

Handläggare: Lillemor Humlekil

PaN 2013-06-04 P 6

ANMÄLAN
2013-05-23

PaN A1304-0012043

Plan för förvaltningens interna kvalitetsarbete 2013

Ärendet

I ärendet föreligger förvaltningens interna kvalitetsplan för 2013. I kvalitetsarbetet ingår, ansvar, bemötande av anmälare, säkerställande av rutiner, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, spårbarhet och egenkontroll. Förvaltningens kvalitetsmål för 2013 behandlades i nämnden den 12 februari 2013.

Kvalitetsplanen anmäls för kännedom till nämnden.

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga:

Plan för förvaltningens interna kvalitetsarbete



Plan för förvaltningens interna kvalitetsarbete 2013

1 BAKGRUND

Förvaltningens kvalitetsarbete följer i den mån det är möjligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården respektive tandvården. Mot bakgrund av att nämndens lagreglerade uppdrag är riktat mot såväl patienter som hälso- och sjukvården och dess personal samt att resultatet av verksamheten ska bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården känns detta naturligt.

I kvalitetsarbetet ingår ansvar, bemötande av anmälare, säkerställande av rutiner, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, spårbarhet och egenkontroll.

De aktiviteter som redovisas nedan utgör underlag för förvaltningens kvalitetsarbete under perioden april 2013 till och med mars 2014. Uppföljningen av de olika aktiviteterna kommer att redovisas i det kvalitetsbokslut som presenteras i maj 2014.

2 AVVIKELSERAPPORTERING

Rapportering av avvikelser utgör en naturlig del av det dagliga interna kvalitetsarbetet och ger värdefullt underlag för förbättringar. Avvikelser som kan skada allmänhetens, vårdens eller förtroendevaldas förtroende för förvaltningen ska rapporteras, analyseras, åtgärdas och följas upp. I de fall en avvikelse bedöms vara av särskilt allvarlig karaktär kan förvaltningschefen uppdraga till kvalitetsansvariga att genomföra en händelseanalys.

Mål: Samtliga anställda ska känna till syftet med avvikelse-
rapporteringen och rapportera de avvikelser som
har betydelse för nämndens verksamhet.

Metod: Avvikelser rapporteras på en särskild blankett där
det framgår vem som rapporterar, vad som inträffat,
vilka konsekvenser avvikelsen fick samt vilka åtgärder
som vidtagits och förslag till förbättringar.

Uppföljning: Fortlöpande åtgärder och eventuella rutinförändringar
eller förbättringar.

Redovisning: Avvikelser och förbättringsåtgärder redovisas
fortlöpande på arbetsplatsträffar samt i de årliga
kvalitetsboksluten.

Ansvariga: Samtliga anställda ansvarar för rapportering.
Kvalitetsansvariga och förvaltningschefen ansvarar
för att inkomna rapporter bearbetas på adekvat vis,
till exempel genom att sammankalla och leda
analysgrupper och återföra resultatet till övriga
medarbetare.

Kvalitetsansvariga och förvaltningschefen
sammansätter kvalitetsbokslut.

3 UPPFÖLJNING AV HANDLÄGGNINGSTIDER

Korta handläggningstider är en viktig kvalitets- och förtroendefråga för förvaltningen. Ärenden ska avslutas så snart handläggningen är slutförd.

Drar handläggningen ut på tiden, det vill säga tiden från ärendets ankomst till förvaltningen tills det avslutas, kan vårdens och allmänhetens förtroende för förvaltningen skadas. Handläggningstiden kan av olika skäl ibland bli lång och påverkas av till exempel hög ärerendebelastning hos enskilda handläggare, att svar från vården dröjer samt att anmälaren inkommer med flera genmälen.

- Mål:** Samtliga ärenden som varit öppna mer än 12 månader ska identifieras och bedömas huruvida de kan avslutas.
- Metod:** I samband med den månatliga uppföljningen av registreringen i Vårdsynpunkter kontrolleras även de ärenden som varit öppna mer än 12 månader.
- Uppföljning:** Berörda handläggare informeras och tar ställning till fortsatta åtgärder; kan ärendet avslutas eller påskyndas, väntas ytterligare handlingar, genmälen etc?
- Redovisning:** Ej relevant.
- Ansvariga:** Controller.

4 TELEFONTILLGÄNGLIGHET

God telefontillgänglighet är en viktig förtroendefråga gentemot såväl anmälare som vård. Enligt förvaltningens kvalitetsmål ska de som ringer till förvaltningen under kontorstid i normalfallet få kontakt vid sitt första försök. Detta följs regelbundet upp genom enkäter till anmälare som haft skriftliga ärenden hos förvaltningen.

Under 2012 genomfördes en särskild uppföljning riktad till samtliga anmälare som under en tvåveckorsperiod hade telefonkontakt med förvaltningen. Denna ledde till att telefontillgängligheten förbättrades genom att flera ingående linjer öppnades.

- Mål:** Minst 90 procent av dem som ringer till förvaltningen ska vara nöjda med telefontillgängligheten.
- Metod:** Rutiner för bemanning av inkommande telefonlinjer.
- Uppföljning:** Under veckorna 40 och 41 genomförs en enkätundersökning riktad till samtliga anmälare som har telefonkontakt med förvaltningen. Denna genomförs på samma sätt som tidigare undersökning.
- Redovisning:** Resultatet redovisas vid kvalitetsdag den 24 oktober 2013. Då tas ställning till eventuella åtgärder inklusive upprepad undersökning under 2014.
- Ansvariga:** Samtliga anställda ansvarar för uppföljning av sina egna telefonkontakter.
Controller ansvarar för sammanställning av resultatet.

5 REGISTRERING AV LÄKEMEDELSÄRENDEN

En stor andel av de ärenden som inkommer till förvaltningen avser problem relaterade till läkemedelsbehandling. Sedan 2006 redovisas dessa i ett särskilt avsnitt i nämndens årsrapport.

I ärendehanteringsprogrammet Vårdsynpunkter märks de med bevakningsområdet "Läkemedel". Vid den månatliga uppföljningen av registreringen i Vårdsynpunkter sker viss kontroll av ärenden avseende läkemedelsbehandling. För att registreringen ska bli enhetlig och korrekt behövs såväl en tydlig definition som rutiner för uppföljning av registreringen.

- Mål:** Samtliga ärenden som enligt definitionen avser läkemedel ska vara korrekt registrerade.
- Metod:** Framtagande av definition för bestämning av när bevakningsområdet ska användas.
- Uppföljning:** Följsamheten till rutinen mäts genom regelbunden kvalitetsgranskning av registrerade läkemedelsärenden. Vid oklarheter diskuteras ärenden med ansvarig handläggare.
- Redovisning:** Vid kvalitetsdag den 24 oktober 2013.
- Ansvariga:** Ingela Jersenius, ansvarig för läkemedelsfrågor samt controller.

6 UPPFÖLJNING AV STÖDPERSONSVERKSAMHETEN

Utifrån lagkrav samt fastställda rutiner ska indikatorer för uppföljning av verksamheten utarbetas. Detta är särskilt angeläget när det gäller dokumentation av genomförd riskbedömning och att avslutsenkät inlämnas.

Vad gäller övrig och fortlöpande dokumentation i Vårdsynpunkter/Stödpersoner samt underlag för utbetalning av ersättning till stödpersonerna ska särskilda uppföljningsrapporter utvecklas.

- Mål:** Samtliga stödpersonsärenden, gällande såväl patient som stödperson, som inte är korrekt och fullständigt registrerade ska identifieras och åtgärdas.
- Metod:** Fastställa kriterier/indikatorer för uppföljning av stödpersonsverksamheten.
Utbeta uppföljningsrapporter i ärendehanteringssystemet.
- Uppföljning:** Berörda handläggare uppmärksammas och kompletterar/korrigerar sina ärenden.
- Redovisning:** Ej relevant.
- Ansvariga:** Förvaltningschef, kvalitetsansvariga och stödpersonshandläggare utarbetar kriterier/indikatorer.
Controller ansvarar för kontakter med Cybernetics för utveckling av uppföljningsrapporter i samverkan med ansvarig för stödpersonsverksamheten.

7 INTEGRERING AV KVALITETS- OCH MILJÖLEDNING

Förvaltningen är sedan tidigare certifierad enligt ISO 14001 för miljöledningssystem. Vid den senast genomförda externa miljörevisionen i februari 2013 framkom ett förslag från revisorn att koppla samman miljöledningen med förvaltningens kvalitetsarbete för att därmed höja miljöarbetet till en högre nivå, vilket även har positiva effekter för kvalitetsarbetet.

Förvaltningen kommer på detta sätt att effektivisera sitt kvalitet- och miljöarbete, till exempel genom att miljö- och kvalitetsmål kommer att kunna kopplas ihop. Dessutom kan även andra områden, som arbetsmiljö och informationssäkerhet, kopplas på då systemet är tillämpligt på alla delar.

Mål:	Inleda arbetet med integrerad kvalitets- och miljöledning under hösten 2013.
Metod:	ISO 14001 och ISO 83 utgör utgångspunkter för arbetet.
Uppföljning:	Vid närmaste externa revision.
Redovisning:	Senast i samband med det kvalitetsbokslut avseende 2013-2014.
Ansvariga:	Camilla Heise Löwgren miljösamordnare och kvalitetsansvarig.

8 KVALITETSMÅL 2013

Förvaltningens arbete för att uppnå de kvalitetsmål för 2013 som beslutats vid nämndens sammanträde den 12 februari fortgår kontinuerligt. Målen följs upp genom enkäter till anmälare och vårdgivare minst vart tredje år.

Syftet med dessa mål är bland annat att stärka patientens ställning och säkerställa att förvaltningens patientärenden handläggs på ett sätt som möjliggör att de kan bidra till att förbättra vården.

Förvaltningens kvalitetsmål 2013 bifogas.

Bilaga

Kvalitetsmål 2013