

Dokumentstyring på Roskilde Fødeklínik

1) Formål

At beskrive opbygningen Dokumentstyringen som en del af Roskilde Fødeklíniks kvalitetsstyringssystem. Bilag til dette dokument beskriver kvalitetssystemets opbygning i hidtil anvendt papirbårne system.

Formål i øvrigt.

at jordemødre ved Roskilde Fødeklínik ved hjælp af dokumentstyringssystemet, til hver en tid kan finde relevante, korrekte og opdaterede dokumenter, der sikrer det bedst mulige beslutningsgrundlag for kliniske og administrative aktiviteter, procedurer og arbejdsgange.

Som minimum skal alle politikker, retningslinjer og instrukser forefindes i dokumentstyringssystemet. Desuden kan lister, kontrolskemaerskemaer o.lign. findes her

Der må ikke forekomme *personoplysninger* i dokumentstyringssystemet
Der må ikke forekomme referater og nyhedsbreve i Infonet.

2) Ansvar

Alle medarbejdere på Roskilde Fødeklínik har ansvar for at sikre en kontinuerlig udvikling, forbedring og styring af dokumenterne i kvalitetshåndbogen.

Alle medarbejdere har ansvar for:

- at handle i overensstemmelse med beskrivelserne i de styrings-, proces- og værktøjsdokumenter hvor de er dokumentbrugere og/eller dokumentansvarlige (se dokumentets sidehoved);
- løbende at meddele forslag vedrørende nye eller ændringer af allerede eksisterende dokumenter til den dokumentansvarlige.
- kun at bruge gyldige dokumenter. Dokumenter er gyldige når de er påført initialer og dato af den ansvarlige person.
- Udskrivne formularer eller skemaer er gyldige når datoen på dokumenterne er gyldige og når de er påført initialer og dato af en af Klinikejerne(KE) . Se også listen Dokument-, standard-, og ansvarsliste hvoraf gamle versionsnr. og datoen for sidste ændring fremgår.
- at kontakte den dokumentansvarlige når der kun er få eksemplarer tilbage af skemaer, formularer m.m. eller selv foranledige at der tages kopier.
- Det er Klinik ejernes opgave, i samarbejde med øvrige dokumentansvarlige at vurdere forslag vedrørende ændringer af proces- og værktøjsdokumenterne.
- Klinikejeren har ansvaret for at godkende nye dokumenter. under hensyntagen til miljø- og kvalitetspolitikker og målsætninger; interessentbehov (herunder myndigheder, brugere og berørte medarbejdere); myndighedskrav;

- Den dokumentansvarlige har ansvar for at: foretage de fornødne ændringer af styrings-, proces- og værktøjsdokumenterne se processen Ændring af dokument;
- at styrings-, proces- og værktøjsdokumenterne én gang årligt, i juni/juli måned, gennemgås og om nødvendigt opdateres og godkendes. Se processen Ændring af dokument.

3) Kvalitetshåndbog

Roskilde Fødeklíniks kvalitetsansvarlige JDM, er ansvarlig for, at alle dokumenter til kvalitetsstyringssystemet ligger i kvalitetshåndbogen, hvortil alle medarbejdere har adgang. Dokumenterne er skrivebeskyttet.

Denne håndbog er inddelt i tre afsnit illustreret med følgende trekant:



General Policy

Processniveau

Værktøjsniveau

3.1) Dokumentniveauer

På styringsniveauet, **Styring** beskrives de strategiske overvejelser i systemet og opbygningen heraf. Herunder dokumenter der beskriver relevante Standarder fra DDKM.

Procesdokumenter er **Standard Operational Procedures(SOP)** eller retningslinier for de forskellige arbejdsgange, der har betydning for kvalitetsstyringssystemet.

Værktøjsarkene indeholder **Formularer og Bilag** der knytter sig til overliggende SOPér.

3.2) Dokumentopbygning

Samtlige procedurer, formularer og bilag i håndbogen er opbygget af 2 punkter

- **Formål:** Beskrivelse af formålet med dokumentet.
- **Beskrivelse:** Beskrivelse af de handlinger der skal foretages, herunder registreringer og arkiveringer samt angivelse af ansvarsfordelingen. Når en tekst er farvet og kursiveret betyder det, at der, ved et klik på det kursiverede, er et link til den proces, værktøjet eller det bilag der henvises til.

Dokumentnummer:

GP henviser til det niveau dokumentet er skrevet på. GP står i eksemplet for General Policy. Nummer (1) er et fortløbende nummer. Her er det 1 dokument i Kapitel 1.

Dokumentbrugere:

Den/de person(er) der skal være orienteret om indholdet af dokumentet og som eventuelt har opgaver/ansvar i dokumentet.

Version:

Versionsnummeret ændres hver gang et dokument laves om.

Dokumentansvarlig:

Den person der har OVERORDNET ansvar for at redigere dokumentet. I Roskilde Fødeklivniks kvalitetsstyringssystem skal den, der har til ansvar at godkende dokumentet, også være i dokumentansvarsgruppen.

Redaktør:

Den der har til opgave at redigere dokumentet, udsende til høring og udgive dokumentet efter godkendelse.

Dokumentet godkendes af en af Klinikejerne (KE), initialer og dato for godkendelsen påføres automatisk.

Alle skemaer og formularer har en informationslinie der oplyser hvem der er dokumentansvarlig, versionsnummeret, at dokumentet er godkendt af KE og dato herfor.

Hvis et dokument ikke er godkendt med dato af KE er det ikke gyldigt. Det fremgår automatisk ved visning af dokument om det er gyldigt eller ugyldigt.

3.3) Ændring af dokumenter

Dokumentansvarlige har ansvaret for at oprette eller redigere det relevante dokument.

Den dokumentansvarlige foretager de fornødne ændringer af styrings-, proces- og værktøjsdokumenterne, formularer og skemaer. Ændringer og udarbejdelser af dokumenter foretages ved , at skrive de fornødne ændringer i et word dokument, hvorefter det overdrages til Klinikejer/Kvalitets Jordemoderen der redigerer dokumentet. Administrator opretter selv nye versioner til redigering og følger procedure herfor.

Når et dokument er ændret/udarbejdet sendes det til godkendelse hos Klinikejerne. Et dokument er først gyldigt og kan frigives når det er godkendt af KE

Ved udarbejdelse af nye dokumenter eller ændringer af disse har Kvalitetsjordemoderen ansvaret for at:

- opdatere Dokument, standard og ansvarslisten
- Sende dokumentet til træning hos alle tilknyttede brugere.
- Indsamle og kassere print versioner af tidligere udgaver af formularer, der hvor sådanne har anvendelse.