

# Resultatmätningar

## Syfte

Våra resultatmätningar utgår från våra verksamhetsmål och ger oss underlag till ett ständigt förbättringsarbete.

Patientverksamheternas sammanställningar utgår ifrån våra uppföljningsbilagor, PowerBI-rapporter och andra indikatorer beslutade i varje verksamhet.

Kompetenscentrum följer upp enligt nedan:

1. Hur många verksamheter och hur många personer har gått basutbildning
2. Hur många verksamheter ställer rutinmässigt frågor om våld och har gått metodutbildning
3. Utvärdering pilotprojekt och implementeringar under året
4. Validering frågeinstrument
5. Undersöka om VGRs medarbetare får frågor om våld i medarbetarsamtal

Kunskapscentrum följer upp enligt nedan:

6. Facilitera och/eller aktivt delta i nätverk i syfte att bevaka ämnesområdet SRHR - Antal genomförda nätverksinsatser
7. Arbeta för att all hälso- och sjukvårdspersonal har en gemensam grund inom SRHR genom att ta fram och genomföra kompetenshöjande insatser
  - Antal kompetenshöjande insatser som genomförts
  - Antal deltagare i kompetenshöjande insatser

Arbeta för att studenter på högskola och universitetens professions-utbildningar har kunskaper om SRHR - Antal genomförda utbildnings-insatser på högskolan och universitetets professionsutbildningar.

## Resultat - verksamhetsmål

### Ansvarig: Ledningen

Hela verksamhetens resultat styrs i form av övergripande verksamhetsmål som fastställs årligen. Verksamhetsmålen utgår ifrån varje verksamhets beställning samt Verksamhetsplanen. Verksamhetsmålen är indelade i följande områden som anger aktuellt fokus för mätningarna:

8. Nöjda patienter/ Nöjd personal/ Ekonomi/  
Processsäkerhet/ Verksamhet

för varje område definieras:

9. Mätbara mål/ Hur sker mätningar/ Hur  
dokumenteras/redovisas resultat/ Ansvarig för  
mål/mätningar

Ledningen svarar för uppföljning, utvärdering samt beslutar om eventuella korrigeringar under året.

Sammantaget blir resultaten ett mått på våra processers effektivitet och vad vi levererar utifrån våra beställningar.

## Mätningar av kundtillfredsställelse - patienter

### **Ansvarig: Verksamhetschef**

Synpunkter följs upp kontinuerligt av ledningen och möjliga åtgärder vidtas. Ledningens utvärdering och åtgärder, ingår som underlag i Ledningens genomgång.

## Revision

### **Ansvarig: Verksamhetschef samt Internrevisor**

Internrevisioner sker årligen.

Revisionerna planeras och genomförs enligt plan Internrevision och journalgranskning – Expertenheter.

Syftet är att säkerställa bra och effektiva arbetssätt/processer samt ge möjlighet till lärande och utveckling. Internrevisor finns utsedd och arbetar på uppdrag av Regionområdeschef. Program för internrevision upprättas så att verksamhetssystemets alla olika delar blir granskade.

Varje revision ska av internrevisor startas med en planering där frågelista upprättas som täcker avsnittet som ska revideras. I planeringen ingår alltid dokumentgranskning och avstämning mot gällande kravdelar. Planeringen ska också innefatta val av medarbetare för intervjuer för att få upplysningar om hur väl det reviderande avsnittet tillämpas. Avstämning med deltagare sker i god tid före revision.

Vid revisionen ska protokoll föras av internrevisor. Protokollet ska delges muntligt till verksamhetschefen i direkt anslutning till

revisionen. Sammanställning av protokollet görs i en revisionsrapport. Revisionsrapporten delas till Verksamhetschef samt till ansvarig för genomförande av förbättringar. Uppföljning av korrigerande åtgärder bestäms under revisionen med ett uppföljningsmöte.

För ett gemensamt lärande publiceras protokollet på Ledningsgruppens SOFIA-yta under Kvalitetsledningssystem – Redovisande dokument. När avvikelser är åtgärdade upprättas revisionsrapporten till allmän handling.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Expertenheter

**Innehållsansvar:** Aslak Iversen, (asliv1), Regionområdeschef

**Granskad av:** Ywonne Backman Tilander, (ywoti1),  
Verksamhetsutvecklare

**Godkänd av:** Aslak Iversen, (asliv1), Regionområdeschef

**Dokument-ID:** RHS9926-1306825477-18

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2026-05-22

**Giltig till:** 2028-05-22