

Medicinska processer på SÄS

Sammanfattning

Riktlinje beskriver vidareutvecklad modell för arbete med medicinska processer som del av SÄS ledningssystem inom domänen patientsäkerhet.

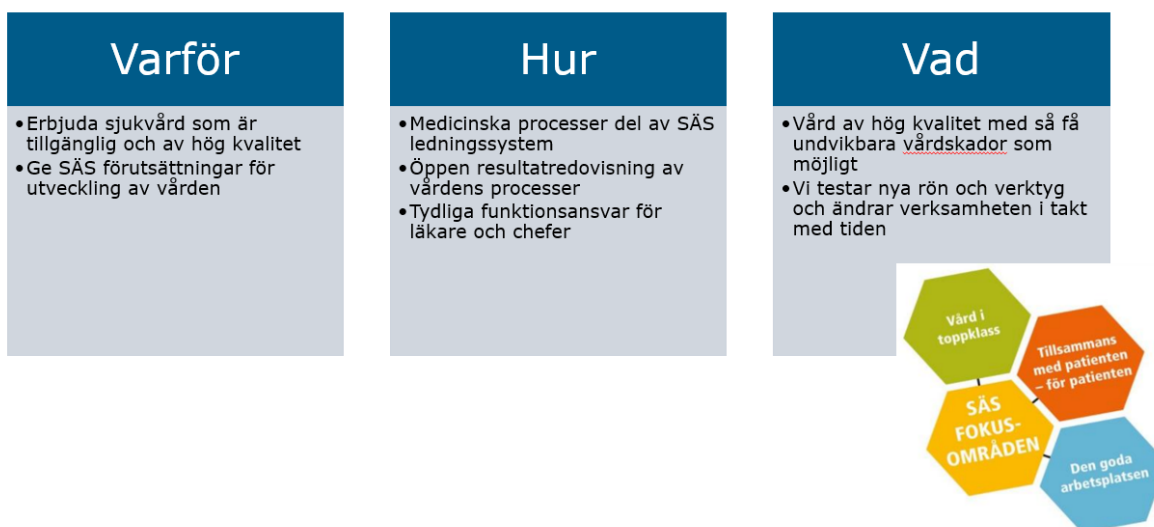
Förändringar sedan föregående version

Riktlinjen ersätter tidigare riktlinje *SÄS Processmodell för vårdverksamhet*.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Vision	2
Bakgrund	2
Strategi	3
Ledningssystem	3
Förutsättningar	4
Ansvar	4
Definition medicinsk process	5
Principer för SÄS medicinsk process	5
Principer	5
Organisation	6
Verksamhet	6
SÄS Förvaltning	6
Regionalt	7
Ekonomimodell	7
Indikatorer och resultat	7
Regionala system	7
Nationella kvalitetsregister	8
Nationella register	8
Europa	8
Genomförande	8
Planering och uppföljning	9
Utveckling	10
Dokumentinformation	11
Länkförteckning	11
Referensförteckning	12

Vision



Visionen för utformningen av de medicinska processerna på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) är att skapa en sammanhållen och patientcentrerad vård som bygger på evidensbaserade metoder och kontinuerlig förbättring. Målet är att

- vårdpersonalen ska ha goda förutsättningar i sitt arbete,
- patienterna upplever en hög kvalitet i vården,
- vården blir mer jämlik och resurseffektiv.

Vi strävar efter att erbjuda specialiserad vård som är både tillgänglig och av högsta kvalitet. För att möjliggöra detta behöver vården utvecklas i takt med kunskaps-, teknik och läkemedelsutveckling. Förutsättningarna för utveckling av vården inkluderar en hög delaktighet av vårdpersonal, framför allt läkare i egenskap av ägare av medicinsk kompetens.

Systematiskt utvecklingsarbete med medicinska processer är integrerat i SÄS ledningssystem för att säkerställa att vården på SÄS fortsätter att vara innovativ, effektiv och framför allt fokuserad på patientens bästa.

Bakgrund

SÄS strävar efter att erbjuda mycket god och säker vård till våra patienter. Tidigare processmodell, som etablerades 2005, omfattade mellan 8-20 vårdprocesser år 2023, och utvärderades i "Rapport-Status SÄS vårdprocesser och beskrivning av fortsatt ledning och styrning av införande av standardiserade medicinska flöden" [1]. Erfarenheter från SÄS processmodell har tagits med i utformningen av den reviderade modellen som beskrivs i denna riktlinje.

Det ökade antalet av standardiserade vårdprocesser, styrda av nationella och regionala initiativ, innebär att fler än 80 medicinska processer utförs på SÄS inom:

- nationellt system för kunskapsstyrning (PSV) med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (>50st omhändertas på SÄS) [2]
- där standardiserade vårdförlopp (SVF) är en del (>20st omhändertas på SÄS) [3]
- och regionala processteam (RPT) (>20 st omhändertas på SÄS) [4].

Ibland kan en medicinsk process vara beskriven i både PSV och RPT.

Utöver detta finns även diagnosgrupper med höga volymer som följs upp av nationella kvalitetsregister, ofta med rekommendationer om ”best-practice” och benchmark.

Strategi

För att uppnå visionen om en sammanhållen och patientcentrerad vård, som bygger på evidensbaserade metoder och kontinuerlig förbättring, är strategin att integrera arbetet med medicinska processer i SÄS ledningssystem genom att skapa gemensamma arbetsätt där:

- medicinska processer är del av SÄS ledningssystem med ett standardiserat arbetsätt för organisation, planering och uppföljning.
- beslut fattas baserat på data från medicinska processer.
- läkare har medicinskt ledningsansvar.
- önskade resultat uppnås genom verksamhetsutveckling, som utförs inom verksamheten med stöd av övriga resurser på SÄS.

Ledningssystem

Ett ledningssystem är ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, planera, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten samt gör det möjligt för ledningen och medarbetare att styra verksamheten i en önskad riktning [5, 6].

I Sverige finns ingen standard för ledningssystem i sjukvård, förutom krav i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) [7] som innebär att varje vårdgivare är skyldig att säkerställa att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och följs upp. Vidare är det nödvändigt att systemet beaktar gällande lagar och bestämmelser, nationella riktlinjer, patienters förväntningar och lokala mål

På SÄS används ett kvalitetsledningssystem inom domänen patientsäkerhet, där även medicinska processer kommer att integreras. Ledningssystemet är designat för att kunna ISO-certifieras i framtiden.

Förutsättningar

Ansvar

Krav och ansvar för olika roller och yrkesgrupper finns definierat i hälso- och sjukvårdslagen [7], och presenteras i tabellen nedan med koppling till SÄS ledningssystem.

Titel	Ansvar enligt lag	Ansvar i ledningssystemet
Vårdgivare/ SÄS förvaltningschef	Har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamhetens så att den lever upp till kraven på god vård.	Beslutar om budget, säkerställer att ledningssystem är ändamålsenligt och följer upp verksamhetens resultat.
Chefläkare	Leder och styr system för patientsäkerhet och kvalitet. Hanterar Lex Maria-ärenden.	Leder SÄS kvalitetsledningssystem i samråd med <i>Styrråd kvalitet & patientsäkerhet</i> . Leder SÄS medicinska råd.
Verksamhetschef	Har det samlade ansvaret för en verksamhet och ska tillgodose hög patientsäkerhet och god vård. Om verksamhetschef inte är läkare ska medicinsk ansvarig läkare (MAL) utses med delegerat medicinskt ansvar.	Tillsätter läkare med övergripande ansvar för medicinsk vårdprocess och har ansvar för att ledningsprocessen omfattar medicinska processer samt följer resultat för att säkerställa god och säker vård.
Medicinskt ansvarig läkare (MAL)	När verksamhetschef inte är läkare ska medicinskt ledningsansvar delegeras till läkare, MAL.	MAL har medicinskt ledningsansvar. För medicinska processer kan MAL ha direkt ansvar eller leda läkare med ansvar för process.
Legitimerad personal	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har personligt yrkesansvar att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.	Medarbetare följer riktlinjer från SÄS, regionalt och nationellt och arbetar enligt lagar och författningar samt är delaktiga i utvecklingsarbete.

Titel	Ansvar enligt lag	Ansvar i ledningssystemet
Överläkare (eller av verksamhetschef utsedd läkare)	Se ovan	Ansvar för medicinsk process, d.v.s. förvaltar och utvecklar en definierad medicinsk process, främst inom ett VO, men behöver samverka både inom SÄS och regionalt.

Definition medicinsk process

En medicinsk process på SÄS är en vårdprocess som inkluderas i SÄS ledningssystem. En vårdprocess definieras av Socialstyrelsen som en process avseende hälso- och sjukvård, som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd, i syfte att främja ett avsett resultat [8, 9].

Dagens hälso- och sjukvård med ökad komplexitet och engagemang av flera olika professioner i en - inte sällan - kontinuerlig kedja av olika personer, ställer krav på standardisering baserat på senaste kunskapsläget för att nå optimalt resultat på ett resurseffektivt sätt. Arbetet med en sammanhållen och ändamålsenlig hälso- och sjukvård är en målsättning för kunskapsstyrningen på uppdrag av Regeringen [10].

Principer för SÄS medicinsk process

En vårdprocess kan inkluderas i SÄS ledningssystem om samtliga av dessa rekvisit uppfylls:

- En standardiserad process finns beskriven i PSV (personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp), SVF (standardiserat vårdförlopp) eller RPT (regionalt processteam) eller är en definierad vårdprocess som omfattas av nationellt kvalitetsregister.
- Kvalitetssäkrade resultat finns tillgängliga för kontinuerlig uppföljning.
- En medicinsk ägare för vårdprocessen är utsedd på SÄS.

Principer

- Ansvaret för en medicinsk vårdprocess finns inom det VO där vården bedrivs eller kompetensen finns. För sjukhusövergripande medicinska processer har det VO ansvar, som omhändertar större delen av vårdprocessen eller innehar specialitetsansvaret.
- Verksamhetschef äger och följer upp processen, oavsett om den är lokal eller sjukhusövergripande.
- Utsedd ansvarig läkare bör vara SÄS representant i RPT.

- I medicinsk process där omvårdnadspersonal eller paramedicinare har stort engagemang, kan arbete delegeras med stöd av medicinskt ansvarig.
- Verksamhetschef och läkare som är ansvarig för en medicinsk process, har sjukhusövergripande roller, vilket innebär att de har förvaltningens uppdrag och mandat att verka över klinikgränser.
- I de fall det är tillämpligt bör processarbetet ske med tvärprofessionellt perspektiv där samtliga berörda professioner medverkar i utvecklingsarbetet.
- Arbetet i den medicinska processen följer normalt hela patientresan inom förvaltningen och tar ansvar för gränssnitt med andra vårdaktörer.
- Patientmedverkan ska vara en naturlig del i arbetet.
- Processarbetet ska syfta till en hög kvalitet och resurseffektivitet.
- Kloka kliniska val, d.v.s. kliniska åtgärder med avsaknad patientnytta för kvalitet eller patientsäkerhet, innefattas i uppdraget.

Organisation

Verksamhet

Varje verksamhetschef har en till flera processer inom sitt verksamhetsområde. Dessa leds av ansvariga överläkare som kan rapportera direkt till VO-chef eller till medicinsk ansvarig läkare (MAL).

Medicinsk processansvarig bör vara del av VO ledningsgrupp, direkt eller via MAL. Ansvarig överläkare samarbetar med första linjens chefer och vårdenhetsöverläkare (VÖL) i arbetet med att leda och utveckla processen. Utvecklingscontroller på VO stödjer den medicinskt processansvarige. Andra medarbetare (omvårdnadspersonal, paramedicinare, administratörer) och stödfunktioner (sjukhuset stab) kan adjungeras utifrån behov. Principiellt ska merparten av besluten hanteras i verksamhetens ledningsgrupp.

SÄS Förvaltning

Resultat från SÄS medicinska processer redovisas öppet på SÄS interna webb och följs regelbundet upp av SÄS ledningsgrupp.

De medicinska processerna ingår i uppdraget för SÄS medicinska råd för samordning, lärande och kontaktyta till stödjande resurser som t.ex. inom utdata, verksamhetsutveckling, förändringsledning etc. SÄS medicinska råd leds av förste chefläkare med representanter från VO.

SÄS resurser stödjer digital transformation genom begäran till *stab för kvalitet och tillgänglighet*.

SÄS-övergripande workshops för lärande och att dela resultat anordnas och organiseras av *stab för kvalitet och tillgänglighet*.

SÄS förvaltningschef ansvarar övergripande för att verksamheten lever upp till kraven på god vård. Förste chefläkare planerar och leder arbetet med SÄS ledningssystem.

Regionalt

Ansvarig person för medicinsk process på SÄS bör även vara representant i motsvarande regionalt processteam (RPT) eller samverkansgrupp från Regionalt cancercentrum.

Ekonomimodell

Arbetet med den medicinska processen är en 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. Verksamhetschef beslutar om hur mycket arbetstid som ska avsättas i processarbete, lokalt och regionalt.

Medverkan i utvecklingsarbete är en del av tjänsten för alla medarbetare, och ger möjlighet till inflytande på arbetet och till personlig utveckling. Att vara ansvarig för en medicinsk process är att betrakta som en del av SÄS karriärmodell, vilket innebär att det är en karriärmöjlighet. Prestationer i processroller ska beaktas i lönerevisionerna. Lönetillägg utgår inte för processroller.

Indikatorer och resultat

För att möjliggöra att beslut fattas baserat på kvalitetssäkrade data ska:

- resultaten från en medicinsk process använda definierade indikatorer. Dessa indikatorer bör vara nationellt, eller åtminstone regionalt, överenskomna för att möjliggöra jämförelse.
- data för indikationer bör insamlas systematiskt med så kort eftersläpning som möjligt.
- resultat från indikatorer bör vara validerade och kvalitetssäkrade.

Regionala system

Idag finns resultat från olika regionala system:

- Indikationer med definitioner
[Indikatorkatalog - Power BI Report Server](#)
- Övergripande VGR mapp med resultat från hälso-sjukvården
[VGR - Power BI Report Server](#)

- Resultat från VGR kunskapsorganisation (RPT)
[Kunskapsorganisation - Power BI Report Server](#)

Observera att vissa rapporter kräver behörighet som kan erhållas via SÄS utdataenhet.

Nationella kvalitetsregister

- Sammanställning av kvalitetsregister
<https://skr.se/kvalitetsregister/hittaregister.54631.html>

Resultat från nationella kvalitetsregister finns på respektive registers hemsida. Betydande eftersläpning kan förekomma, men ofta kan klinikrepresentant ha inloggning med bättre åtkomst.

Nationella register

- Vården i siffror speglar resultat från olika register
<https://vardenisiffror.se/>
- Socialstyrelsens statistikdatabas med data från bl.a. patientregistret, dödsorsaksregistret, läkemedelsregister etc.
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/

Europa

- EU hälsodatabas med möjlighet att jämföra indikationer mellan EU-länder
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>

Genomförande

Vårdprocesser kommer att kartläggas och infogas i SÄS ledningssystem succesivt enligt en standardiserad modell.

Steg 1

1. Vårdprocesser väljs ut tillsammans med VO-ledning baserat på en kartläggning av PSV, SVF, RPT och diagnosgrupper med stora volymer, som omfattas av nationellt kvalitetsregister.
 - VO-chef utser ansvarig person för medicinsk process. Eventuellt utbildningsbehov tillgodoses.
2. Initial analys utförs för att kartlägga hur väl lokal process överensstämmer med regionalt eller nationellt beslutade riktlinjer. Är patientgruppen definierad och tillämpas definitionen gemensamt på enheten/SÄS? Identifiera samarbetspartners på SÄS, i primärvården och regionalt. Är andra aktörer delaktiga i patientresan?

Steg 2

Definiera mål för den medicinska processen och fastställ vilka indikatorer som ska följas. Målformulering bör följa SMARTA mål, d.v.s. målet ska vara

- Specifikt
- Mätbart
- Accepterat
- Realistiskt
- Tidsbestämt.

Steg 3

Resultat från medicinska processer inkluderas i kvalitetsindex med öppen redovisning på SÄS interna webb.

Steg 4

Arbete med ständiga förbättringar i syfte att förbättra kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet.

På SÄS kommer kartläggning genomföras hösten 2024 med målet att inkludera minst en medicinsk process i ledningssystemet i början av 2025. Efter utvärdering av metodik och organisation av ledningssystem, kommer därefter övriga medicinska processer att inkluderas successivt.

Planering och uppföljning

I ett ledningssystem innefattas aktiviteterna planering, genomförande, uppföljning och utveckling av verksamheten. Tabellerna nedan beskriver planering och uppföljning samt ansvarsfördelning.

Planering och uppföljning			
Nivå	Uppgift	Ansvarig	Beskrivning
Förvaltning	Budget	Förvaltningschef med ledningsgrupp	Uppföljning av måluppfyllelse av medicinska processer är del av årliga budgetarbetet.
Förvaltning	Årsrapport	Chefläkare	Årsrapport medicinska processer SÄS med analys, prioritering som underlag till budgetarbete.
Förvaltning	Uppföljning	Ledningsgrupp	Redovisning av resultat och beslut med prioriteringar i ledningsgrupp 2 gånger/år.

Planering och uppföljning			
Nivå	Uppgift	Ansvarig	Beskrivning
Verksamhet	Verksamhetsplan	VO-chef	Verksamhetsplan innefattar plan för arbete med medicinska processer på sitt VO.
Verksamhet	Uppföljning	VO ledningsgrupp	Redovisning av resultat och beslut med prioriteringar i ledningsgrupp 2 gånger/år.
Medicinsk process	Årsrapport och plan	Ansvarig läkare	Årsrapport med aktiviteter och resultat och plan för fortsatt arbete.

Utveckling

Första steget i en utvecklingsprocess är att förstå nuläget. Vilket problem ska lösas och varför ska det lösas? Genom att ha resultat från medicinska processer tillgängligt blir gapet mellan förväntat resultat och faktiskt resultat synliggjort. Det tydliggör vilka områden som behöver analyseras och vilken del av verksamheten som behöver representeras i analysarbetet. Syftet med analysen är att få fram orsaker till nuläget och i nästa steg prioritera åtgärder för att förbättra processen. Utvecklingsarbetet sker genom systematik med ständiga förbättringar lokalt på berörd avdelning; resultat följs kontinuerligt för att säkerställa resultat.

I utveckling är det viktigt att ha patienten som medskapare. Från patienter kan värdefulla insikter komma om vad som kan förbättra en vårdprocess. Patientrepresentanter finns idag i verksamhetsledning och brukarföreningar bland annat. Stöd för arbete med patientmedverkan kan fås från *stab för kvalitet och tillgänglighet*.

Stöd i verksamhetsutveckling ges i första hand av utvecklingscontrollers inom berörda verksamhetsområden. Det finns flera metoder som kan vara användbara vilka presenteras som verktyg för förbättringsarbete, se [Verktyslåda för förbättringsarbete](#) på SÄS interna webb.

Stab för kvalitet och tillgänglighet kan ge kunskapsstöd för specifika verktyg och även direkt fungera som stödresurs i verksamheten vid behov.

I [Lärportalen](#) finns utbildningar inom förbättringskunskap.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Joacim Stalfors, förste chefläkare, SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Joakim Höstner, sjukhusdirektör, SÄS

Nyckelord

processorganisation, processarbete, kunskapsstyrning, processledare, teamarbete, samarbetsformer, ledningssystem, kvalitetssystem, vårdkvalitet, verksamhetsutveckling, utvecklingsstöd

Länkförteckning

- Indikationer med definitioner. Power BI Repert Server, Västra Götalandsregionen
https://pbirs.vgregion.se/reports_pbirs/powerbi/Sj%C3%A4lvbetj%C3%A4ning/VGR/Indikator katalog/Indikator katalog
- Övergripande VGR-mapp med resultat från hälso-sjukvården. Power BI Repert Server, Västra Götalandsregionen
https://pbirs.vgregion.se/reports_pbirs/browse/Sj%C3%A4lvbetj%C3%A4ning/VGR
- Resultat från VGR kunskapsorganisation (RPT). Power BI Repert Server, Västra Götalandsregionen
https://pbirs.vgregion.se/reports_pbirs/browse/Sj%C3%A4lvbetj%C3%A4ning/VGR/Kunskapsorganisation
- Sammanställning av kvalitetsregister. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
<https://skr.se/kvalitetsregister/hittaregister.54631.html>
- Vården i siffror. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
<https://vardenisiffror.se/>
- Socialstyrelsens statistikdatabas.
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/
- Europeiska unionens hälsodatabas
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>
- Verktygslåda för förbättringsarbete. SÄS interna webb
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/utveckling-kvalitet-och-uppfoljning/verktygslada-forbattningsarbete>

Referensförteckning

1. Rapport-Status SÄS vårdprocesser och beskrivning av fortsatt ledning och styrning av införande av standardiserade medicinska flöden”. SÄS (dnr 2024-00591)
2. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlop. Kunskapsstyrning vård. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod/personcentreradeochsammanhallnavardforlopp.55829.html>
3. Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF). Regionalt cancercentrum (RCC)
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>
4. Regionala processteam (RPT) – Vårdgivarwebben. Västra Götalandsregionen
www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/amnesomraden/psykisk-halsa/kph/Regionala-processteam/
5. Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting/Regioner (SKR)
<https://skr.se/download/18.2f6c078f1840e44be6f3db64/1667213259272/5285.pdf>
6. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialstyrelsens författningssamling
www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-38.pdf
7. Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763). Svensk författningssamling.
www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
8. Vårdenhet och vårdprocess. För hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen
www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/juridiskt-stod-for-dokumentation/vardenhet-och-vardprocess
9. Socialstyrelsens termbank
<https://termbank.socialstyrelsen.se>
10. Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.1d15a70b18ebd02cc6f6907c/1713253804966/Gemensam-inriktning-sammanhallen-andamalsenlig-kunskapsstyrning.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Joacim Stalfors, (joast6), Chefläkare

Godkänd av: Joakim Høstner, (joaho3), Sjukhusdirektör

Dokument-ID: SAS9613-1903286989-33

Version: 1.0

Giltig från: 2024-09-17

Giltig till: 2026-09-16