

Kvalitetsmål 2013

Ärendet

Patientnämnden har utarbetat föreliggande kvalitetsmål avseende 2013. Syftet är att säkerställa att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer samt att förvaltningens patientärenden handläggs på ett sätt som möjliggör att de kan bidra till att förbättra vården. I ärendet redovisas förutom målen för 2013 även uppföljning av de mål som avsåg 2012. Det som skiljer årets mål från tidigare årl är att det tillkommit nya mål och indikatorer för stödpersonsverksamheten.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta kvalitetsmål för 2013

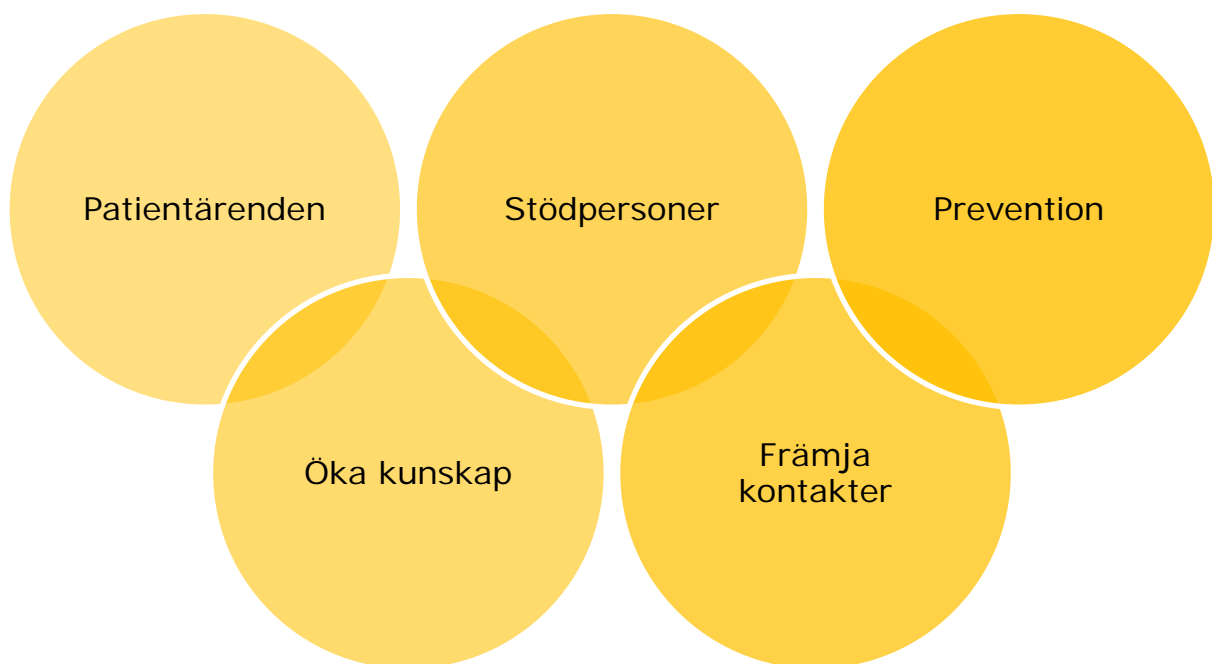
Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga:

1. Kvalitetsmål för 2013



Kvalitetsmål 2013



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	3
2	EFFEKTMÅL	3
2.1	PATIENTÄRENDEN.....	3
2.2	MÅL AVSEENDE PATIENTER/ANMÄLARE.....	3
2.2.1	<i>Information om Patientnämnden och dess förvaltning</i>	3
2.2.2	<i>Tillgänglighet</i>	4
2.2.3	<i>Information</i>	4
2.2.4	<i>Bemötande</i>	5
2.2.5	<i>Handläggning av ärenden</i>	5
2.3	MÅL AVSEENDE VÅRDEN	5
2.3.1	<i>Information i missivskrivelse vid begäran om yttrande</i>	5
2.3.2	<i>Handläggarnas opartiskhet</i>	5
2.3.3	<i>Patientnämndens betydelse för vården</i>	6
2.3.4	<i>Patientnämndens betydelse för patienterna</i>	6
2.4	STÖDPERSONSVERKSAMHET	6
2.4.1	<i>Förordnande av stödpersoner</i>	6
2.4.2	<i>Stöd till stödpersoner</i>	7
2.5	FÖREBYGGANDE ARBETE	7
2.5.1	<i>Återföring av data till vården</i>	7
2.5.2	<i>Återföring av enskilda ärenden till vården</i>	7
2.5.3	<i>Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder</i>	8
2.5.4	<i>Årlig analys av problemområden</i>	8
2.6	ÖKA KUNSKAP OM PATIENTNÄMNDEN OCH DESS FÖRVALTNING.....	8
2.6.1	<i>Öka kunskapen hos vårdpersonal</i>	8
2.6.2	<i>Öka kunskapen hos patienter och allmänhet</i>	8
2.7	FRÄMJA KONTAKTER	9
2.8	ÖVRIGA MÅL.....	9
3	UPPFÖLJNING 2012	9
4	ÅTGÄRDSPLAN 2013	9

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande kvalitetsmål avseende 2013. Syftet är att säkerställa att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer samt att förvaltningens patientärenden handläggs på ett sätt som möjliggör att de kan bidra till att förbättra vården.

I detta dokument redovisas förutom målen för 2013 även uppföljning av de mål som avsåg 2012.

2 EFFEKTMÅL

Patientnämnden ska bidra till att stärka patientens ställning och att förbättra vården. Nämndens kvalitetsmål utgår därför från de fem verksamhetsområden som definierats i den kvalitetspolicy som gäller från och med 2012; patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande verksamheter, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter.

2.1 Patientärenden

De mål som rör förvaltningens patientärenden avser såväl anmälarnas nöjdhet som vårdens nytta av förvaltningens handläggning av ärenden.

För de mål som endast berör förvaltningens verksamhet har angetts att 90 procent av anmälarna ska vara nöjda. I de fall förvaltningen inte självständigt kan påverka att målet uppnås har angetts att 80 procent ska vara nöjda.

Målen följs upp bland annat genom enkätundersökningar minst vart tredje år. De senaste genomfördes under 2011. Förvaltningen tillfrågade då anmälare i 160 nyligen avslutade skriftliga ärenden respektive ledningen för 260 vårdinrättningar som hade minst två skriftliga ärenden under 2010 om deras nöjdhet med handläggningen.

I anslutning till redovisningen av respektive mål nedan ges en kort sammanfattning av resultatet. Undersökningen som riktades till vårdinrättningar har inte genomförts tidigare varför jämförelsetal inte kan lämnas. Båda undersökningarna redovisas utförligt i separata rapporter.

2.2 Mål avseende patienter/anmälare

2.2.1 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 på hemsidan och i broschyrer hos vårdgivare samt på högkostnadskortet.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 91 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.

Av dem som läst skriftlig information ansåg 87 procent att det var mycket eller ganska lätt att få vägledning av denna, vilket var 6 procentenheter lägre än vid föregående undersökningstillfälle. Målet uppnåddes dock.

2.2.2 Tillgänglighet

Det ska vara lätt att få kontakt med patientnämndens förvaltning. De som skickar brev eller e-post får inom ett par dagar skriftlig bekräftelse på att förvaltningen mottagit deras skrivelse. Därefter ska de snarast, 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 personalen kan nås.

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

Strategi: Rutiner för tillgänglighet.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år. Telefontillgängligheten i skriftliga ärenden följs därutöver upp genom förvaltningens egen dokumentation i ett urval av ärenden. Informell uppföljning av telefonärenden kan göras genom samtal med telefonväxeln och förvaltningens expedition.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 85 procent av dem som ringt till förvaltningen ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt per telefon. Målet uppnåddes därmed inte. Jämfört med föregående undersökningstillfälle sågs en minskning med 10 procentenheter. Förvaltningen inledde därför ett arbete med att se över rutinerna för telefontillgängligheten.

I nämndens uppdrag ingår att informera vårdpersonal och allmänhet om sin verksamhet. Detta sker vanligen i form av externa möten med till exempel företrädare för hälso- och sjukvård och i kommunala verksamheter samt med patient- och intresseorganisationer. Från och med andra halvåret 2010 ökade förvaltningen sina utåtriktade informationsinsatser dramatiskt, vilket ledde till att antalet handläggare som var tillgängliga för telefonsamtal periodvis var mindre än tidigare.

Under 2011 utökades antalet handläggare med en heltid, vilket bidrog till förbättrad telefontillgänglighet. Under våren 2012 genomfördes en särskild uppföljning av förvaltningens telefontillgänglighet. Den visade på en del brister som ledde till ändrad planering av handläggarnas telefonjourer, vilket medförde en markant förbättring av tillgängligheten.

2.2.3 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: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 92 procent var mycket eller ganska nöjda med den inledande informationen om vad förvaltningen kan hjälpa till med. Målet var därmed uppnått.

2.2.4 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: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 94 procent var mycket eller ganska nöjda med personalens bemötande, vilket var 6 procentenheter lägre än vid föregående undersökningstillfälle. Målet uppnåddes dock.

2.2.5 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: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 84 procent var mycket eller ganska nöjda med handläggningen, vilket var 8 procentenheter lägre än vid föregående undersökningstillfälle. Målet uppnåddes dock.

2.3 Mål avseende vården

2.3.1 Information i missivskrivelse vid begäran om yttrande

Av missivskrivelsen ska tydligt framgå vad anmälaren vill ha svar på eller kommentarer till. Informationen ska vara tillräcklig för att mottagaren ska kunna besvara och bemöta patientens synpunkter.

Mål: Minst 90 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att den information som ges i missivskrivelse vid begäran om yttrande är tillräcklig.

Strategi: Användning av mall för formulering av missivskrivelse.

Uppföljning: Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 98 procent ansåg att informationen alltid eller oftast var tillräcklig. Målet var därmed uppnått.

2.3.2 Handläggarnas opartiskhet

Patientnämnden ska värna om patienters rättigheter men samtidigt vara fristående och opartisk.

Mål: Minst 90 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska uppleva handläggarnas agerande som opartiskt.

Strategi: Följsamhet till befintliga rutiner och riktlinjer.

Uppföljning: Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 77 procent upplevde handläggarens agerande som opartiskt. Målet var därmed inte uppnått.

2.3.3 Patientnämndens betydelse för vården

Klagomål, synpunkter och annan information som kommer till förvaltningens kännedom kan, när de förmedlas till vården, bidra till patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

Mål: Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att nämndens verksamhet är viktig för vården.

Strategi: Överföring av relevant information.

Uppföljning: Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 86 procent ansåg att patientnämndens verksamhet var mycket eller ganska viktig. Målet var därmed uppnått.

2.3.4 Patientnämndens betydelse för patienterna

Mål: Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att nämndens verksamhet är viktig för patienterna.

Strategi: Förmedla information till anmälare, ta emot klagomål och synpunkter samt förmedla dessa till vården.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Vid uppföljning av detta mål våren 2011 framkom att 96 procent ansåg att patientnämndens verksamhet var mycket eller ganska viktig. Målet var därmed uppnått.

2.4 Stödpersonsverksamhet

Under 2010 inleddes ett arbete med att kvalitetssäkra hela stödpersonsverksamheten, vilket beräknas avslutas under 2013. I detta arbete ingår att se över befintliga mål samt att ta fram nya/ytterligare indikatorer och mål.

2.4.1 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: Rutiner för handläggning av inkomna önskemål om att få en stödperson.

Uppföljning: Genom förvaltningens egen dokumentation.

Uppföljning avseende 2012 har visat att målet uppnåtts.

2.4.2 Stöd till stödpersoner

De som förordnas som stödpersoner ska ha genomgått en grundutbildning bestående av tre gånger tre timmar. Denna innefattar vissa psykiatriska diagnoser, juridik avseende tvångslagar samt sekretess- och smittskyddslagen och praktiska tips gällande stödpersonernas uppdrag. Här ingår rättigheter och skyldigheter gällande kontakt med och redovisning till förvaltningen samt förhållningssätt gentemot vårdgivare och patienter.

Mål: Minst 90 procent av stödpersonerna ska vara nöjda med den information och utbildning samt det stöd förvaltningen ger.

Strategi: Utbildning för nyrekryterade stödpersoner samt två fortbildningstillfällen årligen.

Uppföljning: I slutrapporter efter avslutat uppdrag. Analys av orsaker till avbrutna uppdrag.

Förutvarande stödpersonshandläggare slutade sin tjänst vid årsskiftet 2011-2012. Eftersom nuvarande handläggare tillträdde först i maj kunde endast ett fortbildningstillfälle genomföras under året. Utvärdering av denna visade att 90 procent av deltagarna var mycket nöjda.

Utbildningen för nyrekryterade stödpersoner förbättrades under hösten 2012, varefter ett utbildningstillfälle genomfördes. Även här framkom att deltagarna var mycket nöjda. Ytterligare förändringar av utbildningen kommer att genomföras.

2.5 Förebyggande arbete

2.5.1 Återföring av data till vården

Mål: Senast den 28 februari varje år överlämnas redogörelse över 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 separat verksamhetsplan.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljningen avseende 2012 har visat att målet uppnåtts. Rapporten avseende år 2011 har planerligt lämnats till Socialstyrelsen. Den har även anmälts i landstingsfullmäktige samt till andra nämnder och utskott. I samband med överlämnandet till Socialstyrelsen hölls en presskonferens. Uppföljningsmöten har hållits med chefläkargruppen och Socialstyrelsen.

Lokala rapporter har sammanställts och sänts till ett stort antal vårdgivare. Under 2012 infördes ett system som innebär att rapporter över verksamheternas ärenden automatiskt sammanställs och skickas per e-post varje månad respektive år. Månadsrapporterna har drygt 750 mottagarna, årsrapporterna knappt 800.

Inkomna önskemål om statistik utöver detta har expedierats omgående eller efter högst någon dag.

2.5.2 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.

2.5.3 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder

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

Strategi: Rutiner för handläggning. Förbättringsåtgärder registreras i förvaltningens statistikprogram.

Uppföljning: Kontinuerlig återföring till nämndens ledamöter.

Förbättringsåtgärder registreras i verksamhetens ärendehanteringsprogram och återförs kontinuerligt till nämndens ledamöter genom nämndsekreterarens försorg, varvid målet uppnås. Ärenden som lett till förbättringsåtgärder redovisas också i ett särskilt avsnitt i årsrapporten.

2.5.4 Årlig analys av problemområden

Mål: Varje år genomförs fördjupad analys av ett eller flera problemområden som bedöms vara av speciellt intresse eller 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 lämpliga handläggare. Målet är därmed uppnått.

Årligen görs fördjupade analyser av ärenden avseende anmälarnas kön och ålder samt läkemedelsrelaterade problem. För 2012 kompletteras dessa med vård vid cancersjukdomar, hörselrehabilitering och ärenden relaterade till HBT.

2.6 Öka kunskap om patientnämnden och dess förvaltning

2.6.1 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.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljning avseende 2012 har visat att målet uppnåtts. Informationsmaterial har skickats till berörda, såväl rutinmässigt som på begäran.

2.6.2 Öka kunskapen hos patienter och allmänhet

Mål: Spridning av information till patienter och allmänhet enligt verksamhetsplanen.

Strategi: Uppdaterad hemsida, distribution av trycksaker till patient- och intresseorganisationer, föreläsningar samt deltagande i mässor.

Uppföljning: Antal genomförda aktiviteter.

Effekten av detta mål är enligt verksamhetens bedömning svår att mäta på annat sätt. Uppföljning avseende 2012 har visat att målet uppnåtts. Informationsmaterial har skickats till berörda, såväl rutinmässigt som på begäran.

2.7 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 effekten av detta är mycket svår att mäta har inga specifika mål formulerats.

2.8 Övriga mål

Utöver 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.

3 UPPFÖLJNING 2012

Under 2012 har verksamheten följt upp sina kvalitetsmål enligt vad som redovisats ovan.

4 ÅTGÄRDSPLAN 2013

Verksamheten kommer under 2013 att följa upp sina kvalitetsmål enligt vad som redovisats ovan. Därutöver kommer förvaltningen att följa upp de förändringar som genomförts för att förbättra telefontillgängligheten samt den förbättrade utbildningen för stödpersoner.