och är såväl förebilder som kulturbärare. I chefskapet ingår att vara arbetsgivarens och verksamhetens företrädare samt att leda medarbetare mot SkaS vision, God vård i utveckling. Självkänedom, förmåga att leda grupprocesser, vara kommunikativ och tydlig är egenskaper som återfinns bland de kriterier som ska känneteckna dem som ska inneha uppdragen som chef och ledare inom SkaS.

Chefskap är en funktion med tydligt uppdrag, ansvar och befogenheter. Varje chef ska lojalt verkställa politikerns och överordnade chefers fattade beslut samt följa direktiv och anvisningar.

Chefens främsta uppdrag är att producera den verksamhet som överenskommit inom ramen för uppsatta mål och tilldelade resurser. Detta kräver att samtliga medarbetares kompetens tas tillvara, nyttjas och utvecklas. Medarbetarna ska ges förutsättningar att arbeta mål- och resultatriktat. Varje chef ska främja forskning och utveckling inom sitt verksamhetsområde.

Staben har i uppgift att ge stöd till SkaS ledning, styrelse och verksamhet. Ansvarsområdet omfattar bland annat:

- strategisk planering och utveckling,
- strategisk information och kommunikation
- styrdokument såsom till exempel lokala policyer och anvisningar
- uppföljning, utvärdering och analys
- utredningar, omvärldsbevakning och metodutveckling
- information och samråd enligt samverkansavtalet på förvaltningsnivå.
- samverkan inom VGR
- verksamhetsstöd

Chefläkaransvaret är organiserat i en chefläkarfunktion där chefläkare, chefsjuksköterska, utvecklingschef, sjukhusfysiker och apotekare ingår. Chefläkarfunktionen är underställd sjukhusdirektören.

På sjukhusen i Falköping och Mariestad samordnas vissa sjukhusgemensamma uppgifter av sjukhusansvariga. I samordningsansvaret ingår bland annat informationsansvar inom sjukhusenheten samt mot primärvård och kommuner. Rollen som sjukhusansvarig inbegriper ej linjeansvar.

Forskning bedrivs på SkaS. Samordningsansvarig är underställd sjukhusdirektören. På FoU-centrum tjänstgör adjungerade professorer och forskningsledare vilka bland annat handleder forskarstuderande på sjukhuset.

## **Ansvarfördelning avseende ledningssystemet**

Förvaltningschefen säkerställer att det, inom ramen för regionens ledningssystem, finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen som är ändamålsenligt med mål, uppföljning, organisation inklusive ansvarsfördelning, rutiner, metoder och vårdprocesser som är verksamhetsöverskridande samt att det i förvaltningen finns ett erforderligt IT-system för arbetet med ledningssystemet.

Utvecklingschefen samt chefläkarna ansvarar, med stöd från den centrala staben, för att ledningssystemet årligen utvecklas och uppdateras.

Verksamhetschef säkerställer att förvaltningens ledningssystem följs. Att mätbara kvalitetsmål, fastställs, uppnås och följs upp. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns organisation inklusive ansvarsfördelning, rutiner och metoder för hur det fortlöpande och systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas samt att de vårdprocesser som är verksamhetsöverskridande är ändamålsenliga och överenskomna med andra deltagande verksamhetsområden.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska inom ramen för verksamhetsområdets ledningssystem fortlöpande medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder. Medarbetarna ska vidare delta i risk- och avvikelshantering, händelseanalyser och förebyggande arbete samt i uppföljning av mål och resultat.

## **Delegationsordning**

Styrelsen för SkaS beslutar och fastställer delegationen för styrelsens ordförande respektive sjukhusdirektören. Med detta som grund upprättas en delegationsordning där ansvar och befogenheter i olika typer av beslut tydliggörs. Beslutsfattare benämns delegat och företräder arbetsgivaren genom det ansvar och de beslutsbefogenheter som fastställts i delegationsordningen.

Beslut som fattas i enlighet med delegationsordningen är kommunallagsbeslut alternativt verkställighetsbeslut. Kommunallagsbeslut kan enligt kommunallagens kap 10 överklagas och laglighetsprövas. Denna möjlighet är att betrakta som en form av medborgartalan och ändamålet är att se till att den kommunala självstyrelsen utövas på ett lagenligt sätt. Ett exempel på kommunallagsbeslut är anställning av personal. Besluten ska vara skriftliga och anmälas till styrelsen respektive förvaltningschef i enlighet med kommunallagens kap 6, § 33 och 37.

Verkställighetsbeslut är de beslut som fattas i löpande drift. Ett exempel är lönesättning. Vad som är att betrakta som kommunallagsbeslut respektive verkställighet framgår av delegationsordning. Sjukhusdirektören har vidaredelegerat beslutsrätten enligt upprättad delegationsordning.

## **Samverkansorganisation**

Samverkansorganisationen följer linjeorganisationen. Samverkan sker i förvaltningsråd, områdesråd/sjukhusråd på SiL och verksamhetsråd. Samrådet sker mellan representanter från arbetsgivarsidan respektive de fackliga organisationerna. Samverkan omfattar även individuella utvecklings- och lönesamtal och arbetsplatsträffar.

Förvaltningsrådet är samverkansgrupp för SkaS-övergripande frågor. Rådet ska vara policyskapande för verksamhets- och personalpolitiska frågor. I förvaltningsrådet sker dessutom MBL-förhandlingar inför bland annat sjukhusstyrelsens sammanträden. Förvaltningsrådet är tillika skyddskommitté. Arbetet i förvaltningsrådet sker med utgångspunkt från sjukhusets övergripande styrkort. I förvaltningsrådet bereds frågor inom nedanstående områden:

- verksamhetsplaner, mål, budget och uppföljning
- personalförsörjning, kompetensutveckling, jämställdhet, mångfald, diskriminering och företagshälsovård
- skyddskommitté (arbetsmiljö, systematiskt arbetsmiljöarbete, miljö, frånvaro, rehabilitering, företagshälsovård)
- organisation, förändringsarbete, struktur, effektivisering och ledarskap
- samråd inför sjukhusstyrelsens möten
- verksamhetsråd för central stab.

## **Samråds- och beslutsberedningen**

Samråds- och beslutsberedningen syftar till att samordna och kvalitetssäkra beredningsarbetet för SkaS-övergripande ärenden. Inom ramen för samråds- och beslutsberedningen finns en rad samråds- och beslutsmöten. Nedan beskrivs mötesstrukturen:

### ***Ledningsgrupp stab***

På ledningsgrupp stab görs avstämningar av aktuella ärenden och planering för fortsatt behandling av ärenden i ledningsgruppen SkaS, sjukhusstyrelsens presidium, förvaltningsråd och styrelse. Ledningsgrupp stab har även i uppgift att koordinera och kommunicera ledningen av SkaS och fungerar även som redaktion för rapportering till styrelsen och regionen.

### ***Ledningsgrupp SkaS***

På ledningsgrupp SkaS sammanträden görs avstämningar av strategiskt viktiga ärenden inför beslut av sjukhusdirektör och styrelse. På mötena initieras även gemensamma uppdrag av strategisk karaktär. Ledningsgrupp SkaS sammanträder varannan vecka. Vid mötena förs minnesanteckningar.

### ***Ordförande- och presidieberedning***

Ordförande- och presidieberedning sker inför styrelsesammanträden. Sjukhusdirektören är föredragande.

### ***Förvaltningsråd***

Förvaltningsrådet är övergripande samrådsorgan för facklig samverkan. Rådet fungerar även som skyddskommitté. Samråd sker inför beslut av sjukhusdirektör och sjukhusstyrelse. Vid förvaltningsrådets sammanträden förs protokoll.

### ***Sjukhusstyrelse för SkaS***

Sjukhusstyrelsen är ickepolitisk. Den sammanträder cirka sex gånger per år. På sammanträdena får styrelsen övergripande information om verksamhetens utveckling samt fattar beslut i olika frågor.

Både interna och externa ärenden av sjukhusövergripande karaktär som bedöms som strategiskt betydelsefulla ska beredas inom ramen för ovan beskriven beredningsstruktur. Med interna ärenden avses ärenden som har initierats inom SkaS medan externa ärenden har initierats av antingen regionen centralt eller andra utomstående myndigheter eller organisationer.

Vissa ärenden återkommer varje år i beredningsstrukturen. Som exempel kan nämnas överenskommelsearbete, verksamhetsplanering samt lokal- och utrustningsplanering. Dessa ärenden bör i möjligaste mån ges en årlig tidsplanering för när de ska behandlas inom ramen för samråds- och beslutsberedningen.

Innan ett ärende kan behandlas inom ramen för sjukhusets övergripande samråds- och beslutsberedning ska ärendet ha belysts utifrån de fyra perspektiven patient, process, medarbete/lärande och ekonomi.

Ansvaret för att ett ärende bereds enligt ovan beskriven procedur ligger på respektive handläggare. Kansliet kan vid behov användas för konsultativt stöd avseende beredningen av ärenden.

Det är varje enskild handläggares ansvar att nominera de ärenden som bedöms vara av sådan vikt att de ska beredas i den övergripande beredningsstrukturen. Det är dock slutligen kansliet som i dialog med sjukhusledningen avgör vilka ärenden som ska behandlas på respektive möte. Kansliet ansvarar för utskick av kallelser till mötena. Som regel ska det finnas ett underlag framarbetat för alla ärenden som ska behandlas i samråds- och beslutsberedningen.

### **Övriga samverkans- och beredningsmöten**

SkaS samverkar med primärvård och kommuner i närområdet inom ramen för beställar- och utförarmodellen. Detta sker genom bland annat möten med hälso- och sjukvårdskansliet och primärvårdsledning. En särskild styrgrupp har också bildats där sjukhusledning och primärvårdsledning samt representanter från Kommunförbundet löpande följer upp vårdssamverkan i Skaraborg. Under styrgruppen verkar ett antal arbetsgrupper inom olika sakområden.

Samverkan sker också inom ramen för politiska samverkansgrupper med representanter från SkaS, primärvård och kommuner. Dessa samverkansgrupper omfattar sjukhusorterna med kringliggande kommuner. Inom varje sådant område har särskilda ledningsråd bildats med representanter från sjukhusledning, primärvårdsledning och kommunledningar.

I vissa delar av regionens beredningsstruktur deltar SkaS med representanter inom olika områden.

Ledningsberedningen inom regionens hälso- och sjukvård sker i sjukvårdsgrupp och utförargrupp. Vid dessa beredningar deltar sjukhusdirektören. Därutöver sker beredningar inom ett antal sakområden såsom till exempel ekonomi, personal, IT, information och kommunikation, utbildning och miljö. Inom det medicinska området sker beredning i så kallade medicinska sektorsråd inom olika specialiteter samt inom läkemedelsområdet. Vidare sker beredningar inom ramen för regionens systemförvaltningsorganisation. Förutom dessa fasta beredningar bildas särskilda beredningsgrupper utifrån aktuella frågeställningar.

Representanter för SkaS ingår även i en rad andra externa konstellationer och det är upp till varje enskild representant att göra en bedömning om det finns behov av att initiera ett ärende som en följd av ett möte.

*Frågor av SkaS-övergripande karaktär ska dock som regel även behandlas inom ramen för samråds- och beslutsberedningen.*

## Referenser

- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.
- Cederquist, J., & Hjortendal Hellman, E. (2005). *Iakttagelser om Landsting*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Cronemyr, P. (2007). *Six Sigma Management*. Göteborg: Chalmers University of Technology.
- Dahlgaard, J. J., & Dahlgaard-Park, S. M. (2006). Lean production, six sigma quality, TQM and company culture. *The TQM Magazine*, 18, 263-281.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Deming, W. E. (1994). *The New Economics* (Second Edition). Massachusetts: The MIT press.
- Elg, M., Gauthereau, V., & Witell, L. (2007). *Att lyckas med förbättringsarbete*. Pozkal, Poland: Studentlitteratur.
- Gitlow, H. S., Levine, D. M., & Propovich, D. M. (2006). *Design for Six Sigma for Green Belts and Champions*. New Jersey: Prentice Hall.
- Harry, M., & Schroeder, R. (2000). *Six Sigma - The Breakthrough Management Strategy*. New York: Currency Books.
- Hoyle, D., & Thompson, J. (2002). *QMS Conversion: A Process Approach*. Amsterdam: Butterworth Heineman.
- IHI (2005). *Going Lean in Healthcare - Innovation Series*. Boston: IHI.
- IHI (2003). *The Collaborative Breakthrough Series*. Boston: IHI.
- Jones, D., & Mitchell, A. (2006). *Lean thinking for the NHS*. London: NHS Confederation.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1999). *Från strategi till handling - The Balanced Scorecard*. Oskarshamn: ISL Förlag AB.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy Maps*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *The Strategy-Focused Organization*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Lifvergren, S. (2008). Hur mäts sjukvårdens effektivitet? i G. Westlander, *Organization Theory and Change Processes*. Linköping: Linköpings Universitet.
- Liker, J. K., & Meier, D. (2006). *The Toyota Way Fieldbook*. New York: McGraw Hill.
- Liker, J. M. (2004). *The Toyota Way*. New York: McGraw-Hill.

- Lloyd, R. (2004). *Quality Health Care - A Guide to developing and Using Indicators*. London: Jones and Bartlett.
- Magnusson, K., Krosslid, D., & Bergman, B. (2003). *Six Sigma The Pragmatic Approach* (Second edition). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, J. A., Övretveit, J., & Kammerlind, P. (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Quality Management in Healthcare*, 12 No 4, 240-249.
- Rentzhog, O. (1998). *Processorientering*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet. (1982). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- Socialstyrelsen. (2005). *Händelseanalys & Riskanalys*. Stockholm: Alpha Print AB.
- Socialstyrelsen. (2005). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Kungälv: Grafikerna Livréna i Kungälv AB.
- Trusko, B. E., Pexton, C., Harrington, J. H., & Gupta, P. (2007). *Improving Healthcare Quality and Cost with Six Sigma*. Ney Jersey: FT Press.
- van Laarhoven, H. (2007). *The Orbis way of delivering health care*. Orbis, Holland.
- Vang, J. (2007). *Hälsofrämjande sjukhus - Varför, hur och vad menas egentligen?* Linköping: Linköpings universitet.
- Yang, K. (2005). *Design for Six Sigma for Service*. New York: McGraw Hill.

## Bilagor


- Bilaga 1 SkaS styrkort och kritiska framgångsfaktorer 2008 inklusive dialogmall
- Bilaga 2 SkaS kvalitets- och patientsäkerhetsplan för 2008
- Bilaga 3 Utvecklingsplan för process på SkaS
- Bilaga 4: Ersättningsrelaterade mål i beställningen för 2008

## Utvecklingsdialog SkaS

### Syfte med utvecklingsdialog

- Utvecklingsdialogen ska vara framåtsyftande och fungera som ett hjälpmedel för att säkerställa att vi når uppsatta mål men även för att skapa arenor för delaktighet, lärande och utveckling
  - Hur angrips målet/problemet?
  - Hur tillämpas detta angreppssätt inom verksamheten?
  - Vilka resultat leder arbetet till (ur både perspektiv och SkaS huvudprocesser)?
  - Hur utvärderas resultatet och hur förbättras angreppssättet?
- Vid varje dialog ska dels en självskattning ske, där utgångspunkten ska vara SkaS kritiska framgångsfaktorer men även en sammanfattning av de resultat man nått.
- Till utvecklingsdialogen läggs även uppföljningen som följer av beslut och åtgärder t ex
  - Åtgärdsplaner för budgetbalans
  - Målrelaterad ersättning
  - Medicinska resultat/indikatorer
  - Analys ur alla perspektiv vad gäller vårdgaranti och läkemedel.

### Tillvägagångssätt

Gör en självskattning av hur området/SiL uppfyller *SkaS styrkort* för varje KFF och fyll i symbolerna i kartan över kff:er 

Planerade åtgärder behöver bara beskrivas vid avvikelser, se sidan 3-4.

Ange också nuvarande resultatnivå samt vilken nivå som eftersträvas i de kff:er där detta är möjligt.

Återföringen sker vid avstämningsmötet – materialet *behöver inte* skickas in utan gås igenom under mötet.

### Rapporteringsmodell



Grön = Målet kommer att nås utan extra åtgärder

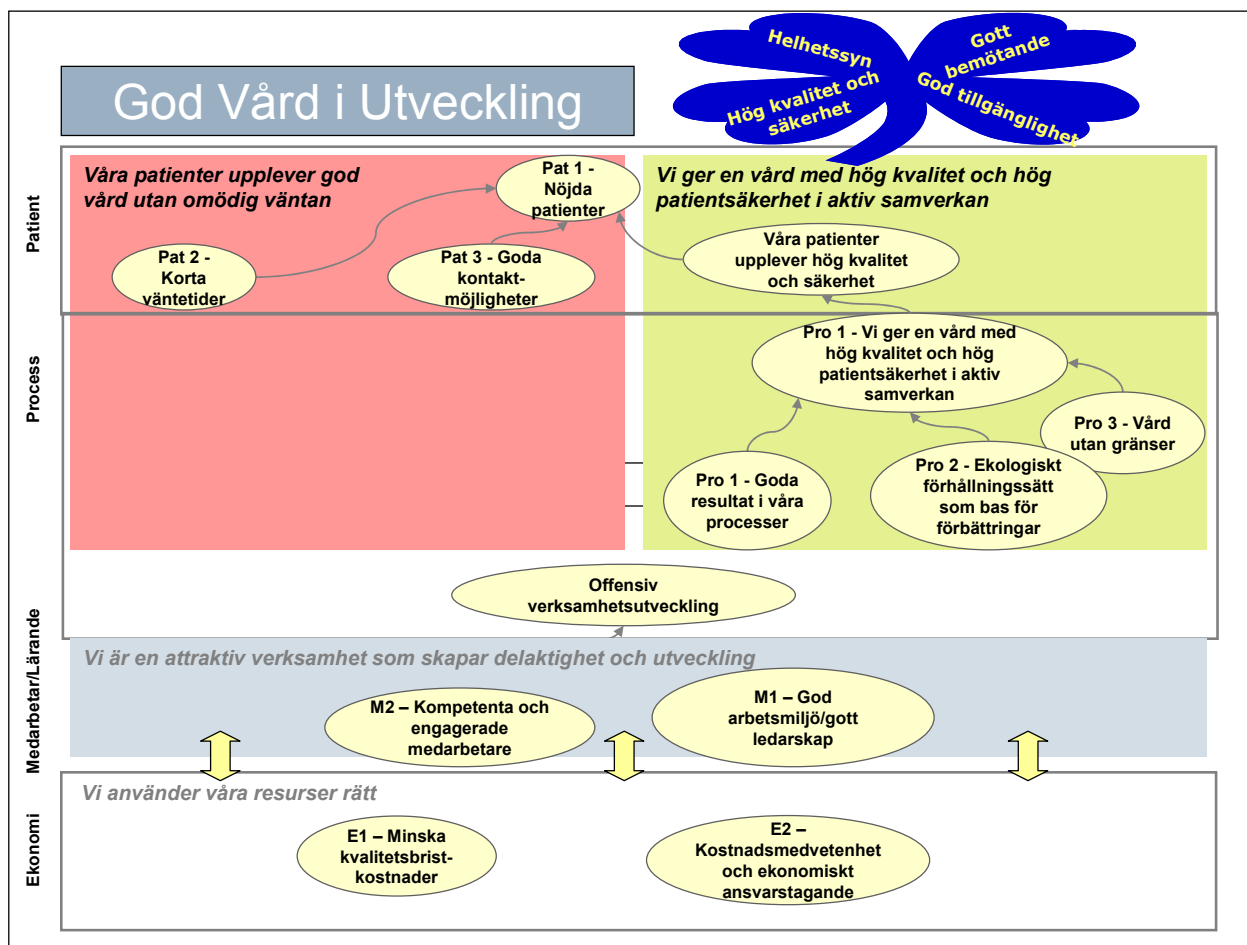


Yellow = Målet går att nå, men det krävs extra åtgärder





Röd = Målet kommer inte att nås trots extra åtgärder


Markera gula och röda kff:er i kartan samt beskriv vilka handlingsplaner som upprättats för att åtgärda riskerna.







## Kritiska framgångsfaktorer, mått och mål, SkaS 2008

Kritisk framgångsfaktor	Mått 2008	Mål 2008
<b>Patient 1 (Pat1): Nöjda patienter</b>	Andel verksamheter som arbetar för att ständigt öka patienttillfredsställelsen i varje verksamhetsprocess Andel verksamheter som arbetar med hälsofrämjande aktiviteter	100% 50%
<b>Patient 2 (Pat2): Korta väntetider</b>	Andel patienter som omhändertas enligt vård- och behandlingsgarantin	100%
<b>Patient 3 (Pat3): Goda kontakt-möjligheter</b>	Andel verksamheter som arbetar med att förbättra kontakt-möjligheter i varje verksamhetsprocess	100%
<b>Process 1 (Pro1): Goda resultat i våra processer</b>	Andel nationella kvalitetsregister och relevanta cancerregister där vi ligger över medel Andel verksamheter som förbättrar vårdprocesserna utifrån resultatmått och tar hänsyn till genus i alla mätningar Andel verksamheter som systematiskt arbetar med patientsäkerhet	100% 100% 100%
<b>Process 2 (Pro2): Ekologi/Miljö</b>	Andel verksamheter som arbetar med förbättringar i enlighet med anvisningen för miljöarbete	100%
<b>Process 3 (Pro3): Vård utan gränser</b>	Andel verksamheter som arbetar i aktiv samverkan runt övergripande processer och/eller vårdkedjor och där arbetet resulterar i dokumenterad resultatförbättring	100%
<b>Medarbetare 1 (M1): God arbetsmiljö/ gott ledarskap</b>	Andel verksamheter som arbetar med AVI/JÄMIX-verktyget och PSO (motsvarande) för att förbättra arbetsmiljön, jämställdhet och ledarskap	100%
<b>Medarbetare 2 (M2): Kompetenta och engagerade medarbetare</b>	Andel verksamheter som har <i>individuella</i> utvecklingsplaner Andel verksamheter som kan redovisa personal- och kompetensplaner som lever upp till SkaS strategi och verksamhetens uppdrag	100% 100%
<b>Ekonomi 1 (E1): Minska kvalitetsbristkostnader</b>	Andelen verksamheter som gör ekonomiska kalkyler i större förbättringsprojekt och följer upp hemtagningseffekten	100%
<b>Ekonomi 2 (E2): Kostnadsmedvetenhet och ekonomiskt ansvarstagande</b>	Andel verksamheter som målsätter, följer upp och hanterar kostnadsutvecklingen totalt och i sina viktigaste processer	100%

<b>KFF Patient</b>	<b>Mått och mål SkaS</b>	<b>Handlinsplan vid</b>  	<b>Nuvarande resultat samt vilka resultat som eftersträvas</b>
<b>Patient 1 (Pat1): Nöjda patienter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Andel verksamheter som arbetar för att ständigt öka patienttillfredsställelsen i varje verksamhetsprocess (100%)</li> <li>▪Andel verksamheter som arbetar med hälsofrämjande aktiviteter (50%)</li> </ul>		
<b>Patient 2 (Pat2): Korta väntetider</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel patienter som omhändertas enligt vårdgarantin (100%)</li> </ul>		
<b>Patient 3 (Pat3): Goda kontaktmöjligheter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som arbetar med att förbättra kontaktmöjligheter i varje verksamhetsprocess (100%)</li> </ul>		

<b>KFF Process</b>	<b>Mått och mål SkaS</b>	<b>Handlinsplan vid</b>  	<b>Nuvarande resultat samt vilka resultat som eftersträvas</b>
<b>Process 1 (Pro1): Goda resultat i våra processer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel nationella kvalitetsregister och relevanta cancerregister där vi ligger över medel (100%)</li> <li>•Andel verksamheter som förbättrar vårdprocesserna utifrån resultatmått och tar hänsyn till genus i alla mätningar (100%)</li> <li>•Andel verksamheter som systematiskt arbetar med patientsäkerhet (100%)</li> </ul>		
<b>Process 2 (Pro2): Ekologi/Miljö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som arbetar med förbättringar i enlighet med anvisningen för miljöarbete (100%)</li> </ul>		
<b>Process 3 (Pro3): Vård utan gränser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som arbetar i aktiv samverkan runt övergripande processer och/eller vårdkedjor och där arbetet resulterar i dokumenterad resultatförbättring (100%)</li> </ul>		

KFF Medarbetare/Lärande	Mått och mål SkaS	Handlinsplan vid  	Nuvarande resultat samt vilka resultat som eftersträvas
<b>Medarbetare 1 (M1): God arbetsmiljö/ gott ledarskap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som arbetar med AVI/JÄMIX-verktyget och PSO (motsvarande) för att förbättra arbetsmiljön, jämställdhet och ledarskap (100%)</li> </ul>		
<b>Medarbetare 2 (M2): Kompetenta och engagerade medarbetare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som har <i>individuella</i> utvecklingsplaner (100%)</li> <li>•Andel verksamheter som kan redovisa personal- och kompetensplaner som lever upp till SkaS strategi och verksamhetens uppdrag (100%)</li> </ul>		

KFF Ekonomi	Mått och mål SkaS	Handlinsplan vid  	Nuvarande resultat samt vilka resultat som eftersträvas
<b>Ekonomi 1 (E1): Minska kvalitetsbristkostnader</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andelen verksamheter som gör ekonomiska kalkyler i större förbättringsprojekt och följer upp hemtagningseffekten (100%)</li> </ul>		
<b>Ekonomi 2 (E2): Kostnadsmedvetenhet och ekonomiskt ansvarstagande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Andel verksamheter som målsätter, följer upp och hanterar kostnadsutvecklingen totalt och i sina viktigaste processer (100%)</li> </ul>		

## **SkaS kvalitets- och patientsäkerhetsplan 2008**

### ***Hur kan SkaS se ut år 2012?***

#### **Patientperspektiv**

Kvaliteten i verksamheten värderas av kunden/patienten, varför vi aktivt tar reda på våra kunders behov och förväntningar och har det som underlag i allt förbättringsarbete.

Vi samverkar med såväl brukarorganisationer som presumtiva patienter vid utveckling av nya tjänster inom ramen för vårt uppdrag. Vi har ett väl utvecklat samarbete med beställarorganisationen. Vi lägger stor vikt vid hälsofrämjande åtgärder.

#### **Processperspektiv**

Sjukhusets kärn- och stödprocesser är identifierade och det finns en förståelse för hur de påverkar och är beroende av varandra. Processerna följer kunden/patienten över organisatoriska gränser såväl internt som externt. Det finns ett tydligt processägarskap.

Så långt möjligt baseras beslut på saklig grund, evidens och kunskap om variation och icke-värdeskapande aktiviteter. Vi omprövar ständigt beslutsunderlag, processer och rutiner utifrån dialog och omvärldsanalys.

Vi har ett långsiktigt hållbart och systematiskt förbättringsarbete som genomsyrar all verksamhet och en icke-straffande kultur/god säkerhetskultur som stimulerar till kreativitet och nytänkande. Vid sjukhuset finns en väl känd och accepterad förbättringsmodell, vilken ständigt förfinas. Patientsäkerhetsaspekter genomsyrar vår verksamhet – vi strävar efter att minimera vårdskador, negativa händelser och tillbud.

Mått och mål i det balanserade styrkortet är kopplade till verksamhetens viktigaste processer och visualiserade för medarbetarna.

Förbättringsarbeten prioriteras utifrån strategiska förbättringsområden såsom patientsäkerhet, kundnöjdhet och kvalitetsbristkostnader.

Vid sjukhuset finns ett väl fungerande IT-stöd för balanserad verksamhetsstyrning, resultatuppföljning och förbättringsarbete.

Mångfald, jämställdhet och jämtegrering beaktas i alla aktiviteter.

#### **Medarbetar/Lärandeperspektiv**

Alla ledare på SkaS har god kunskap om, skapar förutsättningar för och stödjer aktivt offensiv verksamhetsutveckling. Vid sjukhuset har 1 - 5 procent av totala antalet anställda avancerad förbättringsutbildning och arbetar hel- eller halvtid med förbättringsstöd. Samtliga medarbetare har grundläggande kunskap om offensiv verksamhetsutveckling och ges möjligheter att delta i förbättringsarbete.

## **Ekonomiperspektiv**

Alla verksamheter har god kunskap om resultat och kvalitetsbristkostnader i sina viktigaste processer. I alla strategiska förbättringsarbeten beräknas alltid uppnådd ekonomisk effekt av införd förbättring. Kostnader kan följas längs vårdprocesserna.

## **Handlingsplan 2008**

Handlingsplanen är utformad utifrån målbilden av SkaS 2012. För år 2008 har följande kritiska aktiviteter identifierats.

### ***Fortsatt kompetensuppbyggnad i organisationen för offensiv verksamhetsutveckling och patientsäkerhet***

- Säkerhetskampanj avseende vårdrelaterade infektioner genomförs
- Patientsäkerhetsdag anordnas 16 maj 2008.
- Test av säkerhetsrund hos intresserad verksamhet.
- Black Belt-utbildning (avancerad förbättringskunskap 20 p) tillsammans med Högskolan i Skövde, HiS, och Chalmers. Antalet utbildningsplatser är ca 20. Målgrupp är förbättringsledare på SkaS, andra medarbetare från primärvård och kommun samt fackliga representanter på SkaS. Nästa utbildningsomgång beräknas starta mars 2008.
- Utbildning i förbättringskunskap för verksamhetschefer, pågår.
- Utbildning i förbättringskunskap för enhetschefer, beräknas starta våren 2008.
- Green Belt-utbildning (3-dagars utbildning i förbättringskunskap) för intresserade verksamheter samt för ST-läkare SkaS/PV – 1-2 utbildningstillfällen första halvåret 2008.
- Processutbildning steg 1, breddutbildning, två dagar, två tillfällen/termin – eget arbete tas med.
- Processutbildning fortsättningskurs, 1 dag, breddutbildning, ett tillfälle/termin – eget arbete tas med.
- Förbättringsseminarium, öppet för alla medarbetare/område, SiL, heldag. Redovisning av och lärdomar från genomförda förbättringsprojekt. 1 gång under 2008.
- Seminarie kring kvalitetsregister, halvdag, 1 gång/termin.
- Design for Six Sigma projekt avseende Skas läkemedelsprocess i samarbete med Chalmers och HiS, pågår under hela 2008.
- Seminarium i hälsoekonomi med koppling mot förbättringsarbete, 1 gång under 2008.
- Fortlöpande dialog med beställare kring offensiv verksamhetsutveckling.
- Utbildning i Lean principer eller Lean Workshop (teori kombinerad med Lean-spel), 1-2 dagar 1-2 gånger.
- Utbildning i verksamhetsutveckling vid sjuksköterskeutbildningen på HiS.

### ***Fortsatt arbete med balanserad styrning, kärn- och stödprocesser***

- Utveckling av den balanserade styrningen. Syftet är att öka kommunikation och dialog kring strategi och mål i hela organisationen
  - Ta fram förslag för utvidgad utvecklingsdialog (3 ggr/år).
  - Förbereda och delta i SkaS utvecklingsdialog samt bistå vid analys och presentation av utfall från dialogen.

- Medverka till utvecklande av IT-stöd för dialogen på alla nivåer i organisationen inklusive utbildning.
- Kärn- och stödprocesser
  - Konsultroll på SkaS i det fortsatta arbetet med kärnprocesser.
  - Stöd till arbetet med att identifiera och arbeta med kritiska kärn- och stödprocesser på SkaS.
- Mått och mätetal
  - Fortsatt arbete med indikatorer och resultatmått på SkaS systemnivå. Stödja och utbilda verksamheten i att identifiera och följa utfallsmått i egna processer.

### ***Leda, samordna och utveckla olika förbättringsnätverk på och utanför SkaS***

- Förbättringsnätverk för verksamhetsutvecklare/förbättringsledare med fokus på förbättringsprojekt, lärande, föreläsningar, seminarier. Möten sker varje månad.
- Förbättringsprocessen utvecklas kontinuerligt.
- Fortsatt samarbete med Centre for Healthcare Improvement (CHI) och Chalmers.
- Samverkan med FoU utvecklas.
- Utveckla samarbete med Högskolan i Skövde (HiS).
- Utveckla samarbete med primärvården.
- Fortlöpande omvärldsbevakning.

### ***Utveckling av IT-stöd för verksamhetssystem***

- Upprätta en långsiktig plan för utformningen av SkaS verksamhetssystem.
- Implementera IT-stöd för områdenas/SiL's/SkaS övergripande styrkort.
- Utveckla IT-stöd för utvecklingsdialogen på alla nivåer i organisationen inklusive utbildning.
- Påbörja utformning av digitalt stöd för mätning och visualisering av verksamhetens processer.
- Patientsäkerhetssida etableras på FOKUS.
- Dokumentstöd för policies, anvisningar, riktlinjer utvecklas.
- Extern hemsida för kunskapspridning.

### ***Etappmål för 2008***

- 20 strategiska förbättringsprojekt genomförda
- 10 miljoner kronor i reducerade kvalitetsbristkostnader
- 30 avancerade förbättringsledare i aktiv tjänst

## Utvecklingsplan för process på SkaS

### Allmänt

Processägaren är ansvarig för att ta fram, följa upp och fortlöpande utvärdera processens utvecklingsplan och resultat.

Följande karakteristika för processen ska vara kända innan en utvecklingsplan tas fram:

- Vilket hälsoproblem som processen hanterar
- Vilken volym av patienter som kan förväntas per tidsenhet i processen. Start och slut på processen. Vem som är leverantör till processen?
- Vilka är processen "kunder" (för vilka patienter ska processen skapa värde)?
- Vilka krav på kvalitet ställer processens patienter? Vilka krav på hög kvalitet och säkerhet ställer vi som arbetar i processen utifrån ett professionellt perspektiv?
- Vad är syftet med att etablera processen? Vilka behov av vård ska processen tillgodose – medicinska, omvårdnadsmissiga, rehabiliteringsinriktade eller andra behov? Hälsöfrämjande åtgärder? Behov av livsstilsförändringar?
- Nya metoder – är nya behandlings- eller utredningsmetoder på gång som kan påverka processen?
- Patienten som medaktör – i vilken omfattning är patientföreträdare delaktiga i utvecklingen av processen? Efterfrågas patientens förväntningar och behov systematiskt?
- Patientsäkerhet – vid varje större förändring i processen ska riskanalys utföras. Finns det några specifika risker för just denna process som ska beaktas? Hur ser arbetet med avvikelser ut – analyseras enskilda allvarliga avvikelser? Analyseras grupper av avvikelser som härrör från processen?
- Processens resursbehov - vilka personalresurser har processen (kompetenser, yrkeskategori). Vilket behov har processen av röntgen, laboratorieanalyser, klinisk fysiologi, paramedicin eller andra liknande resurser? Finns specifika resursbehov när det gäller läkemedel och hjälpmedel. Sluten/öppenvård, IVA? Speciell utrustning/lokaler?

### Planens innehåll

Planen ska innehålla en beskrivning av följande områden:

*Roller för processen, Mått och mål för processen, Handlingsplan, Resursplan, Uppföljning.*

### Roller för processen

För att kunna etablera en utvecklingsplan för en process måste processägare, styrgrupp, processledare och processgrupp finnas på plats. Inte sällan behöver man ha gjort en första "förbättringsrunda" i processen innan man kan skapa en utvecklingsplan.

## Mått och mål för processen

Mål och mätetal tas fram i de 4 perspektiven och ska sammantaget mäta processens:

- Ändamålsenlighet (förmågan att producera ”rätt” resultat, det vill säga måluppfyllelse)
- Effektivitet (förmåga att producera ”rätt” resultat – måluppfyllelse – per given resurs)

I *patientperspektivet* beskrivs vilka värden vi skapar för patienten och hur de uppfattar oss. SkaS strategiska mål i perspektivet är ”Våra patienter upplever hög tillgänglighet och god vård”.

Exempel: nöjdhet/missnöjdhet - bemötande, upplevd förbättring av hälsotillstånd, tillgänglighet i form av väntetider och kontaktnöjligheter, delaktighet i vårdprocessen. Här kan med fördel hälsofrämjande initiativ mått- och målsättas.

- Mål/mått, exempel
  - 90% av alla patienter ska vara nöjda med bemötandet
  - Väntetiden i processen för 80% av patienterna ska vara maximalt 3 timmar

I *processperspektivet* beskrivs hur vi kontinuerligt kan förbättra och säkra våra processer. SkaS strategiska mål är ”Vi ger vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan”.

Exempel: processens konkreta resultat men även mätetal som speglar arbetet med säkerheten i processen det vill säga riskanalyser, avvikelshantering och liknande, viktiga ledtider i processen, data från nationella kvalitetsregister och mått från öppna jämförelser om sådana finns.

- Mål/mått, exempel
  - Andel sårinfektioner ska understiga 3%
  - Medel HbA1c < 6,5%
  - Akuta höftfrakturer - Tid från ankomst akuten till genomförd operation < 24 h

I *medarbetare/lärandeperspektivet* beskrivs hur vi trivs och utvecklas som medarbetare. SkaS strategiska mål är ”Vi är en attraktiv verksamhet som skapar delaktighet och utveckling”. Mål och mätetal i perspektivet ska ge en bild av i vilken omfattning som processen är känd och ger stöd till medarbetarna.

- Mål/mått, exempel
  - 5% av processanvändarna ska genomgå processförbättringssamtal
  - 70% av medarbetarna ska uppleva gott stöd i processen

I *ekonomiperspektivet* beskriver vi vilka krav vi har på oss. SkaS strategiska mål är ”Vi hållar med våra resurser”.

Exempel: kritiska kostnader i processen men även vilka kvalitetsbristkostnader som finns och hur dessa kan minskas.

- Mål/mått, exempel
  - Kostnad per patient i processen ska minska med x kr?
  - Andel besök ska öka med x %
  - Ledtiderna för medarbetare i processen ska minska med 20%

Vid all mätning ska genusperspektivet beaktas – föreligger det könsskillnader? Hur hanterar vi det? Är resultaten sämre eller bättre beroende på kön? Hänsyn tas också till variation vid alla mätningar, vilket innebär att mått måste följas över tid.

## **Handlinsplan**

Här beskrivs de aktiviteter som planeras under året. Framför allt ska de åtgärder beskrivas som syftar till att minska gapen mellan nuläge och önskat läge avseende mål i de olika perspektiven. *Det är av största vikt att knyta det strukturerade förbättringsarbetet till processen.*

## **Resursplan**

Här beskrivs processen särskilda behov av de resurser som krävs för att de uppställda målen ska nås. Resurser bör helst anges per tidsenhet och hänsyn till variation över tid ska tas.

## **Uppföljning**

Uppföljning av mål och mått i processen ska ske minst 3 ggr årligen i samband med utvecklingsdialogen. Därutöver ska avstämning av planen gentemot resursägare ske minst tre ggr årligen.

## Indikatorer för målrelaterad ersättning

2008-02-26

	Indikator	Måltal	Finns i regionens förslag
1.	28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt patienter yngre än 80 år, sjukhusmortalitet	Förbättra eget resultat	JA
2.	Andel patienter med tre hemodialysbehandlingar/vecka som uppnår behandlingsmålet sänkning av urinämne i blodet med mer än 70 procent	Mer än 65 procent enligt regionmål	JA
3.	Sänkning av frekvensen planerade kejsarsnitt	Förbättra eget resultat	Nej
4.	Uppnått genomsnittsvärde för HbA1c, vuxendiabetiker	HbA1c genomsnittsvärde lika med/mindre än 7,0 procent	JA- fast man avser Primärvård
5.	28-dagars dödlighet efter stroke	Mindre än 20 procent	JA
6.	Höftfraktur väntetid till operation	60 procent opererade inom 24 timmar enligt regionalt mål	JA
7.	GAF-skattning i psykiatrisk öppenvård. Resultat efter behandling av depression. Jämförelse före/efter behandling	Plus 10 enheter	JA
8.	Rektalcancer – en månads överlevnad	Mer än 90 procent	NEJ
9.	Vårdrelaterade infektioner, VRI. Antal antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner/antal inneliggande patienter inom somatisk vård	6,5 procent	
10.	Uppnått genomsnittsvärde för HbA1c, barndiabetes	Förbättra eget resultat	NEJ
11.	Warfarinprocessen INR inom önskat intervall	70 procent av patienterna inom det önskade intervallet 2 till 3	NEJ
12.	Börja mäta rätt bedömda operationsindikatorer verifierade med PAD inom verksamhetsområde Hud	Börja mäta, få mätvärden.	NEJ
13.	Andel nya möjliga patienter med ätstörningsdiagnos som registreras i RIKSÄT inom psykiatrisk öppenvård	80 procent	JA
14.	Andel katarakterade patienter med synskärpa lägre än 0,5 på bästa ögat	Förbättra eget resultat	
15.	Genomsnittlig förbättring med 10 enheter vid GAF-skattning. Avser intagna patienter på beroendeenheten, vuxenpsykiatri. Jämförelse före/efter behandling	Plus 10 enheter	
16.	Andel patienter där GAF-skattning gjorts av alla patientbesök inom BUP	Mer än 85 procent	
17.	Andel patienter som inte är ADL-beroende tre mån efter stroke	Förbättra eget resultat	
18.	Systematiskt patientsäkerhetsarbete	Avrapportering enligt regional anvisning	JA

