

Speciallægeklinikken Centralen

Indholdsfortegnelse

1	FORMÅL	2
2	REFERENCER	2
3	TERMER OG DEFINITIONER	3
4	GYLDIGHEDSOMRÅDE	3
5	ANSVAR	3
6	PROCES	3
6.1	SPECIALLÆGEKLINIKKEN CENTRALEN.....	3
6.1.1	<i>Hvem er vi:</i>	3
6.1.2	<i>Organisationsdiagram</i>	4
6.1.3	<i>Mission, vision og strategi</i>	5
6.1.4	<i>Kvalitetspolitik, udvikling og inddragelse</i>	6
6.1.5	<i>Underleverandører og patientinformation</i>	6
6.1.6	<i>Medarbejdere</i>	7
7	INTERNE REFERENCER	7
8	DOKUMENTATION OG ARKIVERING	7

Godkendelse

	Navn	Funktion	Dato
Udarbejdet af	Kristian Klein Juhl	Kvalitetsansvarlig	05-10-2015
Godkendt af	Ken Ninn-Pedersen	Klinikansvarlig læge	05-10-2015

1 Formål

Formålet med denne standard er

- at ledere, medarbejdere og eksterne interessenter får kendskab til klinikkens værdier og mål
- at skabe klarhed over generelle ledelsesmæssige krav og over forventningerne til klinikkens ledere
- at sikre, at klinikkens ressourcer anvendes hensigtsmæssigt i forhold til kvalitetsmål
- at sikre og udvikle
 - kvaliteten som en integreret del af klinikkens drift og
 - patientsikkerhedskulturen
- at sikre, at ledere og medarbejdere har fyldestgørende stillings- og funktionsbeskrivelser
- at sikre, at nyt personale opnår kendskab til organisation, opgaver og krav på klinikken
- at patienters og pårørendes viden, ønsker, behov og kendskab til egen situation efterspørges og anvendes i behandlingsforløbet og at de kan få indflydelse og mulighed for at handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom og med respekt for, at hensynet til patienten er det overordnede mål
- at sikre, at klinikkens ydelser tager højde for patientens og pårørendes kulturelle eller religiøse behov og ønsker om eksistentiel eller åndelig støtte
- at sikre, at patienten oplever, at vigtige samtaler foregår velforberedt, respektfuldt og i passende rammer
- at
 - understøtte og supplere mundtlig information og
 - sikre, at patienten har mulighed for at repetere og genkalde den information, der er givet

2 Referencer

Reference	Titel og beskrivelse
DDKM:	
1.1.1	Virksomhedsgrundlag
1.1.2	Ledelsesgrundlag
1.1.3	Planlægning, drift og økonomi
1.2.1	Kvalitetspolitik og organisation
1.4.1	Ansættelse af personale
1.4.3	Introduktion af nyt personale
2.1.2	Patientens og pårørendes inddragelse som partnere

- 2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende (hensyn og assistance i forbindelse med patienten, sker i planlægningen)
- 2.2.1 Vigtige samtaler med patienter og pårørende (tolkebistand)
- 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder (foldere i venteværelse)

3 Termer og definitioner

Term	Definition
------	------------

4 Gyldighedsområde

Standarden gælder for hele klinikken

5 Ansvar

Den klinikansvarlige læge er ansvarlig for at denne standard efterlevs.

6 Proces

6.1 Speciallægeklinikken Centralen

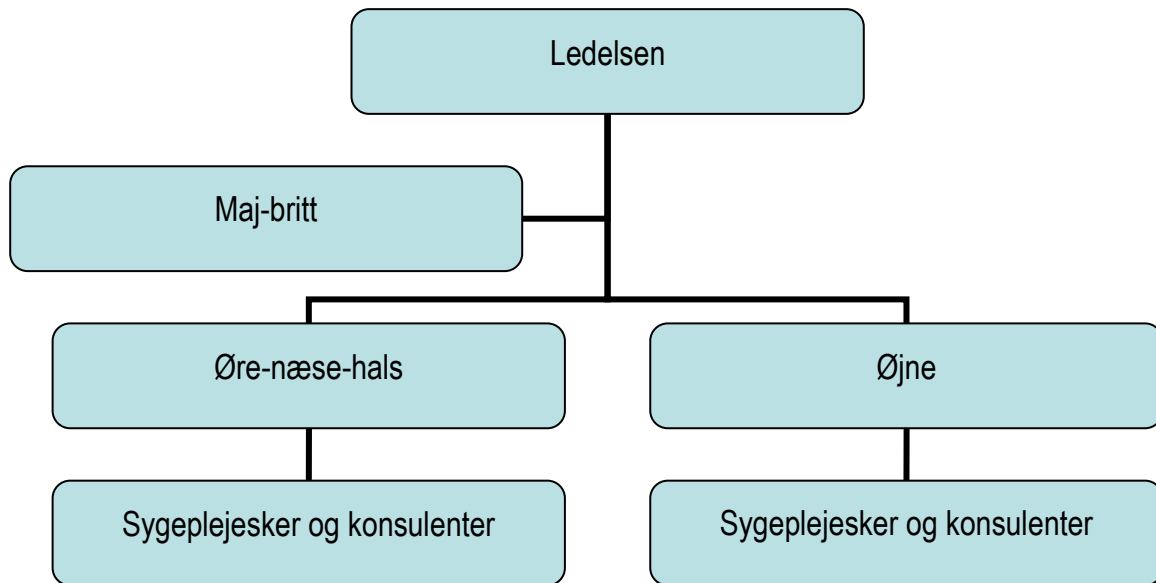
6.1.1 Hvem er vi:

- Kirsten Ninn-Pedersen, speciallæge i øre-næse og halssygdomme, autorisationsnummer *****, herefter Kirsten
- Ken Ninn-Pedersen, Dr. med, speciallæge i øjensygdomme, autorisationsnummer *****, herefter Ken
- Gülден *****, sygeplejerske, herefter Gülден
- Lisbeth *****, sygeplejerske, herefter Lisbeth
- Gitte *****, sygeplejerske, herefter Gitte
- Peter Slots, speciallæge i anæstesiologi, konsulent, herefter Peter

- Mary-Ann ****, ortoptist, herefter Mary-Ann
- Michael ****, konsulentsygeplejerske, herefter Michael
- Camilla ****, konsulentsygeplejerske, herefter Camilla
-
- Maj-Britt ****, sekretærkonsulent, herefter Maj-Britt
- Kristian Klein Juhl, eksternt kvalitetschef, cand. scient. pol., herefter Kristian,
- Kirsten og Ken er indehavere og udgør ledelsen, Ken er klinikansvarlig læge overfor Sundhedsstyrelsen.

6.1.2 Organisationsdiagram

Ledelse	Medarbejdere	Afdelingsspeciale
Kirsten og Ken	Gülden Lisbeth Gitte Peter Susanne Maj-Britt	Øre-næse-Hals (Kirsten)
	Gülden Lisbeth Gitte Mary-Ann Michael Camilla Maj-Britt	Øjen (Ken)



6.1.3 Mission, vision og strategi

Vores mission med klinikken er at undersøge og behandle patienter med øre-næse-hals- og øjen-sygdomme.

Vores vision er at samtale med, undersøge og behandle de henviste patienter på optimal fagligt, højt etisk og moralsk niveau inden for de rammer, klinikken agerer i. Dette med respekt for patientens ønsker og behov og med respekt for Specialeplanlægningen.

Vi har respekt for det enkelte menneske jf. Lægeløftet. Vi vil gerne give patienten en oplevelse af at føle sig velkommen og respekteret og give en optimal faglig udredning/behandling på baggrund af et holistisk menneskesyn.

Vi vil arbejde for ikke at forplumre overblikket og ikke fortabe os i detaljen (risiko ved new public management NpM).

Vi ønsker at fastholde Speciallægeklinikken Centralen som en arbejdsplads med indbyrdes respekt, frihed under ansvar og muligheder for menneskelig og faglig udfoldelse for indehavere og ansatte.

Den overordnede strategi er baseret på et ønske om høj kvalitet. For at give patienterne en optimal udredning og evt. behandling afsættes som minimum 10 minutter til hvert besøg. Hvis der kan forventes særlige udfordringer (f.eks. tolkebistand, kulturelle, blufærdigheds- eller religiøse hensyn, børn, evnesvage, syns- eller hørehæmmede patienter), kan der afsættes ekstra tid.

I planlægningen er der dagligt afsat tid til opfølgende og afledte opgaver af patientkontakt. Vi undgår at skubbe opgaver foran os både for læger og medarbejdere. Vi udsætter ikke patientrelaterede opgaver, hvis de kan løses samme dag.

Vi tilstræber et højt informationsniveau via telefon, breve, mail, fax, løbende justeringer via direkte kontakt internt i klinikken, til patienterne og diverse samarbejdspartnere. Nærhed i problemstillinger og korte kommandoveje internt og eksternt er kvalitetsmål for os. Vi har fokus på at overholde aftaler med patienter og disse føres derfor i den elektroniske patientkalender, så vi ikke glemmer dem.

Desuden er der personalemøde hver anden mandag med afsat tid til andre ikke-patientrelaterede opgaver. Der er således de pågældende mandage tid til kvalitetsarbejde jf. f.eks DDKM. I kalenderen afsættes tid til intern audit.

Denne kvalitetsmålsætning danner sammen med de lægefaglige ressourcer udgangspunkt for al anden planlægning, drift og økonomi. Hvis tidsrammen for det enkelte besøg overskrides, prioriteres at afrunde det aktuelle besøg på fornuftig vis, så patientens samlede forløb optimeres. Den næste ventende patient informeres af lægen eller medarbejder om opstået ventetid.

Den samlede aktivitet planlægges dels som et rimeligt fast skema for daglig arbejdstid og af ferier og fridage, så stress forebygges blandt alle ansatte og indehavere, dels har Gùlden, Lisbeth og Gitte frie hænder til at planlægge og ændre patientaftaler. Gùlden, Lisbeth og Gitte kan oprette og ændre aftaler umiddelbart med patienter pr. telefon, mail eller pr. post. Arbejdsgange søges optimeret og vi har dynamisk glidning af arbejdsopgaver mellem Gùlden, Lisbeth og Gitte afhængigt af, hvem der aktuelt er mest belastet.

6.1.4 Kvalitetspolitik, udvikling og inddragelse

Kvalitetspolitikken danner grundlag for al planlægning i klinikken. LUP, eKVIS, journalaudits, logbog, ris/ros fra patienter/pårørende indgår alle i den løbende kvalitetskontrol. Hvis vi skulle få patientklager, vil disse indgå med særlig fokus på kvaliteten. Kvaliteten af alle funktioner overvåges løbende af samtlige medarbejdere og ledelse. Alle disse forhold fremlægges ved det næst-kommende faste personalemøde hver anden mandag.

Kompetenceudvikling drøftes i ledelsen og blandt alle ansatte hver gang der anes optræk til uhensigtsmæssige arbejdsgange. Lægefaglig kompetenceudvikling jf. lægeløftet.

Alle former for feedback og kontrol indgår i kvalitetsovervågningen blandt andet i form af Ekvis samt LUP der begge er objektivt og centralt styret. Opdateret LUP-resultat for den overordnede tilfredshed med undersøgelse og behandling fremgår af klinikkens baggrundsoplysninger på Sygehusvalg.dk

Ledere og medarbejdere bruger kvalitetsmarkører som f.eks. journalaudit og LUP til at evaluere relevante arbejdsgange.

Patienter og eventuelle pårørende/bisiddere inddrages i beslutninger om valg/fravalg af behandling. Hvis patienten er under 18 år inddrages forældre/værger i samtaler om behandlingsmuligheder. Inddragelse af pårørende/andre i valg af behandlinger under hensyntagen til patientens ønske om, at disse deltager. Forældre / værger inddrages altid, hvis patienten er under 18 år.

Ved vigtige samtaler sikres uforstyrret samt evt. tilstedeværelse af tolk, forældre/værger eller andre af patienten ønskede tilstedeværende 3. personer. Patienterne opfordres til at spørge ind til eventuelle tvivlsspørgsmål.

Evaluering af om pårørende involveres i passende omfang fremgår af de nationale patient spørgeundersøgelser LUP og eKVIS. Se S03 vedrørende kvalitet og risikostyring (S03 - Kvalitet og risikostyring).

6.1.5 Underleverandører og patientinformation

Underleverandører af patientundersøgelser (røntgen, MR- eller CT-skanninger) er hver især godkendt af Danske Regioner. Anæstesiologen leverer ydelser iht. S10 Anæstesi og her selv ydernummer.

Information om sygdommen, behandlingsmuligheder og evt. undersøgelser gives løbende mundtligt og kan evt. suppleres med skriftligt materiale. Skriftlig information kan aldrig stå alene. Patienterne opfordres til at ringe eller skrive med evt. spørgsmål til sygdom, behandling eller andet relevant for patientforløbet.

Information om diagnostiske undersøgelser hos underleverandører er underleverandørens ansvar.

Vi har ikke fundet behov for udarbejdning af skriftligt informationsmateriale om patientrettigheder. Der henvises ved behov til hjemmeside, Sundhed.dk. Ligger som folder i venteværelset (bilag Sundhed.dk).

6.1.6 Medarbejdere

Gülden, Lisbeth og Gitte er alle erfarne sygeplejerske med det overordnede formål at udføre alle sekretær- og sygepleje-opgaver i klinikken. Oplæring og træning i klinikopgaver se S06 Uddannelse. Ansættelsesforhold og arbejdsopgaver evalueres løbende og ved MUS-samtaler.

Vedrørende rengøringspersonale: meget stabilt, Ingers Rengøring står for denne funktion.

7 Interne referencer

S06.XX Uddannelse

B-012.XX Personaleuddannelse oplæring

8 Dokumentation og arkivering

B-002.XX Logbog – Logbogen benyttes til at dokumentere alle kvalitetsaktiviteter som udføres. Logbøgerne arkiveres i DDKM-mappen indtil ekstern survey for efterfølgende 3 årige periode er gennemført.