

# SÄS Processmodell för vårdverksamhet

## Sammanfattning

För vårdverksamheten på SÄS tillämpas ett formellt processorienterat arbetssätt i syfte att leda och utveckla vårdflöden, samt att fungera som länk till den regionala kunskapsstyrningen. Denna riktlinje beskriver modellen för processarbetet inklusive organisation, roller och arbetssätt.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Bakgrund .....	2
Förutsättningar .....	2
Principer .....	2
Ekonomimodell .....	3
Verksamhetsperspektiv .....	3
Medarbetarperspektiv .....	3
Gränssnitt och samarbetsformer .....	3
Organisation .....	4
Regional kunskapsstyrning och koppling till SÄS modell .....	4
SÄS sjukhusövergripande processer .....	4
SÄS klinikprocesser .....	5
Processstyrgrupper .....	5
Roller i processorganisationen .....	6
Huvudprocessägare .....	6
Processägare .....	6
Processledare .....	7
Biträdande processledare .....	7
Medlem i SÄS-processteam .....	7
SÄS-representant i regionalt processteam .....	7
Linjeroller .....	7
Verksamhetschef (ej i processägareroll) .....	7
Första linjens chef (vårdenhetschef, enhetschef, läkarchef) .....	8
Vårdenhetsöverläkare (VÖL) .....	8
Utvecklingscontroller .....	8
Utvecklingschef (Modellägare) .....	8
Utvecklingsstöd .....	9
Genomförande .....	10
Processens livscykel .....	10
Etablering av ny process .....	10
Arbetssätt i processorganisationen .....	11
Arbetssätt i processteam .....	12
Styrdokument i processarbetet .....	12
Avveckling av process .....	12

Uppföljning.....	13
System för uppföljning.....	13
Revision av processer.....	13
Dokumentinformation .....	14
Referens- och länkförteckning.....	14

## Bilagor

Bilaga 1, [Organisationsbild](#)

Bilaga 2, [Korrelationsmatris SÄS processmodell](#)

Bilaga 3, [Funktionsbeskrivning processledare](#)

Bilaga 4, [Funktionsbeskrivning processteammedlem](#)

Bilaga 5, [Processberedningsunderlag](#)

Bilaga 6, [Indikatorer för SÄS processmodell](#)

## Bakgrund

SÄS linjeorganisation är kompletterad med en processorganisation, som följer patientgruppers vårdflöden över organisatoriska gränser. Det medicinska ansvaret finns kvar på den klinik där patienten vårdas medan ansvar för att utveckla vårdflödet finns i processorganisationen.

Syftet med processorganisationen är att öka kvalitén i vården på SÄS genom att leda och utveckla vårdflöden ur ett patientperspektiv med utgångspunkt från det regionala processarbetet.

Denna riktlinje beskriver SÄS processmodell i vårdverksamhet.

## Förutsättningar

### Principer

SÄS processmodell för vårdverksamhet bygger på följande grundläggande principer:

- SÄS-processer etableras lokalt motsvarande alla relevanta regionala processteam (RPT) och är den naturliga kopplingen mellan SÄS och regionala kunskapsstyrningen.
- Processer kan etableras i två olika former. För processer med låg strukturell komplexitet etableras klinikprocesser. Vid hög strukturell komplexitet och/eller stora utmaningar etableras sjukhusövergripande processer. Verksamhetschef äger och följer upp processen, oavsett etableringsform. Sjukhusövergripande processer har tillgång till ett utökad utvecklingsstöd.
- Representant från SÄS-processer bör finnas i varje RPT. Representanten i RPT bör ha rollen processledare eller biträdande processledare i lokalt processteam.

- Processägare och processledare är sjukhusövergripande roller, vilket innebär att de har förvaltningens uppdrag och mandat att verka över klinikgränser.
- [Standardiserade vårdförlopp cancer](#) (SVF) [1] hanteras enligt egen organisationsmodell och inte inom SÄS processmodell.
- SÄS processer följer normalt hela patientresan inom förvaltningen och tar ansvar för gränssnitt med andra vårdaktörer.
- Patientmedverkan ska vara en naturlig del i processarbetet.

## Ekonomimodell

### Verksamhetsperspektiv

Processarbetet är en alternativ arbetsform och ett verktyg för utveckling och ledning av delar inom verksamheternas uppdrag. Det ersätter därmed andra insatser och former för utvecklings- och ledningsarbete. Detta innebär att arbetstid för processarbete hanteras inom klinikernas ordinarie ekonomiska ramar. Processägare beslutar om hur mycket arbetstid som ska avsättas i processarbete. Om processarbetet genererar förskjutning av uppdrag, arbete eller kostnader över klinikgränser lyfts detta till sjukhusövergripande processtyrgrupp alternativt berört styrråd (se avsnitt [Organisation](#) nedan) för beslut om eventuella ekonomiska justeringar.

### Medarbetarperspektiv

Processarbetet är en arbetsform för utvecklingsarbete på SÄS. Medverkan i utvecklingsarbete är en naturlig förväntan på alla medarbetare och en möjlighet till inflytande på arbetet och till personlig utveckling. Att axla roller i processarbetet är att betrakta som en del av SÄS karriärmodell, vilket innebär att det är en karriärmöjlighet för juniora medarbetare/befattningar och en förväntan på seniora medarbetare/befattningar. Prestationer i processroller ska beaktas i lönerrevisionerna. Lönetillägg utgår inte för processroller.

## Gränssnitt och samarbetsformer

SVF cancer hanteras per automatik inte inom SÄS processmodell. De cancerdiagnoser som uppfyller kriterier för att etableras som en SÄS övergripande process utifrån ett komplexitetsperspektiv kan omhändertas inom process-modellen. Dessa hanteras då utifrån samma principer som övriga sjukhusövergripande processer.

SÄS processer följer normalt hela patientresan inom förvaltningen. Processledare tar ansvar för gränssnitt med andra förvaltningar och vårdaktörer före och efter vården på SÄS. Det innefattar ett ansvar att lyfta förändringar i processen i rätt forum, till exempel Närvårdssamverkan. Tillkomst av övergripande styrdokument där gränssnitt mot primärvård berörs ska anmälas till samverkansmöte med primärvårdsledning och

primärvårdens chefläkare/  
medicinska rådgivare. Processledare ansvarar även för att rätt funktioner finns med i processarbetet i syfte att säkerställa god kvalitet i vårdövergången. SÄS processer ansvarar inte för vårdkvalitet i annan förvaltning.

## Organisation

Se bilaga 1, [Organisationsbild](#).

### Regional kunskapsstyrning och koppling till SÄS modell

SÄS processmodell utgör grund för att omhänderta och implementera de regionalt gemensamt beslutade arbetssätten inom ett regionalt processteam (RPT). De beslutade arbetssätten har utgångspunkt i det nationella arbetet som görs inom kunskapsstyrningen och utgår från nationella vårdprogram, evidens, riktlinjer, patienters åsikter och klinisk erfarenhet. Det innebär att SÄS i första hand bör använda de regionala styrdokumenterna som finns. De ska utgöra en kunskapskälla, vägledning och lägstanivå för lokala processer på förvaltningsnivå. Vid beslut om etablering av SÄS-process där det inte finns ett regionalt processteam behöver ovanstående perspektiv säkerställas på lokal nivå.

Det regionala arbetet visualiseras genom en processkarta som beskriver ett regionalt önskat läge för en patientgrupp från symtomdebut till att leva med sjukdomen. Redan i uppstartsfas av regional process kan förvaltningsspecifik medverkan vara aktuell i genomförande av lokala nulägesanalyser som syftar till en ökad förståelse för utmaningar och förbättringsbehov i vårdverksamheterna. Dessa lärdomar utgör grund för de regionalt beslutade förbättringsområden. Den lokala processorganisationen bedömer, prioriterar och startar förbättringsarbetet med detta som utgångspunkt. Det är viktigt att de lokala nulägesanalyserna som i vissa fall görs innan etablering av SÄS-process omhändertas vid uppstart av processen.

Alla RPT finns inom ramen för ett regionalt programområde (RPO) och de flesta har en tydlig diagnoskoppling. Generiskt vårdförlopp för levnadsvanor och generiskt vårdförlopp för rehabilitering skiljer sig och finns för att säkerställa att perspektiven integreras på ett enhetligt sätt i alla RPT. Varje SÄS-övergripande process och klinikprocess bör ha en tydlig koppling till dessa områden och tillse att frågorna är omhändertagna i processarbetet.

### SÄS sjukhusövergripande processer

Processägarskapet för sjukhusövergripande processer ligger på befattningen verksamhetschef, men är en sjukhusövergripande roll. Detta innebär att respektive processägare får hela organisationens uppdrag och mandat att leda processerna inom sitt processägarskap över förvaltningsinterna organisatoriska gränser. Processägarskapet för respektive verksamhetschef omfattar de

processer som motsvarar de RPT som är inordnade under ett RPO. Processägare har genom sin roll i samordningsrådet kontakt med representant för RPO. Processägaren har vid behov tillgång till utvecklingsstöd.

Varje processägare har en till flera processer inom sitt processägarområde. Dessa leds av processledare. Processledaren är primär kontakt till RPT. Till processledaren är kopplat ett tvärprofessionellt processteam med möjlighet till utvecklingsstöd. Patientmedverkan i lämplig form ska finnas. Processledaren samarbetar med första linjens chefer och vårdenhetsöverläkare (VÖL) i arbetet med att leda och utveckla processen. Utvecklingscontroller är också en naturlig samarbetspartner.

Processägaren leder en verksamhetsnära processtyrgrupp inom sitt processägarområde. Vid behov kan processägaren eskalera ärenden till styrråd eller till den sjukhusövergripande processtyrgruppen, som utgörs av sjukhusledningen och leds av huvudprocessägaren.

### **SÄS klinikprocesser**

Inom RPT-områden som har mindre behov av sjukhusövergripande processtruktur etableras klinikprocesser. Dessa leds av processledare som rapporterar till sin verksamhetschef i rollen som processägare. Processägaren kan vid behov använda klinikledning som styrgrupp. SÄS klinikprocesser har samma tydliga koppling och åtagande mot de regionalt beslutade arbetsätt, GAP-analyser och fokusområden som de SÄS övergripande processerna har.

### **Processtyrgrupper**

Processtyrgrupper finns på två nivåer inom SÄS för sjukhusövergripande processer; verksamhetsnära processtyrgrupper och en sjukhusövergripande processtyrgrupp, se bilaga 1, [Organisationsbild](#).

### **Verksamhetsnära processtyrgrupp**

Respektive processägare leder en verksamhetsnära processtyrgrupp. I denna samlar processägaren regelbundet processledare och chefer med koppling till aktuella arbetsområden i processerna. Andra processteammedlemmar, medarbetare och stödfunktioner kan adjungeras utifrån behov. Syftet med styrgruppen är att föra dialog om, prioritera och fatta beslut om processrelaterade frågor. Den verksamhetsnära styrgruppen fungerar även som eskaleringsforum till den sjukhusövergripande processtyrgruppen. Principiellt ska merparten av besluten hanteras inom den verksamhetsnära processtyrgruppen. Utvecklingsstöd är kopplat till gruppen.

### **Sjukhusövergripande processtyrgrupp**

En sjukhusövergripande processtyrgrupp finns, som utgörs av sjukhusledningen och leds av huvudprocessägaren. Styrgruppsmöten hålls månadsvis och är en del av ordinarie agenda på sjukhusledningens möten. Gruppens uppgift är att:

- fungera som eskaleringsfunktion från de verksamhetsnära processtyrgrupperna, som via processägare kan lyfta frågor enligt [SBAR-struktur](#) [2].
- fördela sjukhusövergripande utvecklingsuppdrag till processer via processägare.
- Göra sjukhusövergripande prioriteringar och vid behov resursomfördelningar.

Styrråd är under etablering och dess roll i förhållande till sjukhusövergripande processtyrgrupp kommer klargöras framöver.

## Roller i processorganisationen

### Huvudprocessägare

Alla processer inom området vårdverksamhet kan samlat betraktas som en huvudprocess på SÄS. Som övergripande ansvarig för förvaltningen innehar sjukhusdirektören rollen huvudprocessägare, vilket innebär att:

- besluta om etablering av nya processer.
- bemanna alla processägaruppdrag.
- sammankalla till och vara ordförande för sjukhusövergripande styrgrupp.
- besluta om avveckling av processer, samt att detta dokumenteras och effektueras enligt gällande rutiner.

### Processägare

Processägarskapet omfattar de processer som korrelerar mot ett eller flera regionala processområden, se [Korrelationsmatris SÄS processmodell](#), bilaga 2.

Processägaren ska vara en verksamhetschef som fått ett förvaltningsövergripande uppdrag och mandat att för en process ansvara för att:

- processledaruppdrag är bemannat och att säkerställa att tid för processarbete finns avsatt i schema utifrån processens behov.
- processledaruppdrag utförs i enlighet med funktionsbeskrivningen samt att adekvata åtgärder vidtas om så inte är fallet.
- tillse att biträdande processledaruppdrag är bemannat.
- regelbundet sammankalla till verksamhetsnära processtyrgrupp.
- som ordförande i den verksamhetsnära processtyrgruppen säkerställa struktur för dialog, beslut och kommunikation.
- fungera som eskaleringsfunktion för processledarna till den sjukhusövergripande processtyrgruppen.
- leda, coacha och följa upp processledare i deras uppdrag.

- efterfråga processens resultat och om det är möjligt att koppla det till mått i SÄS X-matris samt tillse att de regionalt beslutade fokusområdena är omhändertagna.

### **Processledare**

För varje beslutad process ska en processledare med goda ledaregenskaper vara utsedd. Processledarens ansvar och befogenheter är reglerat i "[Funktionsbeskrivning för processledare](#)", bilaga 3.

### **Biträdande processledare**

För sjukhusövergripande processer utses en biträdande processledare som har utvecklingsintresse och kompletterande kompetens till processledaren och ansvarar för att:

- överta processledaransvaret om vakanssituation alternativt längre frånvaro uppstår.
- stödja processledaren i processledaruppdraget.
- vara primär deltagare i RPT om processledare inte ingår.

### **Medlem i SÄS-processteam**

Till varje process är ett tvärprofessionellt processteam kopplat, vars sammansättning baseras på processansökan. Processteamen bör inkludera de kritiska kompetenser som behövs för processens aktuella utvecklingsfokus. Samtidigt eftersträvas att ha en gruppstorlek som främjar god gruppdynamik med tydligt individuellt ansvar för varje teammedlem. Expertkompetenser kan med fördel adjungeras till teamen. Processteammedlemmarnas uppdrag definieras i "[Funktionsbeskrivning för medlem i processteam](#)", bilaga 4.

### **SÄS-representant i regionalt processteam**

SÄS-representant i regionalt processteam ska utses av processägare på SÄS. Den som utses ska ha rollen processledare eller biträdande processledare i SÄS-processen. I de fall SÄS har mer än två representanter i RPT tillser processägare att alla representanter får relevanta roller i SÄS processorganisation. Uppdraget baseras på det regionala dokumentet "[Uppdragsbeskrivning medlem regionalt processteam RPT](#)" [3].

## **Linjeroller**

### **Verksamhetschef (ej i processägareroll)**

I sin linjefunktion ansvarar verksamhetschefer för att:

- medverka i sjukhusövergripande processtyrgruppen.
- följa upp resultat kopplat till processindikatorer.
- stödja sina linjechefer och VÖL att skapa förutsättningar för framgångsrikt process- och förbättringsarbete.
- leda klinikprocessledare.

### **Första linjens chef (vårdenhetschef, enhetschef, läkarchef)**

Chefsrollerna på SÄS är väsentliga för att lyckas med processarbetet. Vårdenhetschef/enhetschef/läkarchef ansvarar för att:

- säkerställa att enheten arbetar enligt processernas standarder och styrande dokument.
- tillhandahålla funktionella strukturer för förbättringsarbete (dagligt förbättringsarbete) inom enheten för att kontinuerligt kunna arbeta med processrelaterade förbättringar.
- följa upp aktuella processindikatorer och kommunicera enhetens måluppfyllnad.
- tillhandahålla medarbetare till processuppdrag utifrån behov och ge dessa medarbetare förutsättningar att fullgöra sina processuppgifter.
- inför mål- och utvecklingssamtal ha avstämning med processledare om medarbetares prestation i sin processroll.
- vid behov medverka i verksamhetsnära processtyrgrupp och vara en naturlig samarbetspartner till processledare.

### **Vårdenhetsöverläkare (VÖL)**

VÖL ansvarar i sin grundfunktion för verksamhetsplanering, drift, verksamhetsutveckling och uppföljning. I sitt uppdrag blir VÖL en naturlig samarbetspartner till processledare. Processuppgifter för VÖL är att:

- verka för att enheten arbetar enligt processernas standarder och styrande dokument.
- samarbeta med processledare och chefer i processrelaterat förbättringsarbete.
- vid behov medverka i verksamhetsnära processtyrgrupp.

### **Utvecklingscontroller**

Utvecklingscontroller (UC) är primär stödfunktion till chefer och VÖL i processrelaterat förbättringsarbete på klinik. Utvecklingscontrollers uppgift är att stödja chefer/VÖL att:

- stödja förbättringsarbete och uppföljning.
- analysera processrelaterade avvikelser på systemnivå.
- utveckla struktur för dagligt förbättringsarbetet.

### **Utvecklingschef (Modellägare)**

Utvecklingschefen på SÄS ansvarar för att:

- SÄS processmodell är funktionell och kommunicerad samt att den utvecklas vid behov.
- processägare och processledare får tillgång till utvecklingsstöd i sina uppdrag.

- med regelbundna träffar driva ett nätverk med processledarna för ett lärande mellan processerna, kompetensutveckling i processledarrollen och ge verktyg för att vidareutveckla arbetssätt i processarbetet.
- prioritera behov och arbetsleda utvecklingsstöd.

## Utvecklingsstöd

### Processkoordinator

Processkoordinators uppdrag är att:

- stödja processägare med koordinering och dokumentation som rör verksamhetsnära processtyrgrupp och övriga förekommande behov inom processägarområdet.
- administrera möten i sjukhusövergripande processtyrgrupp.
- sammanställa presentation av processernas utfall och resultat.
- stödja utvecklingschef med koordinering av processledarmöten.
- underhålla processorganisationens webbplatser på intranätet.
- bistå utvecklingschefen i utveckling av SÄS processarbete.
- stödja processledare och processteam vid prioriterat behov.

### Utvecklingsledare

Utvecklingsledare är en stödfunktion till processägare och processledare vid etablering av processer samt vid prioriterade behov under hela processens livscykel. Behov av utvecklingsledarresurs signaleras genom uppdrag till utvecklingsstaben.

Utvecklingsledare ansvarar för att

- vara stöd till och coacha processledaren vid framtagning av lokala analyser, prioriteringar och handlingsplaner inom processen.
- vara metodstöd när processarbetet kräver mer komplicerade metoder t.ex. vid flödeskartläggning.
- stödja och identifiera lokala behov av förändringsledning och implementering av nya arbetssätt via dagligt förbättringsarbete.
- uppmärksamma behov av struktur för dagligt förbättringsarbete i verksamhet med processanknytning.
- utbilda i förbättringskunskap.
- facilitera till metoder för patientinvolvering.
- stödja vid identifiering och utformning av mål och mätetal.
- kvalitetssäkra processens metodarbete genom en regelbunden genomlysning 1–2 gånger per år.

## Utdata

Inom området utdata arbetar business intelligence-specialister med att stödja lokala processer, särskilt vid uppstarter och vid förändrade behov av beslutsstöd.

I ansvaret ingår att:

- stödja lokala processteam vid uppstart och vid framtagning av mått och indikatorer för uppföljning.
- samverka med regionalt utdatanätverk.
- vara insatt i pågående regionalt och lokalt utvecklingsarbete, i syfte att fånga kommande behov.
- ha kunskap om dataflöden i vårdens system.
- översätta processernas behov till beställningsunderlag.
- identifiera informationsbehov och datakällor.
- skapa databaser, datamodeller, och beslutsstödsrapporter.
- säkerställa datakvalitet tillsammans med processen.

## Genomförande

### Processens livscykel

#### Etablering av ny process

Initiering av ny process på SÄS kan ske på två sätt, se bilaga 1, [Organisationsbild](#):

- Behov uppkommer av att möta upp nytt regionalt processteam (RPT), nytt personcentrerat sammanhållet vårdförlopp (PSV) eller motsvarande.
- Behov identifieras inom SÄS om att etablera en process.

Etableringen av en ny process sker enligt följande arbetsgång (se flödesbild i bilaga 1, [Organisationsbild](#)):

1. Processen startar genom att verksamheten identifierar ett behov av SÄS-process, eller att ett regionalt beslut om start av RPT har fattats.
2. Utvecklingschefen identifierar tidigt behovet av potentiell etablering.
3. Utvecklingschefen tillser att beredningsunderlag tas fram enligt [processberedningsunderlag](#), bilaga 5.
4. Huvudprocessägaren beslutar om etablering av ny process utifrån processberedningsunderlaget.
5. Huvudprocessägaren tilldelar processägare enligt [Korrelationsmatris SÄS processmodell](#), bilaga 2.
6. Processägaren utser representant till RPT, som sedan blir processledare eller biträdande processledare.

## RIKTLINJE

Fastställandedatum

2021-11-24

Gäller fr.o.m.

2021-11-24

Gäller inom

Södra Älvsborgs Sjukhus

Barium-id

51990

Gäller t.o.m.

2023-11-09

Sida

11 (14)

Utgå

2

7. Processägaren informerar regional processledare om utsedd SÄS-representant
8. SÄS-representant medverkar i den regionala GAP-analysen med lokal kompetens.
9. Processägaren utser officiellt processledare och biträdande processledare. Uppdragshandling upprättas och diarieförs.
10. Processägare introducerar processledare och biträdande processledare i samverkan med utvecklingsstöd.
11. Baserat på förväntad storlek på det arbete som behöver göras på SÄS för att uppfylla/överträffa målvärdena för de regionala indikatorerna, rekryterar processledaren sitt processteam. Beredningsunderlaget ger riktningen för rekryteringen.
12. Processledare genomför introduktionsutbildning och uppstart av processteamet i samarbete med utvecklingsstöd (gäller sjukhusövergripande processer).
13. Etablera-processen slutar när det finns ett processteam på plats (gäller för sjukhusövergripande processer), eller när processledaren har introducerats (gäller för klinikprocesser).

### Arbetsätt i processorganisationen

- Nyetablerade SÄS processer inom kunskapsstyrningen inleder arbetet med att sätta sig in i det regionala arbetet inom RPT och i arbetet ta tillvara kunskap och förarbete från SÄS-representanter i form av nulägesanalys och processkartläggning
- Fokus i arbetet är att granska, anpassa och detaljera den regionala GAP-analysen utifrån lokal kontext och utifrån det prioritera relevanta förbättringsområden på SÄS, baserat på de regionalt framtagna fokusområdena. Risker ska analyseras vid införande av nya behandlingsmetoder eller arbetsätt.
- Förbättringsarbetet bedrivs på respektive enhet och har enhetens förbättringstavla och struktur för dagligt förbättringsarbete som bas.
- Processteamsmedlem stöds i införande och förbättringsarbete av processledare och första linjens chef och form för detta är föremål för dialog i den verksamhetsnära processtyrgrupp
- Utvecklingsstöd finns till hands inom klinik i form av UC eller genom utvecklingsstaben.

## Arbetsätt i processteam

Processarbetet innefattar bland annat att:

- kontinuerligt utveckla processen från början till slut med fokus på kvalitet, flödeseffektivitet och resursförbrukning. Detta innebär till exempel att minimera icke värdeskapande aktiviteter, eliminera så kallade flaskhalsar i flödet och minska antalet överlämningar.
- säkerställa mätbarhet för mål, regelbundet analysera resultat och agera vid icke önskade utfall och variation.
- verka för att processbeskrivningar i lämplig form och omfattning finns för medarbetare som arbetar med processens patienter, samt att de är användbara, tillgängliga, kända, accepterade och förstådda.
- verka för ökad kompetens inom processens område hos medarbetare som arbetar med processens patienter.
- aktivt tillämpa patientperspektivet i processarbetet.

## Styrdokument i processarbetet

Inför framtagning av nya styrdokument ska samordning ske med eventuell regional medicinsk riktlinje/rutin, andra sjukhusövergripande styrdokument eller avsnitt i vårdhandboken.

Vid framtagning av nya styrdokument eller vid större omarbetning av befintliga styrdokument, ska remissutskick göras till medicinskt beredningsråd och verksamheterna. Vid framtagning av patientinformation ska remissutskick även göras till sjukhusets patientråd för att säkerställa att innehållet är målgruppsanpassat.

Styrdokumentet handläggs och publiceras via avsett systemstöd.

## Avveckling av process

- Om det blir aktuellt att avveckla en process, eskalerar verksamhetsnära processtyrgrupp frågan för beslut till sjukhusövergripande processtyrgrupp. Beslutet ska diarieföras.
- Medicinskt beredningsråd bedömer om processens styrdokument ska handläggas som sjukhusövergripande eller återgå till berörda verksamhetschefer.
- I beslutet om avveckling av process ska det framgå orsak till avveckling av processen, samt från vilket datum som ansvaret för processens styrdokument och processdokument ska övergå till andra funktioner.
- Processägaren ansvarar för att en kommunikationsplan upprättas och effektueras, att processledare och processteam avtackas samt att processkoordinator ges i uppdrag att administrativt avveckla processen.

## Uppföljning

### System för uppföljning

Processarbetet ska följas upp både på enskild processnivå och på sjukhuset som helhet.

På processnivå ska visualisering användas för att synliggöra processens utfall för beslutade måttal. Utfall uppdateras inför varje styrgruppsmöte eller motsvarande. Där så är lämpligt ska dessutom processens måttal föras samman med verksamhetens måttal och presenteras i x-matrisen. Varje process ska även följas upp och analysera eventuella avvikelser på systemnivå i syfte att förbättra processen.

Processmodellen för sjukhuset som helhet ska följas upp årligen genom utvärdering mot beslutad målbild, se ”[Indikatorer för SÄS processmodell](#)”, bilaga 6. Utvärderingen ska utgöra grund för förbättringar av processmodellen.

### Revision av processer

Processtyrgrupp/klinikledning ska årligen se över att förutsättningar för processen finns, samt att den ger önskat mervärde. Översyn görs utifrån verksamhetens behov och utifrån sjukhuset som helhet.

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Karin Looström Muth, utvecklingschef, SÄS

Remissinstanser

Utsedd referensgrupp samt styrgrupp till projekt Anpassning SÄS processmodell, 2021-08-27 samt 2021-09-01.

Fastställt av

Karin Looström Muth, utvecklingschef, SÄS

Nyckelord

Processorganisation, processarbete, processorienterat sjukhus, processorienterad, regional kunskapsstyrning, korrelationsmatris, huvudprocessägare, processägare, processledare, utvecklingsstöd, verksamhetsnära processtyrgrupp, GAP-analys, RPT, RPO, regionalt processteam, regionalt programområde, processberedningsunderlag

## Referens- och länkförteckning

1. Standardiserade vårdförlopp cancer SÄS  
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/medicinska-omraden/Onkologi/SVF/>
2. SBAR struktur  
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/medicinska-omraden/patientsakerhet/patientsakerhetsmetoder/>
3. Uppdragsbeskrivning medlem regionalt processteam RPT  
<https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspac e/SpacesStore/92c5b24b-812a-4c0f-987e-14473285c9b4/Uppdragsbeskrivning%20Regionalt%20processteam.pdf?a=false&guest=true>