

# Patientnämnden

## Slutlig budget 2012 och plan för åren 2013-2014 samt investeringsbudget för 2012 och plan för åren 2013-2016

### Innehållsförteckning

<b>1. SAMMANFATTNING .....</b>	<b>2</b>
<b>2. VERKSAMHETSIDÉ OCH VISION .....</b>	<b>3</b>
<b>3. MÅL OCH UPPDRAG .....</b>	<b>4</b>
3.1. LAGAR .....	4
3.2. REGLEMENTE .....	4
3.3. EXTERNA SAMVERKANSAVTAL .....	5
3.4. POLITISKA INRIKTNINGSMÅL .....	5
3.5. UPPDRAG .....	5
3.6. LOKALA KVALITETSMÅL .....	6
3.6.1. Patientärenden .....	6
3.6.2. Stödpersonsverksamheten .....	8
3.6.3. Förebyggande verksamheter .....	8
3.6.4. Öka kunskap om patientnämnden och dess förvaltning .....	9
3.6.5. Främja kontakter .....	10
3.6.6. Övriga mål .....	10
3.7. VÅRDGIVARNAS SYNPUNKTER PÅ PATIENTNÄMNDENS VERKSAMHET .....	10
<b>4. VERKSAMHETENS OMFATTNING OCH INNEHÅLL .....</b>	<b>11</b>
4.1. NÄRMARE OM VERKSAMHETSFÖRÄNDRINGAR .....	13
<b>5. VERKSAMHETENS EKONOMI .....</b>	<b>14</b>
5.1. ANTAGANDEN I BUDGET 2012 .....	14
5.2. RESULTATRÄKNING .....	15
5.3. PRODUKTIVITET OCH EFFEKTIVITET .....	16
5.4. BALANSRÄKNING .....	16
5.5. INVESTERINGAR .....	16
5.5.1 UPPLÅNING .....	16
<b>6. RISKER/MÖJLIGHETER ÅR 2012 .....</b>	<b>16</b>
<b>7. PERSONAL .....</b>	<b>17</b>
7.1. JÄMLIKHETS- OCH JÄMSTÄLLDHETSARBETE .....	18
<b>8. MILJÖ .....</b>	<b>18</b>
<b>9. ÖVRIGT .....</b>	<b>20</b>
<b>10. STYRELSEBEHANDLING .....</b>	<b>20</b>

---

## Slutlig budget 2012

### 1. Sammanfattning

Nämnden finner det, av skäl som redovisas nedan, troligt att antalet patientärenden kommer att öka. Därutöver tillkommer att antalet ärenden som inkommer till förvaltningen i skriftlig form, och kräver betydligt större utredningsresurser än övriga ärenden, ökar kontinuerligt, med 85 procent sedan 2005.

Även om vissa typer av problem kan minska som en följd av nämndens och vårdens förebyggande insatser tyder andra faktorer på att antalet ärenden hos förvaltningen kommer att öka på sikt. Dels leder sjukvårdens utveckling till att nya problem uppstår, dels medför länets växande befolkning att ett ökande antal patienter kommer att söka vård, vilket sammantaget torde medföra en ökning av ärendemängden. Därtill kommer att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd enligt den nya patientsäkerhetslagen fått förändrat uppdrag, vilket också på sikt förväntas bidra till ett ökat antal ärenden hos förvaltningen.

Ökningar kan även förväntas för andra delar av verksamheten. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivarna informera patienter som drabbats av en vårdskada om patientnämndernas verksamhet, vilket föranlett omfattande ökningar av informationsinsatser från förvaltningens sida gentemot vårdgivare. Det är också tänkbart att de senaste årens informationsinsatser, till exempel utveckling av nämndens hemsida samt utökat och förbättrat informationsmaterial i övrigt, kan leda till ett ökat antal ärenden.

I ändringar i lag om patientnämndsverksamhet m.m. som trädde i kraft 2011-01-01 förtydligas att nämnderna ska bidra till hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vidare preciseras att patientnämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet samt göra Socialstyrelsen uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn.

Antalet ansökningar om stödperson till patienter som tvångsvårdas i psykiatri har ökat under de senaste åren. Antalet minskade dock under 2010, vilket fortgick även under det första kvartalet 2011. Detta är en viktig och anmärkningsvärd iakttagelse eftersom dessa patienters rätt att få en stödperson är reglerad i lag. Vårdgivaren har således en skyldighet att informera patienterna om detta. Förvaltningen tillskrev därför samtliga enheter som bedriver tvångsvård med en begäran om redovisning hur man uppfyller gällande tvångslagstiftning rörande stödpersonsverksamheten. Därutöver genomfördes ett antal besök i aktuella verksamheter. Detta ledde till en kraftig ökning av antalet ansökningar som tydliggör behovet av kontinuerliga informationsinsatser. Förvaltningen kommer att följa utvecklingen och om behov ses utöka informationsinsatserna mot vården ytterligare.

Patientnämndens förebyggande arbete ökar kontinuerligt. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning efterfrågar allt oftare nämndens erfarenheter i samband med nyteckning och förlängning av avtal med vårdgivare. Därutöver önskar ett ökande antal vårdgivare med varierande regelbundenhet information om sina respektive ärenden. Efterfrågan på denna typ av data-sammanställningar har ökat kraftigt under de senaste åren, med drygt 20 procent under 2010. För att förbättra servicen till vården samt frigöra de resurser som tas i anspråk för sammanställning och utskick av ovan nämnda rapporter arbetar förvaltningen för närvarande på en

lösning som innebär att huvuddelen av rapporteringen automatiskt sammanställs och sänds med e-post till respektive vårdgivare.

För närvarande utreder Socialdepartementet huruvida patientnämndernas förvaltningar ska handlägga klagomål på skolhälsovård, vilket tidigare inte varit fallet. Sannolikheten för att detta ska genomföras kan bedömas som hög, vilket skulle innebära att ytterligare handläggaresurser blir nödvändiga.

I princip finns få möjligheter att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna då de som har synpunkter på vården, ansöker om stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

## 2. Verksamhetsidé och vision

Nämnden utgör en från vården fristående och opartisk instans som patienter och anhöriga kan vända sig till när det uppstått problem i kontakterna med all offentligt finansierad hälso- och sjukvård (privat, kommunal och landstingskommunal) samt folktandvården, Distriktstandvården och privata tandhygienister. Detta innebär att patienter som har synpunkter på hälso- och sjukvården, oavsett vårdgivarens huvudman, vänder sig till en och samma instans för att få sitt ärende utrett.

Nämndens förvaltning har, till skillnad från övriga lagreglerade klagomålsinstanser, till uppgift att hjälpa och stödja patienter/anhöriga när problem uppstått i kontakterna med vården. Förutom att utreda klagomål hjälps patienter/anhöriga att komma vidare i vårdprocessen.

Verksamheten ska även bidra till kvalitetsutvecklingen i vården genom att återföra de slutsatser som kan dras till vården samt göra Socialstyrelsen uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn.

Härutöver rekryterar, utbildar och förordnar nämnden stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatri respektive isoleras enligt smittskyddslagen.

Med ovanstående som bakgrund har följande vision formulerats:

Tillitsfulla möten i vården och hos Patientnämnden

För att uppnå visionen har nämnden antagit värdeordet Respekt. Nämnden anser att alla möten ska bygga på ömsesidig respekt. Alla ska bli respekterade för den de är oavsett till exempel etniskt ursprung, hudfärg, kön, religion, sexualitet, ålder, funktionsnedsättning eller politisk uppfattning.

För att personalen i den dagliga verksamheten ska sträva mot nämndens vision och värdeord har förhållningsorden Professionell, Ansvarsfull och Neutral definierats. Förhållningsordet Professionell innebär att personalen ska arbeta professionellt och enligt befintliga lagar, förordningar, föreskrifter och riktlinjer. Ärenden ska handläggas med hög kompetens. De som vänder sig till nämndens förvaltning ska få ett gott bemötande. Förhållningsordet Ansvarsfull innebär att nämndens personal ska vara ansvarsfull och lojal, stå för fattade beslut och ta ansvar för helheten inom nämndens kompetensområde. Förhållningsordet Neutral innebär att nämndens personal ska vara opartisk och inta en mellanställning. Personalen ska också vara lyhörd för samtliga involverades argument samt informera objektivt.

### 3. Mål och uppdrag

Patientnämnden fullgör landstingets skyldighet enligt lag att bedriva patientnämndsverksamhet.

Alliansens huvudmål	Dimension/Parameter	Utfall 2010	Mål 2011	Mål 2012
Tillgänglighet och kvalitet <sup>*)</sup>	Avser ej patientnämnden			
Tillförlitlighet <sup>**)</sup>	Avser ej patientnämnden			
Ekonomi i balans	Nämndens resultat	0,9	0,1	0

\*) Hälso- och sjukvården

\*\*\*) Kollektivtrafiken

SLL:s huvudmål rörande tillgänglighet och kvalitet i vården avser inte patientnämnden. Nämnden har dock egna mål för detta, vilka redovisas nedan under 3.6.

Nämndens förvaltning har alltid haft en ekonomi i balans. För 2010 sågs ett överskott med 0,9 mkr. Då utfallet till och med november 2010 pekade på ett sämre ekonomiskt resultat än föregående år tvingades förvaltningen skjuta upp flera oundvikliga kostnader och investeringar till kommande budgetår. Detta avsåg bland annat ombyggnad av förvaltningens lokaler, nödvändigt underhåll och utveckling av statistikprogrammet Vårdsynpunkter. Överskottet kom först efter årsskiftet till förvaltningschefens kännedom. Då prognostiseringen varit missvisande och åtgärder framgångsrikt vidtagits för att förhindra ett underskott har förvaltningschefen på nämndens uppdrag hemställt till landstingsstyrelsen att överskottet förs till 2011. Enligt beslut i landstingsstyrelsen under hösten 2011 kommer patientnämnden att tillföras 800 tkr för 2011.

#### 3.1. Lagar

Patientnämndens uppdrag utgår främst från lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m m, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), förvaltningslagen (1986:223), personuppgiftslagen (1998:204) samt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och av landstingsfullmäktige fastställt reglemente för nämndens verksamhet. Därutöver utgör barnkonventionen och landstingets handikappolitiska program viktiga utgångspunkter för nämndens arbete vid handläggning av patientärenden.

#### 3.2. Reglemente

Enligt det reglemente som landstingsfullmäktige med utgångspunkt i ovanstående lagar fastställt åligger det verksamheten

1. att verka för att patienternas intressen tas tillvara och att deras integritet skyddas samt att verka för att dessa frågor förankras i den löpande verksamheten
2. att verka för att en god kontakt och kontinuitet upprätthålls mellan vårdpersonalen och patienterna, bland annat genom information och utbildning
3. att hjälpa och stödja patienter och anhöriga samt att ta emot och vid behov förmedla förslag, idéer och synpunkter rörande landstingets hälso- och sjukvård

4. att informera patienter och deras anhöriga om de möjligheter och rättigheter som patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen och rättshjälpen innefattar
5. att informera klagande om möjligheten att vända sig till Socialstyrelsen, riksdagens ombudsmän och andra prövningsinstanser och myndigheter samt vid behov förmedla kontakter med dessa
6. att informera personalen inom landstingets hälso- och sjukvård om dels möjligheten att vända sig till nämnden för att lämna förslag till förbättringar i vården, dels att genom nämnden få hjälp och stöd i patientarbetet
7. att informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet
8. att med anledning av hänvändelser, framställda klagomål och annan information som nämnden får göra de utredningar och de framställningar till ansvariga nämnder inom landstinget och till andra berörda organ vilka är påkallade
9. att i förebyggande syfte verka för att sådana förhållanden vilka kan innefatta risker för felaktig eller otillfredsställande vård eller behandling uppmärksammas av ansvariga nämnder och förvaltningar samt att i övrigt verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet inom landstingets hälso- och sjukvård
10. att vidareutveckla analyserna av inkomna klagomål och intensifiera det förebyggande arbetet
11. att årligen återföra nämndens ärenden till respektive sjukhus och berörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklingsarbete i vården
12. att senast den sista februari varje år till Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten
13. att göra Socialstyrelsen uppmärksam på förhållande som omfattas av myndighetens tillsyn
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatri eller tvångsisoleras med stöd av smittskyddslagen.

### **3.3. Externa samverkansavtal**

Patientnämnden i Stockholm sköter genom avtal patientnämndsverksamheten för den kommunala hälso- och sjukvården samt för Distriktstandvården AB och privata tandhygienister i Stockholm.

### **3.4. Politiska inriktningsmål**

Patientnämnden ska prioritera följande inriktningsmål fastställda av landstingsfullmäktige 2004:

- Kunskapen om patientnämnden bland befolkningen skall öka.
- Klagomålen skall analyseras och följas upp.
- Det förebyggande arbetet skall intensifieras.

### **3.5. Uppdrag**

Med utgångspunkt i ovan nämnda lagar och reglemente ses fem områden i patientnämndens verksamhet: patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande verksamheter, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter.

Uppdraget kan sammanfattas och konkretiseras i två punkter:

- Med utgångspunkt i de klagomål, synpunkter och frågeställningar som inkommer ska nämndens förvaltning på ett opartiskt sätt och oavsett huvudman, utreda enskilda patientärenden samt bidra till kvalitetsutvecklingen genom att återföra de slutsatser som kan dras till vården. När så erfordras ska personalen informera om och hänvisa till andra instanser.
- De som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen ska, om de så önskar, erbjudas hjälp och stöd genom en stödperson. Dessa rekryteras, utbildas och förordnas av nämnden.

### **3.6. Lokala kvalitetsmål**

Nämndens kvalitetsmål utgår från fem identifierade verksamhetsområden; patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande verksamheter, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter. De mål som avser patientärenden följs upp genom patientenkäter minst vart tredje år. Den senast undersökningen genomfördes under våren 2011. Resultatet av denna är dock inte sammanställt. Därför redovisas resultatet av den föregående undersökning som genomfördes under 2009 i anslutning till beskrivningen av respektive mål nedan.

Målnivån har angetts till 90 procent i de fall målet endast berör förvaltningens verksamhet. När förvaltningen inte självständigt kan påverka att målet uppnås har det satts till 80 procent.

#### *3.6.1. Patientärenden*

##### **Information om Patientnämnden och dess förvaltning**

**Mål:** Minst 80 procent av dem som söker kontakt med patientnämndens förvaltning ska anse att informationen om verksamheten var lätt att finna och lätt att förstå.

**Strategi:** Information ska finnas tillgänglig i telefonkatalogen, på internet och i broschyrer hos vårdgivare.

**Uppföljning:** Patientenkät minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2009 framkom att 88 procent av dem som sökt information om verksamheten ansåg att den var mycket eller ganska lätt att finna, vilket är en förbättring med 3 procentenheter jämfört med föregående undersökningstillfälle 2007.

93 procent av dem som läst skriftlig information ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få vägledning av denna, vilket är en förbättring med 5 procentenheter. Målet är därmed uppnått.

##### **Tillgänglighet**

Det ska vara lätt att få kontakt med patientnämndens förvaltning. De som skriver brev eller skickar e-post får inom ett par dagar skriftlig bekräftelse på att förvaltningen mottagit deras skrivelse. Därefter ska de snarast, dock senast inom tolv arbetsdagar, få kontakt med en handläggare. De som ringer till förvaltningen under kontorstid ska i normalfallet få kontakt vid sitt första försök. Om personalen inte kan ta emot samtal ska den som ringer få besked av telefonväxeln eller telefonsvarare när de kan nås.

**Mål:** Minst 90 procent av dem som kontaktar förvaltningen ska vara nöjda med tillgängligheten.

**Strategi:** Rutiner för tillgänglighet.

**Uppföljning:** Patientenkät minst vart tredje år. Telefontillgängligheten i skriftliga ärenden



följs därutöver upp en gång årligen genom förvaltningens egen dokumentation i ett urval av ärenden. Informell uppföljning av telefontillgängligheten kan göras genom samtal med telefonväxeln och förvaltningens expedition.

Vid uppföljning av detta mål våren 2009 framkom att 96 procent av dem som ringt till förvaltningen ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt per telefon. Jämfört med föregående undersökningstillfälle sågs endast marginella skillnader. Målet är därmed uppnått.

Under 2010 har en särskild uppföljning av förvaltningens telefontillgänglighet i 100 skriftliga ärenden genomförts. Den visade att anmälaren i samtliga fall kontaktades inom tolv arbetsdagar.

### **Information**

Information och råd ska ges sakligt och korrekt. Det ska framgå vad förvaltningen kan hjälpa till med och vad andra klagomålsinstanser kan göra.

**Mål:** Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med den inledande informationen.

**Strategi:** Rutiner för den information som ges vid den första kontakten med en anmälare.

**Uppföljning:** Patientenkät minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2009 framkom att 82 procent var mycket eller ganska nöjda med den inledande informationen om vad förvaltningen kan hjälpa till med. Målet är därmed inte uppnått.

Då tidigare undersökningar visat liknande resultat vidtogs under 2008 åtgärder för att se över och aktualisera befintliga rutiner för den inledande information som ska lämnas vid alla kontakter med anmälare. För att få mer detaljerad information uppmanade förvaltningen enkäten 2009 till positiva och negativa kommentarer i denna, och ytterligare tre frågor. De negativa kommentarerna var dock få och gav ingen tydlig vägledning om vad som kan göras för att förbättra anmälarnas nöjdhet.

Förvaltningen arbetar kontinuerligt med kommunikationsfrågor och kommer som tidigare att följa att information lämnas enligt befintliga riktlinjer.

### **Bemötande**

Enskilda ska med förtroende kunna vända sig till förvaltningen och bemötas med vänlighet och respekt samt känna att deras frågor och problem tas på allvar.

**Mål:** Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med personalens bemötande.

**Strategi:** Handledning, utbildning och falldiskussioner.

**Uppföljning:** Patientenkät minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2009 framkom att 100 procent var mycket eller ganska nöjda med personalens bemötande, vilket är en ökning med 6 procentenheter. Målet är därmed uppnått.

### **Handläggning av ärenden**

Ärenden ska handläggas snabbt och på ett opartiskt sätt. Den enskildes önskemål utgör, inom ramen för verksamhetens uppdrag, bas för de insatser som genomförs.

**Mål:** Minst 80 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda

med handläggningen av deras ärende.  
Strategi: Rutiner för handläggning av ärenden.

Uppföljning: Patientenkät minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2009 framkom att 92 procent var mycket eller ganska nöjda med handläggningen, vilket är en ökning med 9 procentenheter. Målet är därmed uppnått.

### 3.6.2. Stödpersonsverksamheten

#### **Förordnande av stödpersoner**

Mål: Samtliga som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, och som ansöker om stödperson, ska i normalfallet få en passande sådan förordnad senast inom tre arbetsdagar efter att ansökan inkommit till förvaltningen. För personer som isoleras enligt smittskyddslagen ska detta ske inom sju arbetsdagar. För tvångsvårdade enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ska det i normalfallet ske senast inom sju arbetsdagar efter att domen vunnit laga kraft.

Strategi: Snabb handläggning av inkomna önskemål om att få en stödperson.

Uppföljning: Genom förvaltningens egen dokumentation.

Uppföljning avseende år 2010 har visat att målet uppnåtts.

#### **Stöd till stödpersoner**

De som förordnas som stödpersoner ska få utförlig information samt den utbildning och det stöd som krävs för att de ska kunna fullgöra sina uppdrag.

Mål: Samtliga stödpersoner ska vara nöjda med den information och utbildning samt det stöd som förvaltningen ger.

Strategi: Utbildning för nyrekryterade stödpersoner samt två uppföljningsträffar årligen.

Uppföljning: I slutrapport efter avslutat uppdrag. Analys av orsaker till avbrutna uppdrag. Analyser av slutrapporter avseende år 2010 har visat att målet uppnåtts.

### 3.6.3. Förebyggande verksamheter

#### **Återföring av data till vården**

Mål: Senast den 28/2 varje år överlämnas redogörelse för föregående års verksamhet till Socialstyrelsen. Motsvarande lokala rapporter skickas till vården såväl rutinmässigt som på begäran. Uppföljningsmöten med vården enligt verksamhetsplan.

Strategi: Rutiner för framtagande och sammanställning av data.

Uppföljning: Antal utsända rapporter samt antal genomförda uppföljningsmöten enligt verksamhetsplan.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljningen avseende 2010 har visat att målet uppnåtts. Årsrapporten avseende år 2010 har lämnats planenligt. Den har även anmälts i landstingsfullmäktige samt till andra nämnder och utskott. I samband med överlämnandet till Socialstyrelsen hölls en presskonferens då verksamhetens statistik presenterades för media. Uppföljningsmöten har hållits med chefläkargruppen och Socialstyrelsen.



---

Lokala rapporter har sammanställts och sänts till ett stort antal vårdgivare. Inkomna önskemål om statistik utöver detta har expedierats omgående eller efter högst någon dag.

#### **Återföring av enskilda ärenden till vården**

**Mål:** Samtliga skriftliga ärenden där yttrande begärts återrapporteras till vården med avslutsskrivelse där frågeställning, handläggning och resultat framgår.

**Strategi:** Användning av framtagna mallar för avslutsskrivelser till vården.

**Uppföljning:** I samband med att patientärendesamordnaren undertecknar avslutsskrivelser till vården.

De skrivelser som inte innehåller fullständig information återlämnas till handläggaren för komplettering, varvid målet uppnås till fullo.

#### **Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder**

**Mål:** Samtliga förbättringsåtgärder som vidtagits i vården återförs till nämndens ledamöter.

**Strategi:** Rutiner för handläggning. Förbättringsåtgärder kodas vid registrering i förvaltningens statistikprogram.

**Uppföljning:** Kontinuerlig återföring till nämndens ledamöter.

Förbättringsåtgärder registreras i nämndens statistikprogram och återförs kontinuerligt till nämndens ledamöter genom nämndsekreterarens försorg, varvid målet uppnås till fullo. Därutöver redovisas ärenden som lett till förbättringsåtgärder i ett särskilt avsnitt i årsrapporten.

#### **Årlig analys av problemområden**

**Mål:** Varje år genomförs fördjupad analys av ett eller flera problemområden som bedöms vara av speciellt intresse eller är särskilt allvarliga.

**Strategi:** Val av relevanta problemområden samt val av metodik för analys.

**Uppföljning:** Redovisning av resultat i rapport till Socialstyrelsen, patientnämndens ledamöter med flera.

Beslut om fördjupningsområden fattas årligen. Dessa fördelas till lämplig handläggare. Målet är därmed uppnått. Årligen görs fördjupade analyser av ärenden avseende patientsäkerhet, läkemedelsrelaterade problem samt vård för barn och ungdomar.

För 2010 kompletterades dessa med kvinnosjukvård, hot och trakasserier, tillgänglighet, valfrihet och blandade salar i slutenvård. Ett särskilt avsnitt ägnas de yttranden som inkommer till förvaltningen i samband med utredning av patientärenden.

Ändringar i lag om patientnämndsverksamhet m.m. ålägger nämnden att göra Socialstyrelsen uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn. Med anledning av detta genomförs varje kvartal en särskild sökning i förvaltningens ärendedatabas i syfte att snabbt kunna identifiera eventuella ökningar av problem i vården.

#### *3.6.4. Öka kunskap om patientnämnden och dess förvaltning*

##### **Öka kunskapen hos vårdpersonal**

**Mål:** Spridning av information till vårdpersonal enligt verksamhetsplanen.

**Strategi:** Distribution av trycksaker, annonser/marknadsföring, föreläsningar, artiklar i media samt deltagande i mässor.

**Uppföljning:** Antal genomförda aktiviteter enligt verksamhetsplanen.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljning avseende år 2010 har visat att målet uppnåtts. Informations- och samverkansmöten har hållits med vårdgivare och beställare. Informationsmaterial har skickats till berörda, såväl rutinmässigt som på begäran. Förvaltningen har därutöver informerat vid vårdutbildningar med mera.

Den nya patientsäkerhetslagen och ändringar i lag om patientnämndsverksamhet ställer ökade krav på informationsinsatser från förvaltningen gentemot såväl allmänhet som hälso- och sjukvårdens personal. Under det första halvåret 2011 har förvaltningen kraftigt ökat sitt utåtriktade informationsarbete. Insatser för verksamheter för äldre (kommunal och geriatrisk vård) och psykiatri samt vid vårdutbildningar har särskilt prioriterats.

### **Öka kunskapen hos patienter och allmänhet**

**Mål:** Spridning av information till patienter och allmänhet enligt verksamhetsplan.

**Strategi:** Uppgifter i telefonkatalogen, uppdaterad hemsida, distribution av trycksaker till patient- och intresseorganisationer, föreläsningar samt deltagande i mäsor.

**Uppföljning:** Antal genomförda aktiviteter.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljning avseende år 2010 har visat att målet uppnåtts. Informations- och samverkansmöten har hållits med patient- och intresseorganisationer. Informationsmaterial har skickats till berörda, såväl rutinmässigt som på begäran.

Förvaltningen har vidtagit flera åtgärder för att förbättra allmänhetens möjligheter att ta del av information om nämndens verksamhet. Som första förvaltning i landstinget tillhandahåller patientnämnden teckentolk på hemsidan. Därutöver har informationsbroschyrer tryckts på 15 språk, inklusive de fem minoritetsspråken. Under tredje kvartalet 2011 kommer 160 000 informationsbroschyrer att skickas till 3 500 vårdgivare/enheter, vilket skedde även under hösten 2010.

#### *3.6.5. Främja kontakter*

Att verka för god kontakt, kontinuitet och förståelse mellan patienter och vårdpersonal ingår som en stor och angelägen komponent i hela verksamheten. Då effekterna av detta är mycket svåra att mäta har inga specifika mål formulerats.

#### *3.6.6. Övriga mål*

Förutom ovan beskrivna kvalitetsmål finns ett stort antal mål med annan inriktning. Dessa specificeras i separata dokument som verksamhetsplan, intern kontrollplan, jämställdhets- och mångfaldsplan, miljöledningssystem med flera. Nämndens miljömål redovisas i avsnitt 8.

### **3.7. Vårdgivarnas synpunkter på patientnämndens verksamhet**

Under våren 2011 har en enkätundersökning rörande vårdgivarnas synpunkter på patientnämndens verksamhet genomförts. Urvalet utgjordes av de 260 mottagningar/enheter som hade två eller flera skriftliga ärenden hos förvaltningen under 2010. Enkäterna sändes till verksamhetschef, enhetschef eller chefläkare i de aktuella verksamheterna samt i kommunerna till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

---

Resultatet av enkäten visar att majoriteten av de svarande på samtliga punkter är mycket eller ganska nöjda med förvaltningens verksamhet. I öppna frågor har en del synpunkter framförts som kommer att medföra förändringar av vissa rutiner.

Undersökningen och dess resultat beskrivs närmare i en separat rapport.

#### **4. Verksamhetens omfattning och innehåll**

Nämndens förvaltning ska fungera som en objektiv instans för kontakt med både patienter och personal. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter samt annan information nämnden får görs utredningar och framställningar till ansvariga nämnder inom landstinget och till andra berörda organ. I förebyggande syfte gör nämnden uttalanden när det gäller generella iakttagelser och tendenser som kräver vårdpersonalens uppmärksamhet. De brister som utreds av nämndens förvaltning utgör underlag för kvalitetsförbättringar hos såväl berörda vårdgivare som vården i helhet. Då särskilt stor vikt läggs vid ärenden som rör patientsäkerhet identifieras brister inom detta område varvid vården ges möjlighet att vidta lämpliga åtgärder.

##### **Patientärenden**

Förvaltningen hanterar årligen ungefär 5 000 ärenden från patienter och anhöriga. Dessa kan inkomma som skrivelser, telefonsamtal eller e-post brev samt vid personliga besök. De skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarligare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, har ökat kontinuerligt under de senaste åren, med 85 procent sedan 2005 och med 10 procent jämfört med 2010.

##### **Statistik**

Även efterfrågan på statistiska sammanställningar ur verksamhetens databas har ökat. Ett ökande antal av länets vårdgivare följer regelbundet sina respektive ärenden och tillsänds rapporter över dessa enligt egna önskemål, vanligen månads-, kvartals- eller tertialvis. Därutöver efterfrågar Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning data i samband med uppföljning och förlängning av avtal med vårdgivare. Förutom den årliga rapporten till Socialstyrelsen sammanställer förvaltningen varje vår ett stort antal rapporter till vårdgivare, mottagningar, beställare med flera rörande årets ärenden.

För att förbättra servicen till vården och samtidigt frigöra de resurser som tas i anspråk för sammanställning och utskick av ovan nämnda rapporter arbetar förvaltningen för närvarande på en lösning som innebär att såväl den löpande rapporteringen som de årliga rapporterna till vårdgivare automatiskt sammanställs och sänds med e-post till respektive vårdgivare.

##### **Förebyggande arbete**

Genom det förebyggande arbetet bidrar patientnämndens verksamhet till ökad kvalitet i hälso- och sjukvården. Nämnden föreslår förbättringsåtgärder i så kallade principärenden och sprider genom sina proaktiva ärenden information om ärenden där problem lösts på ett sätt som bidragit till att öka patientsäkerheten och som andra vårdgivare bedöms kunna använda i sitt eget patientsäkerhetsarbete. Vid beslut i princip- och proaktiva ärenden tas hänsyn till konsekvenser för patientsäkerhet, jämställd och jämlik vård samt miljöpåverkan.

Förvaltningen kan genom sitt statistikprogram enkelt följa olika typer av problem som bedöms vara av speciellt intresse eller särskilt allvarliga och vidta lämpliga åtgärder för att uppmärksamma vården, och om så erfordras även Socialstyrelsen, på missförhållanden. I förvaltningens utredningar av ärenden uppmärksammas bakomliggande problem och faktorer. Förvaltningen har i många fall kunnat bidra till att rutiner i vården förbättrats, vilket i sin tur lett till ökad patientsäkerhet.

---

Förvaltningen följer också de förbättringsåtgärder som med anledning av inkomna klagomål vidtagits i vården. Dessa redovisas i ett särskilt avsnitt i årsrapporten.

### **Patientsäkerhet**

De ärenden som inkommer till patientnämndens förvaltning utgör en värdefull kunskapskälla och det är angeläget att erfarenheterna tas tillvara i vårdens patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsaspekter finns med i många av förvaltningens ärenden avseende alla former av hälso- och sjukvård och på alla nivåer. Från och med 2011 tillfrågas vårdgivare, vid utredning av händelser som kan ha medfört brister i patientsäkerheten och när patienten så önskar, dels om sin egen bedömning rörande eventuell patientsäkerhetsrisk, dels om vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra en upprepning.

Efterfrågan på förvaltningens erfarenheter har succesivt ökat. Personalen deltar ofta vid utbildningar och konferenser rörande patientsäkerhet. För att ytterligare möjliggöra att erfarenheterna tas tillvara är förvaltningen sedan flera år knuten till landstingets centrala patientsäkerhetskommitté.

### **Stödpersoner**

Vid sidan av arbetet med vårdrelaterade problem har patientnämnden en uppgift av myndighetskaraktär, att förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen. Denna verksamhet regleras i rättighetslagar och är därmed omöjlig att styra, såväl vad gäller volym som fördelning över tid. Antalet ansökningar om stödperson har ökat under de senaste åren. Antalet minskade dock under 2010, vilket fortgick även under det första kvartalet 2011. Detta är en viktig och anmärkningsvärd iakttagelse eftersom dessa patienters rätt att få en stödperson är reglerad i lag. Vårdgivaren har således en skyldighet att informera patienterna om detta. Förvaltningen tillskrev därför samtliga enheter som bedriver tvångsvård med en begäran om redovisning av hur man uppfyller gällande tvångslagstiftning rörande stödpersonsverksamheten. Därutöver genomfördes ett antal besök i aktuella verksamheter. Dessa insatser ledde till en kraftig ökning av antalet ansökningar, vilket tydliggör såväl behovet av kontinuerliga informationsinsatser från förvaltningens sida som vikten av att vårdgivarna förbättrar sin egen kontroll. Förvaltningen kommer att följa utvecklingen och om behov ses utöka informationsinsatserna mot vården ytterligare.

### **Kvalitet**

Förvaltningens interna kvalitetsarbete har intensifierats från och med 2010. En kvalitetsplan med tydliga och uppföljningsbara mål för det interna kvalitetsarbetet har tagits fram. Två personer har utsetts till kvalitetssamordnare och tid har avsatts för deras arbete. Avvikelse rapportering har införts och utgör underlag för förbättringsåtgärder. Kvalitet och avvikelserapporter är stående punkter på förvaltningsmöten. Förvaltningen anordnar varje år två interna kvalitetsdagar. Kvalitetsbokslut ska göras från och med 2011.

Nämndens kvalitetspolicy innehåller de kvalitetsmål som redovisats ovan rörande information om och från verksamheten, tillgänglighet, bemötande, handläggning av patientärenden samt mål för stödpersonsverksamheten. Andra mål avser återföring av data till vården och informationsinsatser. Kvalitetspolicyn anger även strategier och rutiner för att nå målen samt uppföljningsmetoder, resultat och åtgärder. Såväl kvalitetspolicyn som det rutindokument som anknyter till målen revideras årligen.

Till skillnad från övriga lagreglerade klagomålsinstanser har verksamheten till uppgift att hjälpa och stödja patienter/anhöriga att komma vidare i vårdprocessen. De personer som kontaktar förvaltningen har på olika sätt råkat illa ut och tappat förtroendet för vården. Det är där-

för angeläget att återställa detta genom ett professionellt bemötande och högkvalitativ handläggning av deras ärenden. Därigenom kan i många fall en kostbar rundgång i vården förebyggas. Att förvaltningen erbjuder god tillgänglighet och gott omhändertagande är således gynnsamt för såväl patienter som vårdgivare.

Det kan även antas att förvaltningens ärendehantering i sig innebär en tidsbesparing för vården som ofta är hårt trängd med väntetider som många gånger är långa. Flertalet av de händelser som kommer till förvaltningens kännedom kan smidigt lösas genom telefonkontakter, varvid vården avlastas egna mer omfattande åtgärder för att hantera dessa problem.

De brister som kommer till förvaltningens kännedom vid utredningar av patientärenden utgör underlag för kvalitetsförbättringar i vården, dels hos den vårdgivare som är direkt berörd, men även i ett mer generellt perspektiv. Olika typer av problem föranleder nämnden att skriftligen föreslå åtgärder för att förbättra och förebygga att liknande händelser inträffar framgent.

Verksamhetens erfarenheter av problemområden kan även utgöra underlag för diskussioner om kvalitetsförbättringar i vården. Erfarenheterna återförs som tidigare nämnts i årsvisa statistksammanställningar till vårdgivare, beställare m fl samt i årsrapport till Socialstyrelsen.

#### **4.1. Närmare om verksamhetsförändringar**

Som tidigare nämnts medför såväl patientsäkerhetslag (2010:659) och de ändringar i lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. som båda trädde i kraft 2011-01-01 medför ett flertal nya uppdrag för patientnämndernas förvaltningar.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har enligt patientsäkerhetslagen fått förändrat uppdrag, vilket på sikt förväntas medföra ett ökat antal ärenden hos patientnämndens förvaltning.

Vårdgivarna ska, enligt samma lag, informera patienter som drabbats av en vårdskada om patientnämndens verksamhet. Lagen innehåller även en bestämmelse om att Socialstyrelsen systematiskt ska tillvarata information från patientnämnderna.

I förarbete till lagen anges att Socialstyrelsen ska ha ett system för att ta till vara information från patientnämnderna. Myndigheten ska samla in, sammanställa och göra informationen användbar dels i sin egen tillsyn, dels för vårdgivare och andra som önskar ta del av den. Det anges vidare att ett utökat erfarenhetsutbyte mellan patientnämnderna och Socialstyrelsen skulle kunna bidra till en säkrare vård. Genom den årliga verksamhetsredogörelsen kommer de olika nämndernas erfarenheter i dag till användning i tillsynsarbetet på regional nivå. Regeringen anser att denna informationskälla ska användas även på nationell nivå. Socialstyrelsen och patientnämnderna bör gemensamt svara för att verksamhetsredogörelserna utformas på ett för detta ändamål lämpligt sätt.

Ändringarna i lag om patientnämndsverksamhet m.m. förtydligar att nämnderna ska bidra till hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vidare preciseras att patientnämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet samt göra Socialstyrelsen uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn.

Patientsäkerhetslagen och ändringarna i lag om patientnämndsverksamhet m.m. medför således nya krav på arbetsinsatser från patientnämndernas förvaltningar. Det rör sig bland annat om utökade och riktade informationsinsatser mot såväl allmänheten som hälso- och sjukvårdens personal.

För att göra dessa informationsinsatser effektiva behöver en nationell informationsstrategi utarbetas tillsammans med övriga patientnämnder. Som en första del i denna strategi pågår för

närvarande ett arbete med att ta fram en gemensam nationell hemsida med länkar till de olika patientnämnderna. Framöver behöver också nationella gemensamma informationsinsatser utvecklas och genomföras. Patientnämnderna måste även tillsammans och i samråd med Socialstyrelsen arbeta fram en bra utformning av sina verksamhetsredogörelser. Allt detta kommer att medföra extra kostnader för nämndens verksamhet.

För närvarande utreds huruvida patientnämndernas förvaltningar ska handlägga ärenden som avser klagomål på skolhälsovård, vilket hittills inte varit fallet. Frågan har lyfts till Socialdepartementet för avgörande. Sannolikheten för att detta ska genomföras kan bedömas som hög. Ett utökat uppdrag skulle innebära att ett stort antal mottagningar, och därmed ärenden, tillförs verksamheten. För att hantera dessa behöver ytterligare handläggaresurser tillföras.

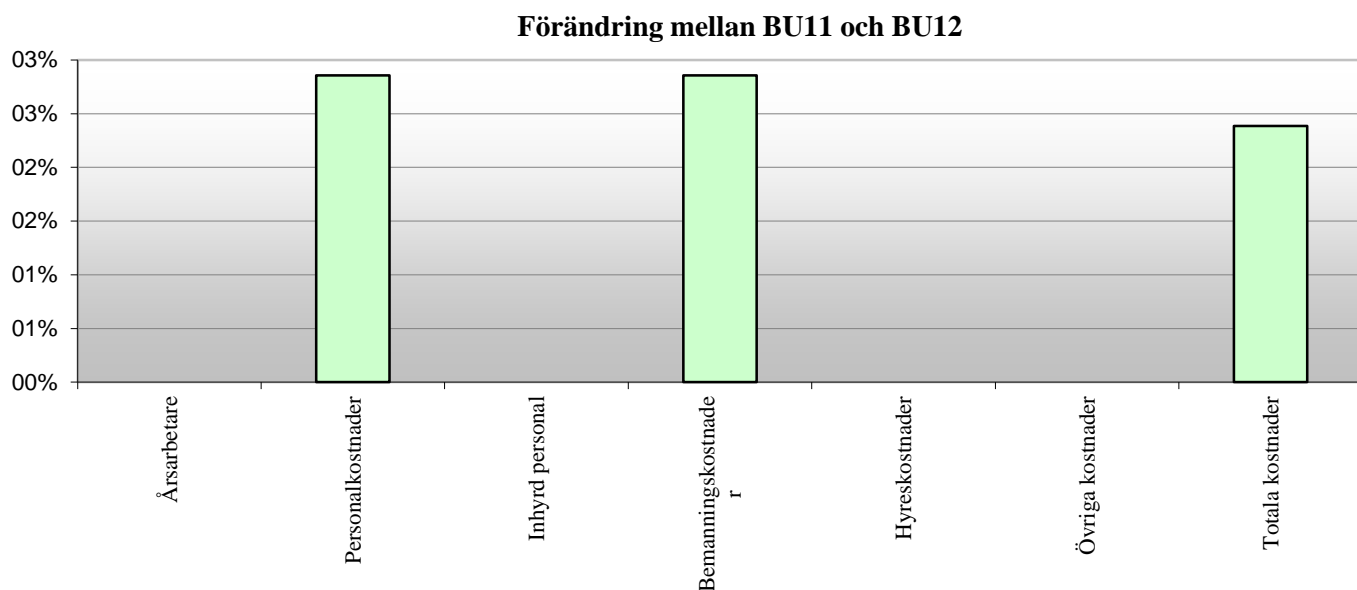
## 5. Verksamhetens ekonomi

Landstingsbidraget höjs enligt flerårsbudgeten med 1,7 procent, vilket motsvarar 0,3 mkr, från 17,8 till 18,1 mkr.

Under 2010 tillfördes nämnden medel motsvarande en handläggartjänst. Det ökande antalet skriftliga ärenden tar allt större handläggaresurser i anspråk. Därutöver tillkommer att den nya patientsäkerhetslagen och tillägg i lag om patientnämndsverksamhet m m har medfört att förvaltningen behöver lägga mer tid på analys och uppföljning av ärenden som är av betydelse för patientsäkerheten. Därtill kommer krav på utökade informationsinsatser till både vården och patienter/allmänhet. Såvitt kan bedömas är inte den tjänst som tillförts under 2011 tillräcklig för att uppfylla de nya kraven, varför det inom en snar framtid finns behov av ytterligare utökning med en handläggartjänst.

### 5.1. Antaganden i budget 2012

Antal årsarbetare beräknas kvarstå oförändrat 18,9 årsarbetare under 2012 jämfört med budget för 2011. Personalkostnaderna beräknas öka med ca 2,6 procent, varav stödpersonsverksamheten beräknas på oförändrad nivå jämfört med 2011. Övriga kostnader, som utgör en liten andel av nämndens kostnader beräknas oförändrade.





## 5.2. Resultaträkning

RESULTATRÄKNING (Mkr)	Budg2012/ BU1212	Budget1112/ BU1112	Bokslut 2010/AC101 2	Förändring BU12/BU11	Förändring BU12/AC10
<b>VERKSAMHETENS INTÄKTER</b>					
Försäljning övr. tjänster ***	1,3	1,3	1,3	0%	0%
Erhållna bidrag	18,1	17,8	17,1	2%	6%
Övriga intäkter	0,0	0,0	0,3		0%
<b>S:A VERKSAMHETENS INTÄKTER</b>	<b>19,4</b>	<b>19,1</b>	<b>18,7</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>
<i>Varav internt SLL</i>	<i>18,1</i>	<i>17,8</i>	<i>17,4</i>	<i>2%</i>	<i>4%</i>
<b>VERKSAMHETENS KOSTNADER</b>					
Personalkostnader	-16,2	-15,8	-15,0	3%	8%
Hyreskostnader	-1,5	-1,5	-1,6	0%	-6%
Inhyrd Personal					
Övriga kostnader	-1,6	-1,6	-1,1	0%	45%
<b>S:A VERKSAMHETENS KOSTNADER</b>	<b>-19,3</b>	<b>-18,9</b>	<b>-17,7</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>
<i>Varav internt SLL</i>	<i>-4,1</i>	<i>-3,4</i>	<i>-4,0</i>	<i>21%</i>	<i>2%</i>
Avskrivningar	-0,1	-0,1	-0,1	0%	0%
Finansnetto	0,0	0,0	0,0	0%	0%
<b>ÅRETS RESULTAT</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,9</b>	<b>-91%</b>	<b>-99%</b>

\* Patientavgifter sjukvård, tandvård samt trafikantavgifter (3010-3090)

\*\* Sald hälso- sjukvård och tandvård (3110-3490), försäljning övr tjänster, mtrl, varor inkl. uthyrning fordon, lokaler (3510-3690)

\*\*\* Försäljning övr tjänster (3510-3690), Försäljning av mtrl o varor (3700)

\*\*\*\* Köpt hälso- och sjukvård (5010-5290), tandvård (5410-5440) verksamhetsanknutna tjänster (5510-5590), köpt utbildning (5450-5490) och köpt trafik (5310-5390)

Landstingsbidraget höjs från 17,8 till 18,1 mkr. Resultatkravet ändras från 0,1 mkr till 0. Bokslut 2010 innebar ett överskott på 0,9 mkr bland annat beroende på ett mycket sent beslut som innebar minskade sociala avgifter för nämndens stödpersonsverksamhet. Beslutet får på sikt anses som positivt för stödpersonsverksamheten.

### Personalekonomi

Årsvis personalkostnadsförändring (%)	BU 2011	Bu 2012	P 2013	P 2014
<b>Total personalkostnadsförändring</b>				
varav budgeterad löneökning	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
varav budgeterad volymförändring	3,4%	0,6%		
varav budgeterad pensionskostnadsförändring				

Förändring av antal helårsarbete (närvaro - och frånvarotid exkl extratid)	BU 2011	BU 2012	P 2013	P 2014
<b>Totalt antal helårsarbete</b>	<b>18,9%</b>	<b>18,9%</b>	<b>18,9%</b>	<b>18,9%</b>
varav förflyttning vård / nytt uppdrag per förändring				
varav flyttad vård/minkat uppdrag per förändring				
varav "				

### 5.3. Produktivitet och effektivitet

Patientnämnden berörs inte av detta.

### 5.4. Balansräkning

BALANSRÄKNING (Mkr)	Budget 2012/BU12 12	BUDGET 1112	Bokslut201 0/AC1012	Förändring BU12/BU11	Förändring BU12/AC10
<b>TILLGÅNGAR</b>					
Anläggningsstillgångar	0,2	0,2	0,2	0%	0%
Omsättningstillgångar	2,8	3,4	3,3	-18%	-15%
varav kassa och bank	2,1	2,6	2,6	-19%	-19%
<b>S:A TILLGÅNGAR</b>	<b>3,0</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>-17%</b>	<b>-14%</b>
<b>EGET KAPITAL</b>					
Eget kapital	0,5	0,6	1,3	-17%	-62%
varav årets resultat	0,0	0,1	0,9		
<b>Avsättningar</b> (samt ev Minoritetsintresse)					
<b>SKULDER</b>					
Långfristiga skulder					
Kortfristiga skulder	2,5	3,0	2,2	-17%	14%
<b>S:A SKULDER &amp; EGET KAPITAL</b>	<b>3,0</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>-17%</b>	<b>-14%</b>

Inga större förändringar förväntas i balansräkningen. Jämfört med utfall 2010 förväntas omsättningstillgångarna liksom det egna kapitalet minska då 2010 års utfall innebar ett tillfälligt högt överskott på närmare 0,9 mkr.

### 5.5. Investeringar

Investeringar (Mkr)	BU 2011	BU 2012	P 2013	P 2014	P 2015	P 2016
Trafikinvesteringar						
Invest. i landstingets fastigheter						
Maskiner / Inventarier/IT						
Ombyggnation externt förhyrd lokal						
<b>Summering</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Enstaka inköp av datorer kan förekomma. Kontoret har genomfört en ombyggnad av lokaler-na under 2011 men beloppet blev lägre än gränsen för investering i förhyrd lokal.

#### 5.5.1 Upplåning

Patientnämnden berörs inte av detta.

## 6. Risker/möjligheter år 2012

Utvecklingen under de senaste åren har medfört en kraftigt ökad belastning på nämndens personalgrupp som är relativt liten. Antalet ärenden som inkommer till nämnden i skriftlig form, och som är mer komplicerade och kräver större utredningsresurser än övriga ärendetyper, har ökat dramatiskt under de senaste åren. Vid utgången av 2010 upphörde möjligheten för patienter/anhöriga att göra anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Detta kommer

---

sannolikt på sikt att medföra att ett ökande antal klagande i stället vänder sig till Patientnämnden. Därutöver tillkommer att länets växande befolkning leder till ett ökande antal patienter som söker vård, vilket också kommer att medföra en ökning av nämndens ärenden.

På grund av ökad belastning på handläggarna har tiden för en första kontakt med anmälare i skriftliga ärenden, vilken fastställts i nämndens kvalitetspolicy, fått förlängas från sju till tolv arbetsdagar från och med 2010.

Efterfrågan på statistiska sammanställningar från vårdgivare, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning med flera ökar kontinuerligt, varför allt större resurser har måst avsättas för denna del av verksamheten. Då förvaltningen arbetar på att utveckla ett system med automatisk sammanställning och utskick av statistiska rapporter bedöms denna risk bortfalla inom en inte alltför avlägsen framtid.

Därtill kommer nya och utvidgade uppdrag enligt patientsäkerhetslagen och ändringar i lag om patientnämndsverksamhet m.m. som beskrivits under punkten 4.1.

För att möta de ökade kraven på förvaltningen har nämnden under 2010 tillförts medel för att rekrytera ytterligare en handläggare. Denna tillträdde sin tjänst under våren 2011. Det är dock osäkert om tillskottet av en handläggare är tillräckligt för att bibehålla den höga kvalitetsnivån vid handläggning av patientärenden samt även för att arbeta enligt ovan nämnda lagars intentioner.

De främsta riskfaktorerna i övrigt kan kopplas till nämndens stödpersonsverksamhet. Den tidigare nämnda minskningen av antalet ansökningar under 2010 och även inledningsvis under 2011 samt resultatet av de åtgärder som vidtogs med anledning av detta tydliggör det stora behovet av utökad information till vårdgivare som bedriver tvångsvård.

Därtill kommer den pågående utredningen huruvida patientnämndernas förvaltningar ska handlägga ärenden som avser klagomål på skolhälsovård. Om så blir fallet, vilket bedöms sannolikt, behöver ytterligare handläggaresurser tillföras.

I ett längre perspektiv kan ytterligare en osäkerhetsfaktor ses för stödpersonsverksamheten. En möjlig utveckling är att de som dömts till vård får fortsätta sin vård i fängelse om de blir friskförklarade i ett i förhållande till brottet tidigt stadium, vilket föreslås i betänkandet Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3). Stödpersonen ska i dessa fall kunna fortsätta att bistå den dömde så länge denne är frihetsberövad, samt i ytterligare fyra veckor därefter om den dömde så önskar. En stödperson skulle då följa sin patient från sjukhuset till ett fängelse. Kravet på stödpersonerna ökar då avsevärt och svårigheterna att behålla dessa under en längre tid ska inte underskattas.

Övriga riskfaktorer beskrivs i nämndens interna kontrollplan. Dessa bedöms dock inte ha nämnvärd ekonomisk effekt på verksamheten.

Förvaltningen har i princip inga möjligheter att påverka huvuddelarna av sin verksamhet. De som har synpunkter på vården, ansöker om en stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

## 7. Personal

Förvaltningen har 19 personer i tjänst, varav flertalet kvalificerade handläggare med social, ekonomisk, juridisk eller samhällsvetenskaplig kompetens samt legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård eller tandvård.

Personalen arbetar huvudsakligen med patientärenden och utredningar samt information och utbildning riktad till allmänhet och vårdpersonal. Därutöver tillkommer rekrytering, utbildning och administration kring stödpersonsverksamheten för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen.

Förvaltningen har en övergripande kompetensutvecklingsplan. Därutöver finns individuella planer för varje enskild medarbetare. Samtliga följs upp och revideras årligen.

Förvaltningen har en platt organisation. Personalomsättningen är relativt liten och orsakas huvudsakligen av pensionsavgångar. En medarbetare har avgått med pension under 2011 varvid en ersättare har rekryterats. Denna tillträdde sin tjänst den 1 augusti. Nämnden har inte upplevt några svårigheter vid rekryteringar. Någon risk för övertalighet kan inte ses.

Personalen har flexitid. Vid behov finns möjlighet till handledning. Möjlighet ges att varje vecka använda en timme av arbetstiden för friskvård. Därutöver ges subventionering för motionskort och motsvarande. Planeringssamtal hålls regelbundet.

Personalarbetet inriktas som tidigare på en jämn lönefördelning mellan kvinnliga och manliga handläggare. Tjänster för personal- och kamerala frågor köps av Karolinska Universitetssjukhuset och landstingsstyrelsens förvaltning.

Efter en incident med en hotfull besökare har förvaltningen sett över och uppdaterat sina rutiner för att ta emot besökare i lokalerna.

### **7.1. Jämlikhets- och jämställdhetsarbete**

Patientnämnden har en jämställdhets- och mångfaldsplan enligt landstingets riktlinjer.

Alla som har synpunkter på den offentligt finansierade vården i Stockholms läns landsting har, oavsett ålder och kön, etnisk tillhörighet, religion, trosuppfattning, sexuell läggning och identitet, funktionshinder med mera samma möjligheter att vända sig till nämndens förvaltning. Detta gäller även de patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen och som önskar en stödperson.

Informationsmaterial, som finns på sammanlagt 15 språk, inklusive de fem minoritetsspråken, skickas såväl regelbundet som på begäran, till samtliga kliniker, mottagningar och vårdcentraler inom sjukvården, kommunala sjukhem, tandkliniker, apotek och försäkringskassor samt ett stort antal patient- och intresseorganisationer.

För att möjliggöra köns- och åldersuppdelad statistik registreras patientens kön och ålder i verksamhetens statistikprogram. I nämndens årsrapport redovisas ärendenas fördelning på kön och ålder utförligt i ett särskilt avsnitt. Sådan statistik kan också tas fram på begäran från vårdgivare, beställare med flera.

## **8. Miljö**

Patientnämndens förvaltning arbetar aktivt miljöfrågor genom att följa Miljösteg 5 och verkar på så sätt för en ekologisk hållbar utveckling. Nämnden har ett miljöledningssystem och är sedan 2004 miljöcertifierad enligt ISO 14001. Uppföljande interna och externa revisioner genomförs årligen. Miljöhänsyn tas i varje handling och beslut, vilket innebär att upphandla, köpa in och beställa tjänster som medför minsta möjliga miljöbelastning.

Inför införandet av Miljösteg 6, som gäller för tidsperioden 2012-2016, lämnas nedanstående redovisning av förvaltningens arbete från och med 2012.

---

### **Transporter**

Patientnämndens personal reser huvudsakligen med kollektiva transportmedel. Personalens fåtaliga taxiresor görs företrädesvis med bilar som använder förnybara bränslen. Tåg är alltid ett förstahandsalternativ vid inrikesresor. På så sätt bidrar patientnämndens personal till klimateffektivitet.

### **Energi**

Förvaltningen har avstängningsbara kopplingsdosor där samtliga elektroniska apparater stängs av vid arbetsdagens slut för att säkerställa att alla apparater är avstängda och att eventuella adaptorer inte drar ström när datorer och dylikt är i viloläge. Energiförbrukning följs upp årsvis. Kontakter har tagits med fastighetsvärden för att få fram mätetal för energiförbrukningen 2009. Mätetalet är dock inget exakt värde utan ett grovt mått på förbrukningen. I dagsläget går det inte få uppgifter för den egna förbrukningen då det inte finns en separat elmätare för förvaltningen. Dessutom ingår kostnaden för el och uppvärmning i månadshyran. Förvaltningen har en annan hyresvärd än Locum.

Som nytt mål för 2011-2012 är patientnämndens ambition att sänka energiförbrukningen med två procent jämfört med 2009 genom effektivare användning av kopplingsdosor, vilket ska mätas genom stickprovskontroller. Lågenergilampor används sedan tidigare. Förvaltningen har för avsikt att införskaffa rörelsestyrd belysning i våtutrymmen, vilket rymms inom budgeten. På så sätt arbetar patientnämndens förvaltning med resurseffektivitet.

### **Läkemedel**

Patientnämndens förvaltning använder varken lustgas eller läkemedel i sin verksamhet men kommer att uppmärksamma om det i inkomna ärenden finns frågor som berör läkemedel och miljö. Därför kommer det i dagsläget inte att sättas upp mål rörande läkemedel. Med tanke på Miljösteg 6 där koppling görs mellan antibiotikaförbrukning och vårdskador kan dock ett tänkbart mål vara att särskilt följa upp patientärenden som handlar om vårdskador och ökad antibiotikaförbrukning.

### **Kemikalier**

Förvaltningen använder inte kemikalier i sin kärnverksamhet. Dock används maskindiskmedel och medel vid städning. Hyresvärden, KLF Fastighets AB, som är miljöcertifierad, ansvarar för upphandling av städtjänst. Därför kommer inga mål rörande kemikalier att sättas upp.

### **Produkter och upphandling**

Förvaltningen gör till övervägande delen sina inköp med hjälp av landstingets upphandlingar och beställer alla sina produkter för såväl kontor som kök av Medicarrier. Miljökonsekvensbedömning görs vid behov och resurssnålhet och kretsloppstänkande beaktas så långt det är möjligt. Vid förvaltningen tillhandahålls endast ekologiskt te och kaffe samt mjölk ur automat till personalen. På detta sätt förväntas förvaltningen uppnå landstingets miljömål om att 25 procent av måltiderna ska baseras på ekologiskt framställda produkter.

Nytt mål för 2011-2012 är återigen att spara papper, vilket är en av förvaltningens största miljöaspekter. Jämfört med 2009 ska pappersförbrukningen minska med tio procent. Så mycket material som möjligt ska skickas elektroniskt i stället för i pappersform. På detta sätt arbetar patientnämnden med resurssnålhet.

Förvaltningen kommer att ta upp diskussioner om sortering och återvinning av matavfall med hyresvärden.

### **Miljöledning**

---

Patientnämnden är miljöcertifierad enligt ISO 14001. Uppföljande revisioner genomförs årligen. Förvaltningen arbetar för att behålla certifikatet samt för att integrera miljöarbetet i den ordinarie verksamheten genom att knyta detta till kvalitetsarbetet och budgetprocessen. Särskild rutin för miljökonsekvensbedömning finns. Hänsyn tas till resultatet av de eventuella miljökonsekvensbedömningar som görs vid ombyggnationer eller större investeringar. Detta har tidigare gjorts vid ombyggnation av kontorsutrymmen, planerad anskaffning av rörelsestyrd belysning i våtutrymmen och en tidigare mål- och handlingsplan.

Förvaltningen har börjat integrera alla processer för att ytterligare knyta ihop sambandet mellan miljö, ekonomi och kvalitet. Arbetet kommer att fortskrida som en ständigt pågående process. Bland annat kommer förvaltningens miljösamordnare att utbildas till intern revisor för integrerade ledningssystem.

### **Kommunikation**

En handlingsplan för kommunikation finns. De som får e-post från förvaltningen uppmanas att tänka efter om utskrift av dokumentet är nödvändig med tanke på miljön. Av verksamhetens hemsida framgår att förvaltningen är miljöcertifierad. Alla nämndens beslut kommer att konsekvensbedömas utifrån bland annat miljö, ekonomi och kvalitet.

## **9. Övrigt**

Patientnämnden har inget ytterligare att anföra.

## **10. Styrelsebehandling**

Budgeten för 2012 har nämndbehandlats den 27 september 2011.



Staffan Blom  
Förvaltningschef

Bilaga  
Jämställdhets- och mångfaldsplan 2012-2014