



RUTIN - modell för kollegial granskning

Version 230112

Läs på barnanpassadvard.se om kriterier, modellen, goda exempel och kontaktuppgifter.

Nätverkets styrgrupp: Ann Elmqvist Fridh, Johan Kaarme, Anna Styf, Karin Enskär, Anders Öberg, Martin Price

Syftet med processen är att utvärdera hur barnanpassad en sjukvårdsverksamhet är. Deltagande verksamheter använder sig av dels självskattning inklusive enkäter / intervjuer, dels kollegial granskning. Målet är ökad barnanpassning i sjukvården genom att deltagande verksamheter får kunskap om sin nivå av barnanpassning och inspiration för förbättringar.

Bakgrund

Nätverkets modell är för den verksamhet som vårdar barn och vill ta reda på hur barnanpassad den är. Modellen ger också en god bild av prioriterade förbättringar. Kriterierna för barnanpassning gör att verksamheter får gemensamma begrepp och ambitionsnivåer. Denna rutin beskriver modellens faser.

Verksamhetschef och ledningsgrupp behöver fatta tydligt beslut om deltagande för att resurser ska avsättas och förbättringsarbetet ska bli hållbart. Processen pågår i minst sex-nio månader, från beslut om deltagande till beslut om godkännande.

Klicka på en rubrik nedan för att gå direkt till avsnittet

- **Fas 1 – beslut om deltagande och ansvariga**
- **Fas 2 – självskattningen**
- **Fas 3 – förberedelser inför granskningsbesöken.**
- **Fas 4 – granskningsbesök i den kollegiala verksamheten**
- **Fas 5 – efter granskningarna**

Ändringar sedan förra version

- medlemmar i styrgruppen, se dokumenthuvud
- punkt 5.6.2 förtydligande att kontaktpersonen avgör när reservationer är undanröjda.
- ny punkt 5.7 om förnyat godkännande

Fas 1 – beslut om deltagande och ansvariga

1.1 Beslut	1. Efter beslut i ledningsgrupp utser chefen en processledare med vana av kvalitets- och processarbete.
1.2 Processledare	1. Processledaren kontaktar nätverkets styrgrupp och får besked om vem som blir deras kontaktperson (se punkt 1.4). 2. En arbetsgrupp bildas i verksamheten med företrädare från olika professioner och delar av verksamheten.
1.3 Kollegial verksamhet	1. Styrgruppen föreslår lämplig kollegial verksamhet att genomföra processen med. 2. När båda verksamheter godtagit förslaget hålls första gemensamt möte med processledare, verksamhetschefer och nätverkets kontaktperson. 3. Grov tidsplan diskuteras och preliminära datum för granskningar sätts. Datumerna för verksamheternas respektive besök hos varandra bör inte ligga mer än två till tre veckor ifrån varandra. 4. Processledarna har nytt möte (ev med kontaktpersonen) för avstämning om preliminära datum för respektive fas.
1.4 Kontaktperson	Nätverkets kontaktperson ger båda verksamheter stöd under processen och deltar vid granskningarna. Allmänt stöd från nätverket till verksamheterna i processen ges utan kostnad. Eventuell utbildning eller andra fördjupande insatser debiteras enligt överenskommelse. Kontaktpersonens resa och eventuell logi vid granskningarna bekostas av verksamheterna. Om verksamheterna önskar möten med kontaktpersonen utöver granskningen eller vad som kan genomföras i digitalt möte, bekostas de på samma sätt. Vid granskningarna kan även någon företrädare/observatör för en verksamhet som redan är medlem i nätverket delta i syfte att ta del av goda exempel. Kostnaden för detta täcks av den verksamheten.

Fas 2 – självskattningen

2.1 Förankring	1. Verksamhetens medarbetare informeras om nätverket och processen.
2.2. Kännedom	1. Arbetsgruppen läser kriterierna och bestämmer hur de vill undersöka patienters och föräldrars uppfattning om verksamheten samt medarbetares kännedom om arbetssätt, rutiner med mera. Nätverket erbjuder förslag på frågor. Enkäter, intervjuer eller andra metoder påbörjas.
2.3 Självskattning av arbetsgrupp	1. Arbetsgruppen skattar (bedömer) sin egen verksamhet i hur den möter kriterierna, särskilt de obligatoriska. Nätverkets mall för självskattning används. Dokument som styrker arbetssätt (exempelvis rutiner, planer) samlas i digitala mappar kopplade till kriteriernas tema och nummer. Sammanställ och redovisa sammanfattningsvis vad som framkommit från patienter / föräldrar och medarbetare.
2.4 Beskrivning av verksamheten	1. För den kollegiala verksamheten och kontaktpersonen görs en övergripande verksamhetsbeskrivning. Där framgår storlek, uppdrag och andra förutsättningar. Som bilagor redovisas också relevanta kompetens- och utbildningsplaner för både kliniska och exempelvis barnrättsliga frågor. Dokumenten syftar till att underlätta läsningen av självskattningarna.
2.5 Utbyte av självskattningarna	1. Enligt överenskommelse med kollegiala verksamheten utbyts självskattningarna som också sänds till nätverkets kontaktperson. För alla inblandade rekommenderas digitala mappar som går att dela.

Fas 3 – förberedelser inför granskningsbesöken.

3.1 Avstämning	1. Processledarna, några ur arbetsgrupperna samt kontaktpersonen har möte för gemensam bild av hur verksamheterna möter kriterierna. Förtydliganden och gemensamma tolkningar görs. Uppdatering av datum för granskningarna.
3.2 Planering av granskningarna	1. Processledaren i den granskande verksamheten beskriver för verksamheten som ska granskas vad den vill titta närmare på och vilka de vill träffa. Kriterierna ska vara i centrum av granskningarna, men kan kompletteras med inslag av typen studiebesök, enligt överenskommelse.
3.3 Schema	1. I god tid innan respektive granskning översänder processledaren i granskad verksamhet ett förslag på schema med tider och programpunkter.

Fas 4 – granskningsbesök i den kollegiala verksamheten

Råd inför granskningarna

Det ska vara både högtidligt och nervöst att ge och få full insyn i en likartad verksamhet. Nätverkets modell bygger på en noggrann och ärlig självskattning samt en kollegial granskning av en verksamhet. Nätverket anser att detta förenar fördelar av olika modeller för kvalitetsarbete. Processen utgår från verksamheterna, men med ett patient- och barnperspektiv.

Det är granskaren som leder besöket, vilket skiljer det från ett studiebesök. Upplägget för granskningen inspireras av dels den nederländska SMILEY-certifieringen av barnsjukvård, dels den svenska SPUR-modellen som används för kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring.

Granskningsbesöken ska ge utrymme både för traditionella möten mellan verksamheternas företrädare, observationer i lokalerna, intervjuer och spontana frågor till medarbetare och om möjligt ett urval patienter / föräldrar. Besöket pågår under minst en heldag.

Normalt bör processledaren vara ansvarig granskare, men rollen kan också delas med en annan från verksamheten, vilket också minskar risk vid förhinder. Utöver granskarna kan som mest tre ytterligare personer åka med för att komplettera granskarna. Alla i det granskande teamet ska vara väl insatta i verksamhetens självskattning (2.5) och beskrivning (2.4).

Från nätverket deltar styrgruppens kontaktperson och eventuella observatörer från andra verksamheter.

4.1 Förberedelse som värd	1. Utifrån önskemålen från den granskande verksamheten (3.2) och schemat (3.3) planerar arbetsgruppen besöket. Särskild kontakt tas med nätverkets kontaktperson om tider, resa och eventuell logi. Boka lokaler, lunch, fika och ev transporter mellan verksamheter. Informera och planera med delar av verksamheten som granskarna vill besöka.
4.2 Programmet	1. På dagen för granskning startas allt upp i en gemensam rymlig lokal. Processledaren och verksamhetschef hälsar välkomna. Information och eventuella kvarvarande frågor om programmet. Nätverket har förslag på upplägg för dagen i en samtalsmall. <ul style="list-style-type: none">• Granskarna samtalar med verksamhetschef (eller företrädare) och processledare. (1 – 1,5 t)• Studiebesök i utvalda delar av verksamheten. (1 – 2 tim)• Samtal med barnrättsombud eller motsvarande. (0,5 tim)<ul style="list-style-type: none">○ representant för eventuell lekterapi och skola. (0,5 tim)○ gruppen medarbetare som deltagit i självskattningen, med fokus verksamhetens styrkor, svagheter och mål. (1,5 timme)• Sammanfattning med verksamhetschef och processledare. Kvarstående frågor. Överenskommelse om fortsatt arbete. (1 timme)

Fas 5 – efter granskningarna

5.1 Utlåtande efter granskning	1. Granskande verksamhet skriver övergripande utlåtande och eventuella frågor och tips. Det skickas till granskad verksamhet och nätverkets kontaktperson inom några veckor.
5.2 Granskningsrapport	<p>1. Efter svar och eventuella kompletteringar från granskad verksamhet skriver granskande arbetsgruppen en granskningsrapport i nätverkets mall. Den bedömer hur verksamheten uppfyller kriterierna enligt:</p> <p>GRÖN Helt uppfyllt. GUL Nästan helt uppfyllt. Beskriv vad som saknas. ORANGE Påbörjat genomförande. RÖD Inte uppfyllt eller oklart, dvs underlag saknas. GRÅ Ej aktuellt eller tillämpligt. Detta ska motiveras.</p> <p>2. Rapporten skickas till granskad verksamhet och nätverkets kontaktperson.</p>
5.3 Möte om rapporterna	1. Processledarna och nätverkets kontaktperson möts för att diskutera om något ytterligare finns att komplettera eller besvara.
5.4 Beslut i styrgruppen samt observationer och reservationer	<p>1. Nätverkets kontaktperson förbereder nu samlad rapport till styrgruppen som vid särskilt möte tar ställning till godkännande.</p> <p>2. Särskilt starka eller svaga obligatoriska kriterier kan styrgruppen kommentera med observationer. Obligatoriska kriterier som av styrgruppen anses delvis uppfyllda kan erbjudas ny granskning inom sex månader. Dessa listas som reservationer.</p> <p>3. Uppskov på upp till två år kan beviljas om ett obligatoriskt kriterium som verksamheten inte själv helt styr över inte är helt uppfyllt (tex beslutad ombyggnation).</p> <p>4. Ett intyg för deltagande och eventuellt godkännande översänds till respektive verksamhet.</p>
5.5 Ledningsgruppen	1. Processledarna får tid i respektive ledningsgrupp för rapportering. Fortsatt arbete planeras med den kollegiala verksamheten om reservationer med mera. Detta rapporteras till nätverkets kontaktperson.
5.6 Fortsatt arbete	<p>1. Verksamheten har nu en grundlig prioritering om vilka delar och arbetssätt som är värda att sprida och vilka som behöver förstärkas.</p> <p>2. Reservationer (5.4.2) åtgärdas enligt plan, gärna i samverkan med kollegiala verksamheten. Kontaktpersonen avgör när de är åtgärdade.</p>
5.7 Förnya godkännandet	<p>1. Ett godkännande från nätverket behöver förnyas inom tre, och som mest fem år. Alla reservationer ska vara åtgärdade. Styrgruppen kontaktas.</p> <p>2. Verksamheten reviderar sin självskattning utifrån förnyad patient- och medarbetarundersökning samt aktuella rutiner. Självskattningen görs för alla kriterier men med fokus på svagare kriterier i förra processen.</p> <p>3. En kollegial verksamhet (gärna samma som senast) granskar reviderade självskattningen och lämnar förslag på omdömen. Kompletteringar.</p> <p>4. Styrgruppen tar ställning till nya underlagen och ett nytt godkännande.</p>