

Kvalitetsbokslut 2013

Ärendet

Ärendet innehåller bokslut med resultatvariabler över de aktiviteter förvaltningen genomför inom ramen för vårt kvalitetsarbete. Resultaten ger ett bra underlag för ständigt förbättra verksamheten.

Anmäls för kännedom till nämnden.

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga

1. Kvalitetsbokslut 2013





Kvalitetsbokslut

Patientnämnden i Stockholms läns landsting

avseende 2013

Arbetsmaterial

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	4
2	KVALITETSARBETETS ORGANISATION	4
3	KVALITETSARBETETS DELAR	4
3.1	AVVIKELSEHANTERING	5
3.2	KVALITETSDAGAR	6
3.3	ÄRENDEHANDLÄGGNING	7
3.3.1	<i>Uppföljning av telefontillgänglighet</i>	7
3.3.2	<i>Antal ärenden per handläggare</i>	7
3.3.3	<i>Granskning av handläggningstider</i>	7
3.4	KOMPETENSUTVECKLING	8
4	ÖVRIGT	8
4.1	INTEGRERING AV KVALITET MED BEFINTLIGT MILJÖLEDNINGSSYSTEM	8

Vårt kvalitetsarbete skapar underlag för verksamhetsutveckling!



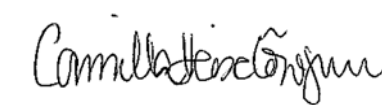
Vårt kvalitetsarbete är viktigt och tillför kunskap och underlag vi behöver för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten. Bokslutet innehåller flera exempel på detta.

Målet med vårt kvalitetsarbete är att vi ska förbättra handläggningen av klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga. När det gäller stödpersonsverksamheten handlar det om att såväl patienter inom tvångsvård som stödpersoner får det stöd och den hjälp som krävs av förvaltningen.

Avvikelseberapporteringen basen för vårt kvalitetsarbete. Under 2013 rapporterades 129 avvikelser vilket tydliggör att det inom förvaltningen finns en samlad insikt om betydelsen av att rapportera och åtgärda brister. På så sätt för vi hela tiden verksamheten framåt!

Genom att avsätta resurser och ha två personer som har kvalitetsarbete som en del av sitt dagliga arbete gör vi det möjligt att skapa en tydlig struktur för kvalitetsarbetet. Förutom avvikelserapportering ingår kvalitetsdagar, översyn av rutiner, ärendehandläggning, utveckling av stödpersonsverksamheten, kompetensutveckling och informationssäkerhet.

Struktur och arbetssätt fortsätter i samma omfattning 2014!

Staffan Blom

Ingela Snahr Jersenius

Camilla Heise Löwgren

Förvaltningschef

Kvalitetsansvarig

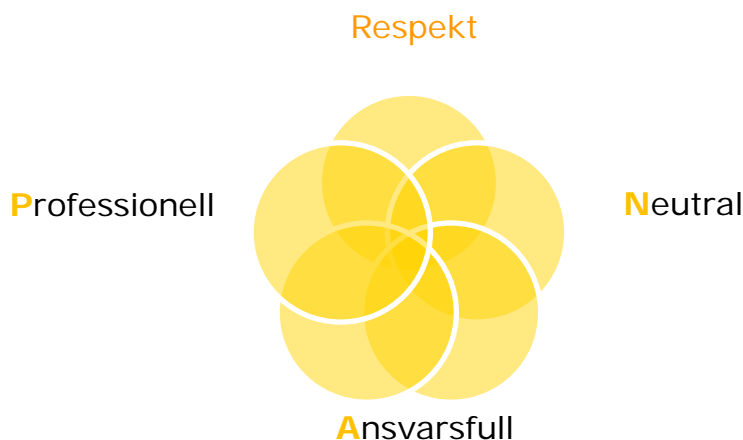
Kvalitetsansvarig

1 BAKGRUND

Förvaltningens kvalitetsarbete följer Socialstyrelsens föreskrifter 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.

2 KVALITETSARBETETS ORGANISATION

Tillitsfulla möten i vården och hos patientnämnden



Patientnämndens vision **Tillitsfulla möten i vården och hos patientnämnden** med värdeordet respekt och förhållningsorden professionell, ansvarsfull och neutral är basen för såväl den dagliga verksamheten som för kvalitetsarbete och mål.

Förvaltningens kvalitetsgrupp består av förvaltningschefen och två kvalitetsansvariga samt controller. För att alla på förvaltningen ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet utses samordnarna på två år. Tio procent av deras arbetstid avsätts för kvalitetsarbete. En mål- och handlingsplan upprättas årligen som följs upp och utvärderas.

Kvalitet utgör en stående punkt på arbetsplatsträffar och särskilda kvalitetsdagar anordnas två gånger årligen.

3 KVALITETSARBETETS DELAR

Under perioden april 2012 till och med mars 2013 har kvalitetsarbetets delar innefattat:

- Avvikelsehantering
- Kvalitetsdagar
- Rutiner
- Ärendehanteringsprogrammet Vårdsynpunkter och stödpersoner
- Ärendehandläggning för patientklagomål och stödpersonsverksamheten
- Kompetensutveckling
- Informationssäkerhet

3.1 Avvikelsehantering

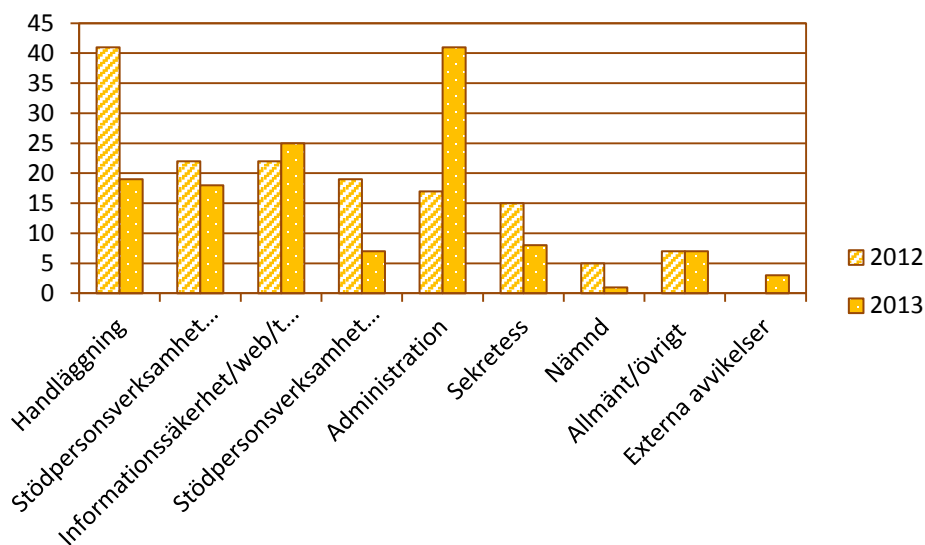
Kvalitetsarbete pågår kontinuerligt och omfattar hela verksamheten och alla arbetsprocesser. För att säkra kvaliteten i arbetet krävs att alla avvikelser, särskilt de som kan skada allmänhetens, vårdens eller förtroendevärdas tillit till verksamheten, rapporteras, åtgärdas och följs upp i ett systematiskt förbättringsarbete. Avvikelseberättelser ska vara en naturlig del av det dagliga interna kvalitetsarbetet och ge värdefullt faktaunderlag för förbättringar.

Avvikelser registreras på en särskild blankett. Dessa sorteras efter

- handläggning
- stödpersonsverksamhet internt, som har anknytning till förvaltningens verksamhet.
- informationssäkerhet
- stödpersonsverksamheten externt, som beror på brister hos tredje man
- administration
- sekretess
- nämnd
- externa
- allmänt/övrigt.

Kvalitetsansvariga och förvaltningschef analyserar avvikelserna och vidtar åtgärder. Avvikelser rörande informationssäkerhet hanteras av informationssäkerhetsansvarig. Samtliga avvikelser återrapporteras på förvaltningsmöten på aggregerad nivå för att undvika att medarbetare känner sig utpekade.

Under 2013 inkom 129 avvikelser vilket är en minskning med 14 procent jämfört med förra året. Fördelningen mellan olika verksamhetsdelar framgår av diagrammet nedan.



Workshops har anordnats under det gångna året för att komma åt orsakerna till de många administrativa avvikelserna. På workshopen användes Ishikawas fiskbensdiagram.

Som ett resultat av alla workshops har nu under en försöksperiod införts att handläggarna själva expedierar sina skrivelser. Dessutom får registrator inte störas under postöppnandet. Vidare har två nya kopiatorer anskaffats för att förhindra att utskrifter blandas ihop med kopierat material.

Det händer att utomstående personer eller verksamheter påverkar förvaltningens arbete vilket leder till förseningar i handläggningen och/eller kan leda till dåligt renommé för patientnämndens förvaltning. Vid två tillfällen har personer utgett sig för att vara tjänstemän från förvaltningen i syfte att bland annat få ut narkotikaklassade läkemedel. I de fallen har förvaltningschefen omedelbart kontaktat värden och försäkrat att förvaltningen inte haft någon del i detta.

I andra fall kan det vara den psykiatriska slutna värden som påverkar förvaltningens arbete då man inte eller för sent rapporterar att slutenvården för en tvångsvårdad patient har upphört. Med stöd av ett tidigare principärende har en faktura skickats till värden med anledning av att man inte meddelat att tvångsvård upphört, vilket medfört onödiga kostnader för förvaltningen.

Förvaltningen har uppmärksammats att utomstående haft tillgång till uppgifter från intranätet. Känslig information med namn och kontaktuppgifter har därför tagits bort från förvaltningens intranät.

3.2 Kvalitetsdagar

Förvaltningen har genomfört två kvalitetsaktiviteter.

Under den första kvalitetsdagen arbetade vi med definitionen av principärenden och proaktiva ärenden. Vi konstaterade att många på förvaltningen upplevde sig osäkra på definitionen och vad som kan bli ett principärende. Även arbetsmetoden hur vi hittar principärenden som kan presenteras på arbetsutskottet och Nämndsammanträdet. Vid genomgång av principärenden genom ären noterades en minskning av antalet. Endast ett fåtal proaktiva ärenden sågs.

Arbetsdagen resulterade i att vi mer aktivt skall lyfta ärenden på handläggarmöten för gemensamma beslut och diskussion kring kriterierna för ett principärende. Gemensamt beslöt vi att inte arbeta med proaktiva ärenden framöver.

Den andra kvalitetsdagens arbetstema var våra äldre anmälare. Vi bjöd in samordnaren för forskningsprojektet SNAC-K, Tina Kiderud och forskaren och docenten Märten Lagergren från Äldrecentrum för att belysa äldre Stockholmares hälsa.

De berättade om SNAC-K projektet, Swedish National Study om Ageing and Care. Syftet med studien är att studera åldrandet, livssituationen, uppkomst och behov av vård och omsorg.

Under vår kvalitetsdag arbetade vi med "vända på stenar" metoden som syftar till att analysera verksamhetsdata. Vi vände på stenar ur ålders och genus perspektivet

Materialet hämtade vi ur vårt datasystem Vårdsynpunkter och fokus var åldersgruppen 65 år och äldre. Vi tittade på problemområden, vårdtyper och skillnader mellan könen och åldrarna. Det konstaterades att äldre anmälare främst framför synpunkter på akutsjukvård och primärvård.

Efter vår kvalitetsdag bjöds förvaltningen in till Äldrecentrum för återkoppling av vårt arbetsresultat samt ge information om vårt uppdrag.

3.3 Ärendehandläggning

Ärendehandläggningen ska ske på ett likartat sätt, där varje handläggare följer fastställda rutiner. Regelbundna uppföljningar av ärenderegistreringen genomförs för att säkerställa att den är korrekt och komplett samt att handläggningstiderna hålls nere. Rutinerna för ärendehandläggning uppdateras vid behov.

3.3.1 Uppföljning av telefontillgänglighet

Förvaltningen har kvalitetsmål avseende såväl anmälare som vårdgivare. Dessa följs upp minst vart tredje år. Under hösten 2013 genomfördes en enkät riktad till 300 anmälare som haft skriftliga ärenden där yttranden inhämtades från vården. Svarefrekvensen uppgick till 69 procent. För de mål som helt och hållet avser förvaltningens verksamhet har målnivån angetts till 90 procent. I de fall förvaltningen inte självständigt kan påverka att målet uppnås har angetts att 80 procent ska vara nöjda.

Resultaten var genomgående mycket goda:

- 87 procent ansåg att det var mycket eller ganska lätt att finna information om patientnämnden. Målet är därmed uppnått.
- 86 procent av dem som läst skriftlig information om nämnden ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få vägledning av denna. Målet är därmed uppnått.
- 93 procent av dem som ringt till förvaltningen ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt per telefon. Målet är därmed uppnått.
- 85 procent var mycket eller ganska nöjda med den muntliga information man inledningsvis fick om vad förvaltningen kan hjälpa till med. Detta mål är inte uppnått. Av svaren framgår inte om man är missnöjd med hur informationen givits, eller inte givits, eller om det är innehållet i densamma man har synpunkter på. I det senare fallet kan resultatet sannolikt kopplas till oklarhet rörande nämndens uppdrag, befogenhet och ställning. Då förvaltningen finner det allvarligt att detta mål inte uppnåtts kommer åtgärder för att förbättra informationen att övervägas.
- 92 procent var mycket eller ganska nöjda med bemötandet från nämndens personal. Målet är därmed uppnått.
- 80 procent var mycket eller ganska nöjda med förvaltningens handläggning av ärendet. Målet är därmed uppnått.

Resultatet av enkäten har sammanställts i en särskild rapport.

3.3.2 Antal ärenden per handläggare

För att säkerställa att ärenden fördelas korrekt mellan handläggarna med hänsyn till eventuellt deltidsarbete och arbetsuppgifter utöver ärendehandläggning har förvaltningen matriser för såväl fördelning av skriftliga och e-postärenden som telefonpass. Fördelningen följs upp varje månad och justeras vid behov. I samband med detta följs även antalet öppna ärenden per handläggare upp.

3.3.3 Granskning av handläggningstider

Långa handläggningstider påverkar vårdens och allmänhetens förtroende för verksamheten. Handläggningstiden för ärenden som inkom under 2013 uppgick i medeltal till 14 veckor. För att undvika onödigt utdragen handläggning följs handläggningstiderna varje månad. De handläggare som har ärenden som äldre än ett år uppmärksammas på detta och uppmanas se över dem.

3.4 Kompetensutveckling

Förvaltningen har såväl en övergripande kompetensutvecklingsplan som individuella planer för samtliga medarbetare.

Därutöver görs studiebesök vid intressanta verksamheter och i samband med nämndens sammanträden inbjuds ofta föreläsare som tillför kunskap inom aktuella områden.

Under 2013 har bland annat nedanstående kompetensutveckling anordnats:

- Nationell patientsäkerhetskonferens
- Patientsäkerhetsdagarna i Stockholm
- Kvalitetseftermiddagar
- Statistik Vårdsynpunkter
- Genus i vården

Utöver ovanstående har kurser, konferenser etc. för enskilda medarbetare efter behov tillkommit.

4 ÖVRIGT

4.1 Integrering av kvalitet med befintligt miljöledningssystem

Ett av det gångna årets kvalitetsmål var att koppla kvalitetsdokument till förvaltningens befintliga miljöledningssystem. Redan 2012 ingick förvaltningen i ett projektarbete för fem kontorsförvaltningar inom landstinget med syfte att skapa ett gemensamt miljöledningssystem. Under 2013 påbörjades implementeringsarbetet för att få ett gemensamt miljöcertifikat för fem stycken kontorsförvaltningar där patientnämndens förvaltning är en av dem. Dessutom har ett arbete påbörjats inom förvaltningen som går ut på att revidera samtliga kvalitetsdokument. Därför kommer en integrering av kvalitet med förvaltningens nya miljöledningssystem att skjutas på framtiden.