

## **Budget 2015**

### **Ärendet**

I ärendet föreligger förvaltningens budgetunderlag för 2015 enligt bilaga1 till tjänsteutlåtandet.

### **Förslag till beslut**

Nämnden föreslås besluta att

- anta budget för 2015
- insända budget 2015 till LSF registrator och LSF koncernredovisning senast den 30 januari 2015
- omedelbart justera beslutet

Staffan Blom  
Förvaltningschef

Bilagor:

1. Budget 2015
10. Mål aktiviteter och handlingsplan för kvalitet 2014-2016
11. Intern kontrollplan 2015



Patientnämnden

## **Budget 2015**

## Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	4
2.	Styrning .....	5
2.1	Verksamhetsfakta.....	5
2.2	Styrning inom nämnd/styrelse .....	6
2.2.1	Lagar.....	6
2.2.2	Reglemente.....	6
2.3	Mål.....	8
2.3.1	En ekonomi i balans .....	8
2.3.2	Hållbar tillväxt och utveckling .....	9
2.3.3	Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare.....	10
2.3.4	Lokala mål .....	10
2.4	Uppdrag.....	11
2.5	Omvärld.....	11
3.	Verksamhet .....	12
3.1.1	Stödpersonsverksamheten .....	12
3.1.2	Klagomål på hälso- och sjukvården .....	12
3.1.3	Statistik.....	13
3.1.4	Förebyggande arbete.....	14
3.1.5	Patientsäkerhet .....	14
3.1.6	Information .....	14
3.1.7	Kvalitet .....	14
3.2	Verksamhetsförändringar .....	15
4.	Verksamhetsstöd .....	15
4.1	Miljö - hållbar utveckling .....	15
4.2	Socialt ansvarstagande.....	17
4.2.1	Likvärdig behandling av alla invånare .....	17
4.2.2	Delaktighet för personer med funktionsnedsättning.....	18
4.3	Säkra processer .....	18
4.3.1	Säkra processer ska bedrivas på ett systematiskt sätt .....	18
4.4	Nämnd/styrelse som arbetsgivare .....	18
4.4.1	Målområden.....	18
4.4.2	Kompetensförsörjning/-planering och utbildning .....	19
4.4.3	Jämställdhet och mångfald – likvärdiga villkor och möjligheter ..	19

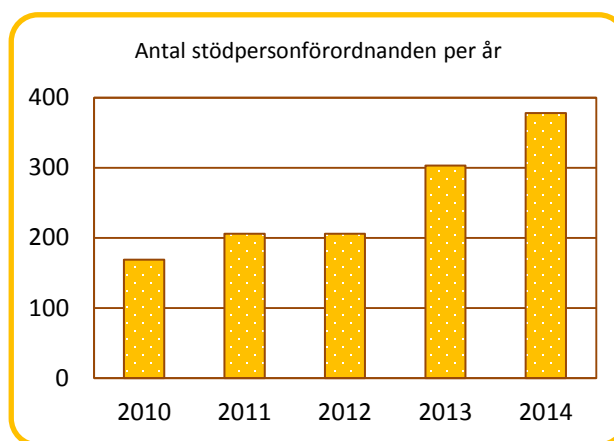
4.4.4	Chef och ledarskap .....	20
4.4.5	Hälsöfrämjande arbetsmiljö .....	20
5.	Ekonomi .....	20
5.1	Ekonomiskt utgångsläge .....	21
5.2	Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin.....	21
5.3	Antagande i budget .....	21
5.4	Resultatbudget .....	22
5.4.1	Intäkter.....	23
5.4.2	Kostnader .....	23
5.4.3	Produktivitet och effektivitet.....	23
5.5	Balansbudget.....	24
5.6	Investeringar .....	24
5.7	Möjligheter och risker .....	25
6.	Övrigt.....	26

## 1. Sammanfattning

Landstingsbidraget ökar från 19,8 mkr 2014 till 20,7 mkr 2015 det vill säga med 4,5 procent, vilket nämnden noterar med tillfredsställelse. Ökningen är angelägen mot bakgrund av verksamhetens kontinuerliga expansion; såväl patientärenden som ansökningar om stödperson och övriga administrativa arbetsuppgifter har ökat under en följd av år.

Genom överenskommelse med Landstingsstyrelsens förvaltning genomförs en mindre verksamhetsförändring som innebär att en kommunikatörstjänst överförs från LSF. Därmed höjs landstingsbidraget med ytterligare 1 059 tkr, varvid LSF:s landstingsbidrag minskas med samma belopp.

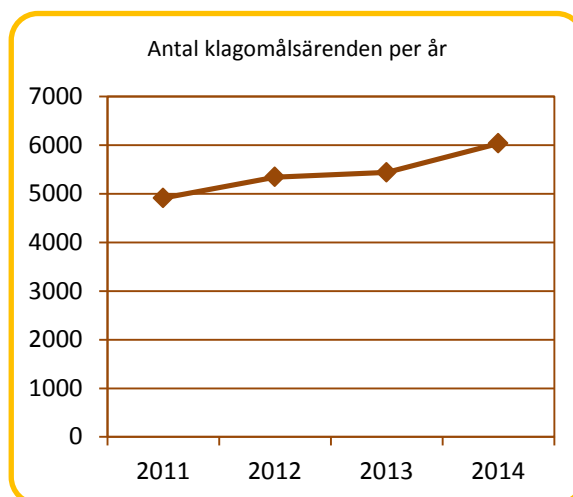
Som framgår av diagrammet till höger har förvaltningen under de senaste åren mottagit ett kraftigt ökat antal ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen. Denna trend fortgick under hela 2014, då totalt 378 förordanden genomfördes, vilket var en ökning med 25 procent jämfört med föregående år.



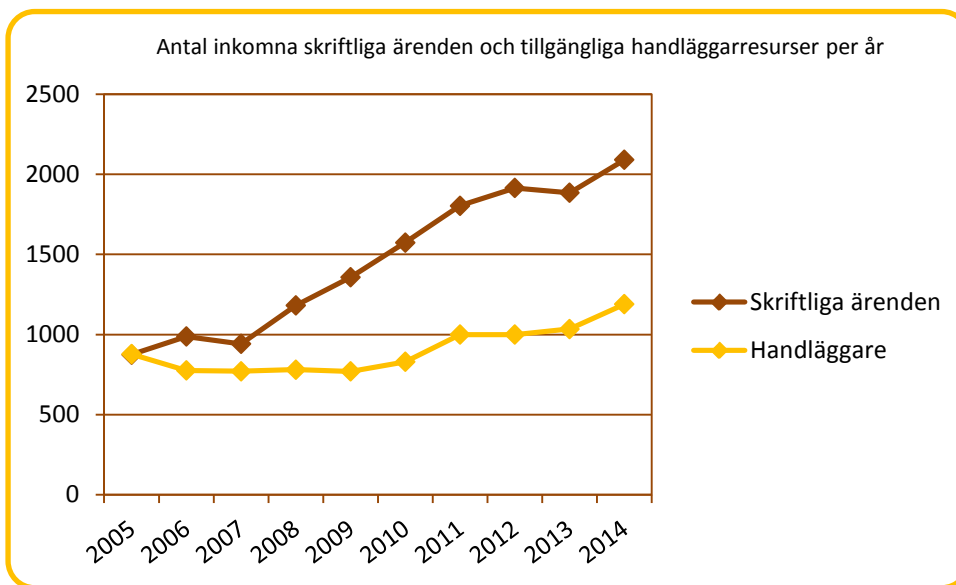
Även antalet ärenden avseende klagomål på hälso- och sjukvården samt tandvården har ökat kontinuerligt under de senaste åren. Under 2014 inkom 6 033 ärenden, vilket var 11 procent fler än 2013.

Mest anmärkningsvärd är ökningen av de skriftliga ärendena, som vanligen är mer komplexa och kräver betydligt större utredningsresurser än övriga ärendetyper. Dessa har mer än fördubblats sedan 2005. Under denna period har handläggaresurserna endast ökat marginellt. Under 2014 ökade de med 11 procent jämfört med föregående år.

Stödpersonsverksamheten regleras i rättighetslagar och är omöjlig att styra, såväl vad gäller volym som över tid. Förvaltningen är skyldig att skyndsamt tillhandahålla stödpersoner i den utsträckning de efterfrågas, vilket medfört att handläggaresurser måst överföras från övrig verksamhet till denna.



Diagrammet nedan visar antalet tjänster som varit tillgängliga för handläggning av klagomålsärenden sedan 2005. Där framgår antalet inkomna skriftliga ärenden samt antalet tillgängliga handläggartjänster. De senare som andelar av heltidstjänster, till exempel knappt 1 200 procent, det vill säga knappt 12 heltidstjänster för 2014.



Förvaltningen finner det sannolikt att såväl antalet klagomålsärenden som ansökningar om stödperson på sikt kommer att fortsätta att öka.

Även om vissa typer av problem kan minska som en följd av förvaltningens och vårdens förebyggande insatser tyder andra faktorer på ett växande antal ärenden hos förvaltningen. 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. Därutöver tillkommer att förvaltningens informationsinsatser intensifierats under de senaste åren.

Förvaltningens möjligheter att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna är i princip obefintliga - de som har synpunkter på vården, ansöker om stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontakter förvaltningen utifrån egna behov och önskemål. Därtill kommer att den pågående utredningen rörande framtida klagomålshantering kommer att medföra ett utökat antal ärenden. Det står således klart att ytterligare handläggartjänster på sikt kommer att behövas.

## 2. Styrning

### 2.1 Verksamhetsfakta

Patientnämnden fullgör landstingets skyldighet att bedriva patientnämndsverksamhet och fungerar som en objektiv instans för kontakt med både patienter och personal när det uppstått problem i kontakterna med i stort

sett all offentligt finansierad hälso- sjukvård samt folktandvården, viss privat tandvård och privata tandhygienister.

Utifrån inkomna klagomål och synpunkter samt annan information förvaltningen 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 förvaltningen utgör underlag för kvalitetsförbättringar hos såväl berörda vårdenheter som vården i helhet. Då nämnden lägger särskilt stor vikt vid ärenden som rör patientsäkerhet identifieras brister inom detta område varvid vården ges möjlighet att vidta lämpliga åtgärder.

Nämnden har också en uppgift av myndighetskaraktär, att förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen. Denna verksamhet regleras i rättighetslagar och är därmed omöjlig att styra, såväl vad gäller volym som fördelning över tid.

Enligt lag om patientnämndsverksamhet m m ska nämnden rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Enligt landstingsstyrelsens reglemente åligger det nämnden bland annat att uppmärksamma ansvariga nämnden och förvaltningar på risker eller otillfredsställande vård och behandling samt att verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet i länets hälso- och sjukvård. Förvaltningen sammanställer ett mycket stort antal statistiska rapporter som sänds till vården på månads- respektive årsbasis. Därutöver expedieras ett relativt stort antal sammanställningar på begäran från vården, media med mera.

## **2.2 Styrning inom nämnd/styrelse**

Utöver vad som beskrivs nedan styrs verksamheten av mål och åtgärder som framkommer i ett stort antal dokument av olika slag, till exempel externa dokument som landstingets policyer och riktlinjer, och internt framtagna dokument som intern kontrollplan, kvalitets- och miljömål med flera.

### **2.2.1 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 (1968:223), personuppgiftslagen (1998:204) samt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

### **2.2.2 Reglemente**

Enligt det reglemente som landstingsfullmäktige 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 rätts-hjälpen innefattar
5. att informera klagande om möjligheten att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg, 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 genom nämnden få hjälp och stöd i patient-arbetet
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 framställ-ningar 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 in-nefatta 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 lands-tingets hälso- och sjukvård
10. att vidareutveckla analyserna av inkomna klagomål och intensiviera det förebyggande arbetet
11. att årligen återföra nämndens ärenden till respektive sjukhus och be-rörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklings-arbete i vården
12. att senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och om-sorg och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämnds-verksamheten under föregående år
13. att göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållan-den som omfattas av myndighetens tillsyn
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller tvångsisoleras med stöd av smitt-skyddslagen.



## 2.3 Mål

### 2.3.1 En ekonomi i balans

Mål och indikator	Utfall 2013	Mål 2014	Mål 2015
<b>EKONOMI I BALANS</b>			
<b>God ekonomisk hushållning</b>			
Resultat: Ett positivt resultat enligt balanskravet	0,1 mkr	0 mkr	0 mkr
Finansiering: Ersättningsinvesteringar självfinansieras till 100 procent	Uppnått	100 %	100 %
Skuldsättning: Att lånefinansiering inte används för att finansiera drift eller ersättningsinvesteringar	Uppnått	0 %	0 %
Kapitalkostnader: Kapitalkostnadernas andel får maximalt uppgå till 11 procent av de samlade skatteintäkterna	6,9 %	≤ 11 %	≤ 11 %
Skuldsättningsgrad: Skuldernas andel får maximalt uppgå till 131 procent av de samlade skatteintäkterna	77 %	≤ 131 %	≤ 131 %

### 2.3.2 Hållbar tillväxt och utveckling

Mål och indikator	Utfall 2013	Mål 2014	Mål 2015
<b>HÅLLBAR TILLVÄXT OCH UTVECKLING</b>			
<b>En ledande tillväxtregion</b>			
Skatteunderlagets årstaktsutveckling i länet ska vara lika hög som eller högre än riket/övriga riket	Uppnådd 4,5 % (3,6)	≥ riket	≥ riket
<b>Forskning i vårdens tjänst</b>			
Kliniska studier med ekonomiska avtal med extern part (läkemedel och medicinteknik) ska öka med 10 % årligen. <sup>1)</sup>	≥ 10 %	≥ 10 %	≥ 10 %
<b>Effektivt miljöarbete</b>			
Energianvändningen i verksamhetslokaler: energianvändning per kvadratmeter (kWh/m <sup>2</sup> )	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Andel ekologiska livsmedel	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Klimatpåverkan från medicinska gaser: kg CO <sub>2</sub> -ekvivalenter per invånare	0	0	0
<b>Socialt ansvarstagande</b>			
Likvärdig behandling av alla invånare: andel av landstingets förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete			
<i>Könsuppdelad statistik</i>	10 % <sup>2)</sup>	- <sup>3)</sup>	≥ 10 %
<i>Nationella minoriteter och minoritetsspråk</i>	0 % <sup>2)</sup>	- <sup>3)</sup>	≥ 5 %
Delaktighet för personer med funktionsnedsättning: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete (ja och delvis)	16 % <sup>2)</sup>	- <sup>3)</sup>	≥ 25 %
Uppförandekod för leverantörer: andel av betydande leverantörer som har granskats avseende ett socialt ansvarstagande	2 %	≥ 2 %	≥ 2 %
<b>Säkra processer</b>			
Säkerhetsarbetet ska bedrivas på ett systematiskt sätt: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete			
<i>Informationssäkerhet</i>	10 % <sup>2)</sup>	≥ 15 %	≥ 50 %
<i>Säkerhet</i>	45 % <sup>2)</sup>	≥ 50 %	≥ 55 %
Hållbar IT-leverans av värdeskapande tjänster: leverans enligt överenskomna servicenivåer	--	≥ 90 %	≥ 93 %

1) Nollmätning genomfördes i samband med årsboksutslut 2013.

2) Forskningsanslag finansierar studier som är forskningsdrivna, medan industridrivna studier är sådana som finansieras av industrin och där det finns avtal med en extern part.

3) 2014 är ett år för uppbyggnad av verktyg, metoder och organisation för arbetet med respektive indikator, vilket innebär att några måltal för 2014 inte har satts.

### 2.3.3 Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare

Mål och indikator	Utfall 2013	Mål 2014	Mål 2015
<b>ATTRAKTIV OCH KONKURRENSKRAFTIG ARBETSGIVARE</b>			
<b>Stolta medarbetare</b>			
AKA-index: Uppföljning av landstingets personalpolicy i medarbetarenkäten som består av aktivt ansvarstagande, kund- och resultatfokus, förändring och utveckling, jämlikhetsindex, hälso- och stressindex samt motivationsindex. Skala 1–100.	83	76	≥ 76
<b>Chef- och ledarskap</b>			
Ledningsindex: Ledningsindex på en landstingsövergripande nivå från medarbetarenkäten. Skala 1–100.	73	≥ 73	≥ 73
<b>Utvecklad arbetsorganisation</b>			
Indikatorer för detta mål är ännu inte aktuella på en övergripande nivå och ska utarbetas. Målet bygger på Framtidsplan för hälso- och sjukvården.	--	--	--
<b>Systematisk kompetensplanering</b>			
Systematisk kompetensplanering: Andel av landstingets förvaltningar och bolag som har börjat införa landstingets modell för systematisk kompetensplanering, KOLL.	40 %	≥ 50 %	≥ 70 %

### 2.3.4 Lokala mål

Verksamheten ska prioritera följande inriktningsmål fastställda av landstingsfullmäktige:

- Kunskapen om patientnämnden bland allmänhet och personal ska öka.
- Klagomålen ska analyseras och följas upp.
- Det förebyggande arbetet ska intensifieras.

Ovan nämnda lagar, reglemente och inriktningsmål definierar fem verksamhetsområden: patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande arbete, 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 förvaltningen, på ett opartiskt sätt och oavsett huvudman, utreda enskilda patientärenden samt bidra till kvalitetsutveckling genom att återföra de slutsatser som kan dras till vården. När så erfordras ska förvaltningen lämna information 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 förvaltningen.

Nämnden har en övergripande kvalitetspolicy (fastställd 2012) samt en treårig plan avseende mål och aktiviteter. Den senare anger mål samt strategier och rutiner för att nå dessa och även uppföljningsmetoder. De rutin-

dokument som anknyter till målen revideras årligen. Målen utgår från de fem identifierade verksamhetsområden som beskrivits ovan under 2.3.4. De mål som rör 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/vårdgivarna 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. Under 2013 genomfördes en undersökning riktad till anmälare och under 2014 till vårdgivare, varför ingen undersökning planeras genomföras under 2015.

Nämndens mål och handlingsplan för kvalitet avseende 2014-2016 redovisas i bilaga 10. Aktivitetsplan avseende 2015 kommer att utarbetas under inledningen av 2015.

## **2.4 Uppdrag**

Patientnämnden har inga uppdrag som fastställts i landstingsfullmäktiges beslut om budget 2015 eller genom generella och specifika ägardirektiv.

## **2.5 Omvärld**

Sannolikt leder det ökande antalet vårdgivare, till exempel i primärvården, och en ständigt växande befolkning till ett ökat antal ärenden. Då anmälningsbenägenheten, det vill säga antalet anmälningar per 1 000 invånare, ökar kraftigt med åldern torde även en allt större andel äldre i befolkningen medföra fler ärenden.

Jämfört med övriga landsting/regioner är anmälningsbenägenheten dock låg i Stockholm, vilket tydliggör att verksamheten inte är tillräckligt känd, varför mer resurser behöver avsättas för information.

Detta bekräftas av kommittédirektiven till den av regeringen tillsatta utredningen "En mer ändamålsenlig hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården" (2014:88). Där framgår att patientnämndsverksamheten inte är tillräckligt känd, vare sig hos allmänheten eller bland hälso- och sjukvårdens personal och att framför allt personalen behöver mer kunskap om patientnämndernas verksamhet.

Av direktiven framgår även att utredaren bland annat ska "utreda vilket ansvar patientnämnderna bör ha för att i högre grad utgöra ett stöd för patienterna i klagomålshanteringen", vilket sannolikt kommer att leda till ett utökat uppdrag för patientnämnderna.

Därutöver tillkommer, vilket förvaltningen tidigare erfarit, att när patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen får lagstadgad information rörande möjligheten att få stödperson inkommer fler ansökningar om att få stödperson.

### 3. Verksamhet

Nämndens olika verksamhetsområden beskrivs nedan.

#### 3.1.1 Stödpersonsverksamheten

Nämndens stödpersonsverksamhet har expanderat under de senaste åren, då antalet ansökningar om att få en stödperson ökat dramatiskt. Under 2014 förordnades 378 stödpersoner, vilket var 25 procent fler än samma period föregående år, vilket vida överstiger samtliga tidigare år.

Den 31 december 2014 hade 185 patienter stödperson, vilket var 19 procent fler än samma datum föregående år.

De ökade antalet förordnanden medför kostnader av flera slag:

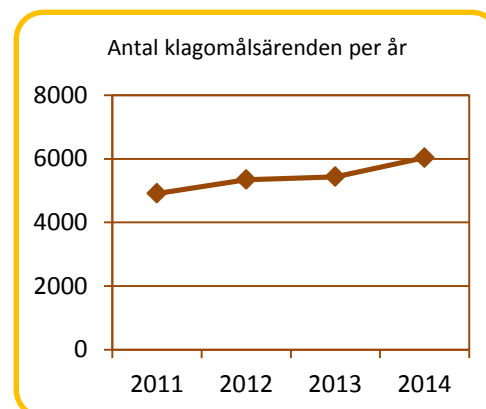
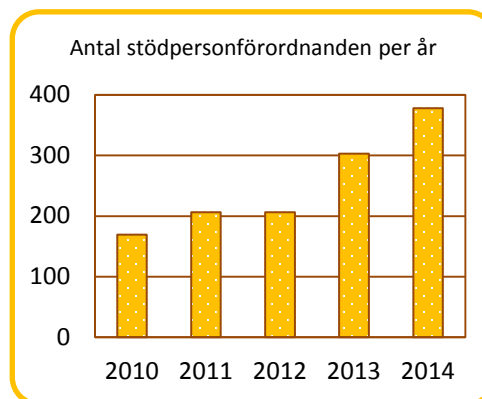
- Arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna. Varje förordnande medför en kostnad om minst 1 500 kr per månad. Därutöver kan reseersättning tillkomma.
- Ökade handläggarresurser för att administrera den expanderande verksamheten. Detta kan i viss utsträckning kompenseras genom fortsatt utveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem i syfte att förenkla handläggningen.
- Åtgärder för att rekrytera fler stödpersoner, till exempel annonsering, informationsmaterial och -insatser.
- Utbildning för nya stödpersoner.

Rätten till stödperson regleras i rättighetslagar. Verksamheten är därmed omöjlig att styra, vad gäller såväl volym som över tid. Förvaltningen är skyldig att skyndsamt tillhandahålla stödpersoner i den utsträckning de efterfrågas och resurser för denna del av verksamheten måste alltid prioriteras. Detta har under 2014 medfört en minskning av de handläggarresurser som är tillgängliga för hantering av ärenden som avser klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården.

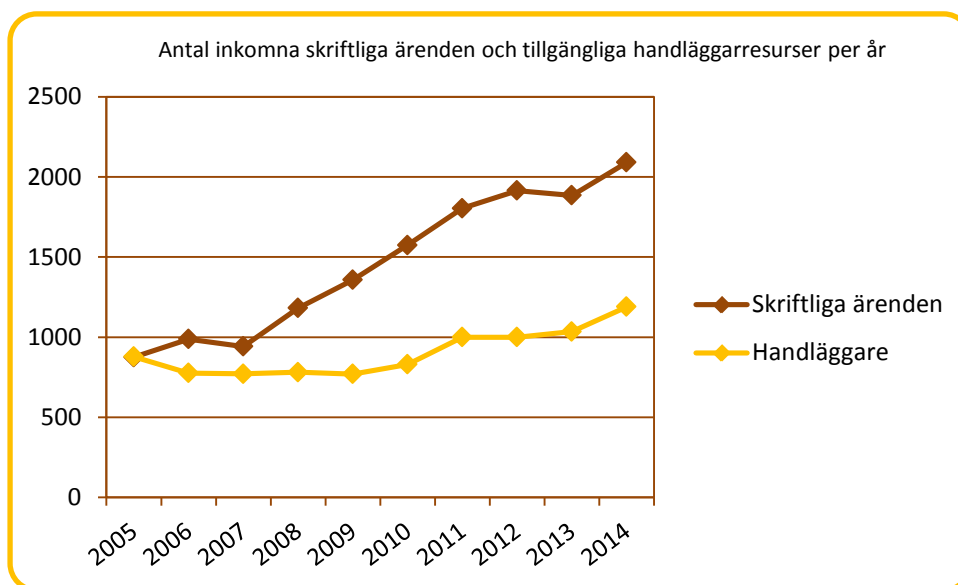
#### 3.1.2 Klagomål på hälso- och sjukvården

Under 2014 hanterade förvaltningen 6 033 ärenden från patienter och anhöriga, vilket var 11 procent fler än 2013. Ärenden kan inkomma som skrivelser, telefonsamtal eller e-post brev samt vid personliga besök.

Mest anmärkningsvärd är ökningen av de skriftliga ärendena, som vanligen är mer komplexa och kräver betydligt större utredningsresurser än övriga ärendetyper. Dessa har ökat kontinuerligt under de senaste åren och mer än fördubblats sedan 2005 utan att motsvarande ökning av handläggarresurserna skett. Under 2014 ökade de med 11 procent.



Som nämnts ovan har resurser under 2014 måst överföras från övrig verksamhet till stödpersonsverksamheten, vilket ytterligare ökat belastningen på de handläggare som hanterar klagomålsärenden. Diagrammet nedan visar utvecklingen av de tjänster som varit tillgängliga för handläggning av klagomålsärenden sedan 2005. Där framgår antalet inkomna skriftliga ärenden samt antalet tillgängliga handläggaresurser. De senare som andelar av heltidstjänster, till exempel knappt 1 200 procent, det vill säga knappt 12 heltidstjänster för 2014.



### 3.1.3 Statistik

Enligt lag om patientnämndsverksamhet m m ska nämnden rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Enligt landstingsstyrelsens reglemente åligger det nämnden bland annat att uppmärksamma ansvariga nämnder och förvaltningar på risker eller otillfredsställande vård och behandling samt att verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet i länets hälso- och sjukvård.

Förvaltningen kan genom sitt ärendehanteringsprogram enkelt följa olika typer av problem som bedöms vara av speciellt intresse eller särskilt allvarliga och vidta lämpliga åtgärder för att uppmärksamma värden på missförhållanden.

Efterfrågan på statistiska sammanställningar ur verksamhetens databas är stor. Ett allt större antal av länets vårdgivare följer regelbundet sina respektive ärenden och tillställs rapporter över dessa såväl per månad som per år. Sedan 2012 sammanställs och sänds dessa rapporter automatiskt med e-post till respektive mottagare. Vid utgången av 2014 fanns drygt 750 mottagare av dessa rapporter.

Därutöver efterfrågas erfarenheterna av till exempel Hälso- och sjukvårdsnämnden och dess förvaltning i samband med uppföljning och förlängning av avtal med vårdgivare samt även av media.

Därutöver tillkommer förfrågningar om statistik som måste sammanställas manuellt. Under 2014 expedierades ett drygt hundratal sådana beställningar.

#### **3.1.4 Förebyggande arbete**

Genom sitt förebyggande arbete bidrar verksamheten till ökad kvalitet i hälso- och sjukvården. Nämnden föreslår förbättringsåtgärder i så kallade principärenden.

Därutöver följer förvaltningen kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vården. Dessa analyseras och redovisas i ett särskilt avsnitt i förvaltningens årsrapport och i de årliga verksamhetsberättelserna.

#### **3.1.5 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.

I förvaltningens utredningar av ärenden uppmärksamman bakomliggande problem och faktorer. Många gånger har verksamheten kunnat bidra till att rutiner i vården förbättrats, vilket lett till ökad patientsäkerhet.

Efterfrågan på förvaltningens erfarenheter vad gäller bristande patientsäkerhet har ökat successivt. Personalen deltar ofta vid utbildning och konferenser rörande patientsäkerhet som anordnas inom länets sjukvård.

Under 2014 har förvaltningen i sitt ärendehanteringssystem börjat följa ärenden avseende de av SKL definierade patientsäkerhetsområdena.

#### **3.1.6 Information**

Patientnämnden ska enligt lag informera allmänheten, vårdgivare, vårdpersonal och andra berörda om sin verksamhet. Förvaltningen har därför utökat sina informationsinsatser drastiskt. Information lämnas vid en mängd olika vårdinrättningar, kommuner och stadsdelar samt till pensionärs-, patient- och handikapporganisationer. Föreläsningar hålls också vid medicinska grundutbildningar. En kommunikationsplan avseende åren 2015 - 2016 kommer att utarbetas under inledningen av 2015.

#### **3.1.7 Kvalitet**

Förvaltningens interna kvalitetsarbete har två aspekter. Den ena aspekten avser det egna arbetet, som ska bedrivas enligt fastställda riktlinjer och rutiner som vid behov ses över och/eller kompletteras. Den andra aspekten av kvalitetsarbetet avser vårdens nytta av kvaliteten på förvaltningens arbete, det vill säga hur de erfarenheter verksamheten gör genom sina patientärenden och sin stödpersonsverksamhet kan bidra till att förbättra patientsäkerhet och kvalitet i vården.

En kvalitetsplan med tydliga och uppföljningsbara mål för det interna kvalitetsarbetet tas fram årligen. Två personer har utsetts till kvalitetssamordnare och tid har avsatts för deras arbete. Avvikelsesrapportering utgör un-

derlag för förbättringsåtgärder. Kvalitet och avvikelserapporter är stående punkter på förvaltningsmöten. Förvaltningen anordnar varje år två interna kvalitetsdagar. Kvalitetsbokslut görs årligen.

### **3.2 Verksamhetsförändringar**

Inga förändringar rörande verksamhetens innehåll eller uppdrag har skett inför år 2015. Dock har de enskilda verksamhetsdelarna expanderat under de senaste åren, vilket framgått ovan.

## **4. Verksamhetsstöd**

### **4.1 Miljö - hållbar utveckling**

Patientnämndens förvaltning har sedan tidigare arbetat aktivt med miljöfrågor då förvaltningen varit miljöcertifierad enligt ISO 14001 sedan 2004.

Sedan slutet av 2013 ingår förvaltningen i ett gemensamt miljöledningssystem (GemMLS) tillsammans med LSF, Stockholm Care, Kulturförvaltningen och AB SLL Intern Finans. En gemensam utvidgad certifieringsrevision genomfördes i slutet av februari med syfte att erhålla ett gemensamt certifikat för alla enheter som ingår i GemMLS. Förvaltningen tar miljöhänsyn i varje handling och beslut för att minimera eventuell miljöbelastning och verkar på så sätt för en ekologisk hållbar utveckling.

Enligt landstingets miljöpolitiska program Miljöutmaning 2016 som gäller för tidsperioden 2012-2016 lämnas följande redovisning av planerade åtgärder inom miljön avseende de krav som är relevanta för verksamheten.

#### **Transporter**

Personalen reser med kollektiva transportmedel. Personalens fåtaliga taxiresor görs företrädesvis med bilar som använder förnybara bränslen. Tåg är alltid ett förstahandsalternativ vid inrikesresor. Det händer dock att flyg används som färdmedel. Ett gemensamt miljömål enligt GemMLS är att öka klimatneutrala resor till Malmö, Göteborg och Sundsvall genom att som långt som möjligt inte resa med flyg. Utgångsvärdet är antalet flygresor under 2013. Förvaltningen kommer att bevaka detta fortlöpande.

#### **Energi**

Förvaltningen har införskaffat avstängningsbara kopplingsdosor för att säkerställa att alla elektroniska apparater är avstängda och att eventuella adapttrar inte drar ström när datorer och dyligt är i viloläge. I dagsläget går det inte få fram uppgifter för den egna förbrukningen då det inte finns separat elmätare för förvaltningen. Dessutom ingår kostnad för el och uppvärmning i månadshyran. Förvaltningen har en annan hyresvärd än Locum.

#### **Läkemedel**

Patientnämndens förvaltning använder varken lustgas eller läkemedel i sin verksamhet men kommer att uppmärksamma om det i inkommande ärenden finns frågor som berör läkemedel och miljö.

Samhället har ett ökat intresse för att minska antibiotikaförbrukning som påverkar djur och miljö samt skapar resistens. I Miljöutmaning 2016 görs



koppling mellan antibiotikaförbrukning och vårdskador. Sedan hösten 2013 registrerar förvaltningen ärenden där patienter har råkat ut för vårdrelaterade infektioner som leder till ökad användning av antibiotika. Förvaltningen kommer att bevaka detta fortlöpande.

### **Kemikalier/farligt avfall**

Förvaltningen använder inte kemikalier i sin kärnverksamhet. De kemikalier som används är maskindiskmedel samt de medel som används vid städning. Hyresvärden, KLF Fastighets AB, som är miljöcertifierad, ansvarar för upphandling av städtjänst. Förvaltningen har under 2013 införskaffat laddningsbara batterier för att få ner antalet förbrukade batterier. Som utgångsvärde används antal förbrukade batterier under 2012. Målet kommer att utvärderas sista december 2014.

### **Avfall**

Patientnämndens förvaltning kommer under de kommande två åren succesivt att börja kompostera matavfall. Kontakter kommer att tas med hyresvärden för att se hur detta kan lösas på bästa sätt. Detta rymms inom befintlig budget. På detta sätt arbetar patientnämnden med resurssnålhet.

### **Produkter**

Förvaltningen gör till övervägande delen sina inköp med hjälp av landstingets upphandlingar. Inköpen görs huvudsakligen genom Medicarrier. Miljökonsekvensbedömning görs vid behov och resurssnålhet och kretsloppstänkande beaktas så långt det är möjligt. Vid förvaltningen tillhandahålls endast te och kaffe ur automat till personalen. I denna används ekologiskt kaffe och ekologisk mjölk. Någon fruktkorg finns inte. Förvaltningen uppnår målet om att 30 procent av måltiderna som serveras inom landstinget ska vara ekologiska.

I dagsläget är det inte realistiskt att målsätta pappersförbrukningen. Såväl förvaltningens stödpersonsverksamhet som handlingar till nämndens sammanträden kräver mycket administration med stor pappersåtgång. Från och med 2015 kommer dock nämndens ledamöter dock att ha läsplatator och få handlingarna digitalt. Förvaltningen kommer att fortsätta att bevaka pappersförbrukningen och göra vad som kan för att hålla nere pappersförbrukningen.

### **Miljöledning**

Som nämnts ovan har patientnämnden ett miljöledningssystem och är miljöcertifierad enligt ISO 14001 sedan 2004. Sedan hösten 2013 ingår förvaltningen i ett samarbete med flera kontorsförvaltningar med syfte att ha ett gemensamt certifikat.

Fram till utgången av 2016 kommer arbetet att fortgå för att säkerställa implementeringen av det gemensamma miljöledningssystemet, vilket görs genom utbildning av samtlig personal med tyngpunkt på chefer samt återkommande interna och externa revisioner. Förvaltningens miljösamordnare är utbildad internrevisor för integrerade ledningssystem.

Ledningssystemet kommer att behöva trimmas ytterligare då Miljöstandarden ISO 14001 utkommer med en ny reviderad upplaga under 2015 vilket kräver viss justering av ledningssystemet och ytterligare utbildning av såväl

miljösamordnare som övrig personal. Detta bedöms kunna inrymmas i befintlig budget.

### **Kommunikation**

En handlingsplan för kommunikation finns. Alla tjänstemäns e-postsignaturer har kompletterats med en uppmaning att tänka på miljön innan man skriver ut ett meddelande. Miljöfrågor kommuniceras på APT samt via e-post och förvaltningens intranät. Alla nämndens beslut konsekvensbedöms utifrån miljö, patientsäkerhet och jämställd vård.

Förvaltningens personal kommer att få möjlighet till lärarledd grundutbildning i miljöfrågor. Dessutom har personalen genomgått en elektronisk grundutbildning i miljö under 2014. Målet är att minst 80 procent av de tillsvidareanställda ska ha genomfört utbildningen vid slutet av 2014. Utbildningsbehovet följs upp kontinuerligt.

Om patientnämndens förvaltning ombeds att ingå i vissa projekt eller utredningar, ryms detta inom befintlig budget. Ett kommande projekt fram till 2016 kommer att bli utredning och utvärdering av miljökonsekvensbedömning, vilket fastslås i den gemensamma mål och handlingsplanen.

## **4.2 Socialt ansvarstagande**

### **4.2.1 Likvärdig behandling av alla invånare**

Alla medborgare har, oavsett ålder och kön, sexuell läggning, etnicitet med mera samma möjligheter att vända sig till patientnämndens förvaltning. De som har synpunkter på vården eller ansöker om stödperson kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål. Förvaltningen har informationsbroschyrer på totalt 15 språk. Vid kontakter med anmälare som inte kan kommunicera på svenska används tolk och skrivelser mellan förvaltningen och anmälaren översätts.

Förvaltningen kan inte se annat än att alla har samma möjligheter till kontakt och bemöts enligt de behov som finns i varje enskilt ärende.

### **Jämlikhet och jämställdhet**

Förvaltningens databas innehåller för närvarande drygt 60 000 ärenden. Vid registrering anges bland annat anmälares/patientens kön samt ålder i tioårsintervaller. I 27 procent av ärendena 2014 var patientens ålder dock okänd, vilket var en förbättring jämfört med föregående år då motsvarande andel uppgick till 33 procent. I dessa fall har ärendet inte utretts gentemot vården, då personnummer vanligen behövs för att anmälaren ska få svar på sina frågor, utan enbart handlagts genom kontakt med förvaltningen. För att göra statistiken fullständig har samtliga handläggare uppmanats att efterfråga anmälares ålder även i dessa fall.

I ett fåtal ärenden är patientens kön inte känt. Vanligen har kontakten i dessa ärenden skett helt med e-post. Ibland har anmälares namn inte framgått, ibland har det inte varit möjligt att avgöra könet även om namnet angetts.

Anmälares kön och ålder följs och analyseras årligen samt redovisas i ett särskilt avsnitt i nämndens årsrapport.

### ***Nationella minoriteter och minoritetsspråk***

Förvaltningen har informationsbroschyrer på sammanlagt 15 olika språk, bland dem samtliga minoritetsspråk. Hemsidan har information på finska och engelska. Skrivelser översätts och tolk används vid behov.

#### **4.2.2 Delaktighet för personer med funktionsnedsättning**

Funktionsnedsatta som inte har möjlighet att själva göra en skriftlig anmälan till förvaltningen får hjälp med detta. För att underlätta för synskadade att finna informationsmaterial i t ex väntrum har samtliga broschyrer en karaktäristisk utformning. På nämndens hemsida finns möjlighet till såväl teckentolkning som uppläsning av texten.

Förvaltningen har få besök. Lokalerna är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Dock saknas toalett med utrymme för rullstol. Sådana finns dock på flera andra våningsplan i fastigheten.

Förvaltningen har regelbundna möten med Handikappförbundens samarbetsorganisation (HSO) och representanter för Synskadades riksförbund och De neurologiskt handikappades riksförbund. I samarbetet identifieras frågor som berör funktionshindrade.

Förvaltningen uppfyller beskrivningen för systematiskt arbete i "Mer än bara trösklar" gällande områdena bemötande, kommunikativ tillgänglighet och fysisk tillgänglighet.

### **4.3 Säkra processer**

#### **4.3.1 Säkra processer ska bedrivas på ett systematiskt sätt**

##### ***Informationssäkerhet***

Nämnden har lokala styrdokument i enlighet med gällande riktlinjer och IT-stöd för systematiska säkerhetsgranskningar. Samtlig personal har genomgått DISA-utbildningen.

I nämndens interna kontrollplan redovisas informationssäkerhetsriskerna med avseende på sekretess/konfidentialitet, korrekt registrering i förvaltningens ärendehanteringssystem och bevarande av data i databasen. Se punkterna 2.12 till 2.14 i bilaga 11.

##### ***Säkerhet***

För att förhindra att personalen utsätts för risker har förvaltningen detaljerade rutiner för hur hot och våld ska bemötas och hanteras samt för hur besök i lokalerna ska organiseras. Dessa rutiner följer landstingets riktlinjer.

### **4.4 Nämnd/styrelse som arbetsgivare**

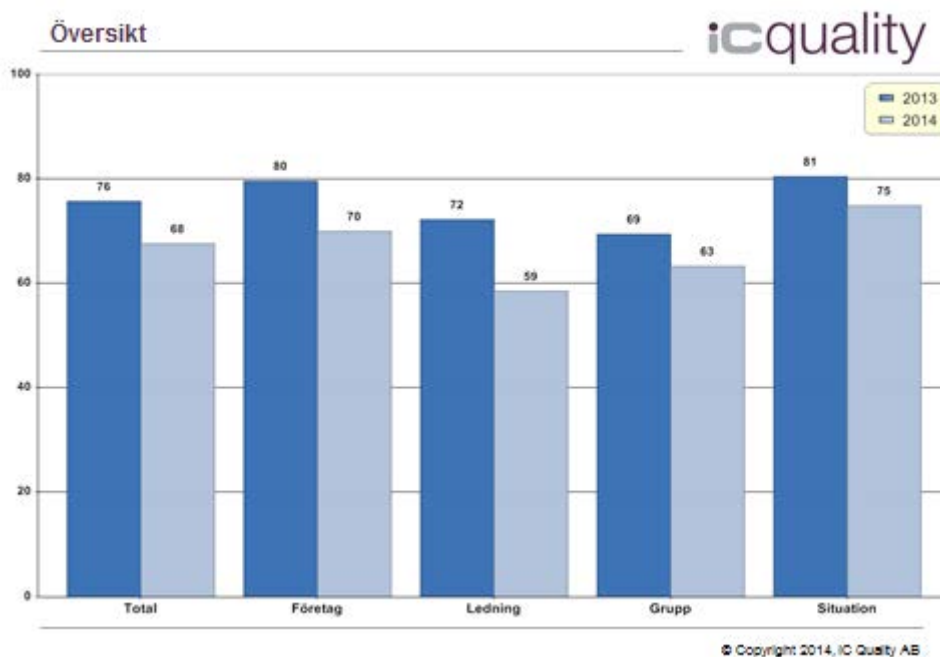
Nedan redovisas de åtgärder som berör patientnämnden.

#### **4.4.1 Målområden**

Förvaltningen arbetar för att vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare som kan rekrytera, utveckla och behålla medarbetare.

Som framgår av nedanstående sammanställning av medarbetarenkäten 2014 har försämringar skett inom samtliga områden. I två fall, avseende "Företag" och "Situation" ligger dock resultatet fortfarande på respektive över 70, vilket indikerar att medarbetarna i stor utsträckning är nöjda.

Förvaltningen avser att vidta särskilda åtgärder för att förbättra index för "Grupp".



#### 4.4.2 Kompetensförsörjning/-planering och utbildning

Förvaltningen har såväl en övergripande kompetensutvecklingsplan som individuella planer för samtliga medarbetare. Arbetet med dessa sker enligt KOLL-modellens årscykel. Då förvaltningen är liten, med totalt 21 anställda, bedöms detta vara tillfyllest.

Personalomsättningen är relativt liten och orsakas huvudsakligen av pensionsavgångar. Sedan våren 2012 har fyra handläggare och en administratör anställts. Förvaltningen har inte, vid dessa eller tidigare tillfällen, upplevt några svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Från och med den 1 februari 2015 överförs en tjänst som kommunikatör från LSF.

Då verksamheten är av såväl begränsad som specifik karaktär ses svårigheter att bereda plats för tidsbegränsade anställningar av olika slag, till exempel sommarjobb och praktisk arbetslivsorientering. Under hösten 2014 har praktikplats upplåtits till en studerande från juristlinjen under en vecka.

#### 4.4.3 Jämställdhet och mångfald – likvärdiga villkor och möjligheter

Nämnden har en jämställdhets- och mångfaldsplan enligt landstingsets riktlinjer samt även en handlingsplan för HBT-frågor. Förvaltningen strävar efter mångfald i såväl personalgruppen som vid rekrytering av stödper-

soner. Detta bidrar till kompetenta utredningar av patientärenden och adekvat stöd till de patienter som har stödperson.

Varje år deltar två medarbetare i landstingets certifierade jämställdhets- och mångfaldsutbildning. Sammantaget har hittills åtta handläggare och förvaltningschefen genomgått utbildningen.

Förvaltningens lokaler är tillgängliga och arbetsmiljön bedöms lämplig för personer med funktionsnedsättning. Dock saknas toalett som rymmer en rullstol. Sådana finns dock på flera andra våningsplan i fastigheten. Möjlighet till ombyggnad av förvaltningens toaletter finns. Samtlig personal har genomfört de webbaserade utbildningarna inom mångfaldsområdet respektive "Att undanröja hinder".

Förvaltningschefen har tidigare genomgått utbildning i lönesättning. Förvaltningen har tydliga rutiner för rekrytering. Vid lika meriter ges företräde för manliga sökande och personer med annan etnisk bakgrund än svensk. Den kommande jämställdhets- och mångfaldsplanen för 2015 kommer att utvidgas så att företräde även ska ges till personer med funktionshinder.

#### **4.4.4 Chef och ledarskap**

Förvaltningen har en platt organisation med en förvaltningschef som till sin hjälp har en biträdande chef som träder in vid ordinarie chefs frånvaro. Förvaltningschefen kommer att avgå med pension på försommaren 2014. En rekryteringsprocess har inletts.

Förvaltningschefen har tidigare deltagit i utbildningar rörande förändringsarbete och bedöms ha erforderlig kompetens inom området.

#### **4.4.5 Hälsofrämjande arbetsmiljö**

Sjukfrånvaron är generellt låg, åtgärder för att sänka densamma är inte aktuella. Inga åtgärder för rehabilitering är aktuella. Problem med alkohol och droger har inte förekommit.

Förvaltningen har avtal med företagshälsovård som upphandlats av landstinget. Samtliga arbetsplatser är ergonomiskt utformade. Förvaltningen har inga anmälningar om arbetsskador. Personalen har vid behov möjlighet till handledning.

Planeringssamtal hålls regelbundet med alla medarbetare. Samtliga erbjuds årlig influensavaccination. En timme av veckoarbetstiden kan användas för friskvård. Därutöver utgår viss ersättning för till exempel träningskort.

Förvaltningen deltar årligen i landstingets medarbetarundersökning. Som framgått under 4.4.1 har samtliga index sjunkit jämfört med 2013. Förvaltningen har planer för ett arbete för att förbättra indexet för "Grupp" under 2015.

## **5. Ekonomi**

Någon förändring av verksamhetens innehåll kan inte ses för 2015. Som ovan nämnts förväntas dock de senaste årens ökning av såväl klagomålsärenden som ansökningar om stödperson att bestå. Detta medför att ytterligare handläggares resurser på sikt kommer att behöva tillföras.

### **5.1 Ekonomiskt utgångsläge**

Landstingsbidraget ökar från 19,8 mkr 2014 till 20,7 mkr 2015 det vill säga med 4,5 procent, vilket bedöms nödvändigt med hänsyn till ökning av stödpersonsverksamheten. Landstingsbidraget föreslås öka ytterligare med 1 059 tkr genom överenskommelse med Landstingsstyrelsens förvaltning som kompensation för en tjänst som kommunikatör som tillförs verksamheten från och med den 1 februari.

Utfallet i årsbokslut 2013 innebar ett resultat strax över 0. Prognos för 2014 innebär bland annat ökade kostnader för nämndens stödpersonsverksamhet med 0,4 mkr, från 3,1 mkr i utfall 2013 till omkring 3,7 mkr 2014, vilket innebär en ökning med 15-20 procent. Stödpersonsverksamheten styrs av rättighetslagar, vilket innebär att förvaltningen är skyldig att skyndsamt tillhandahålla de stödpersoner som efterfrågas. Förvaltningen har tydliga mål och krav på led- och handläggningstider. Som en följd av de senaste årens ökning har resurser måst omfördelas från handläggning av klagomålsärenden till stödpersonsärenden.

För att i någon mån kompensera för detta och effektivisera handläggningen har förvaltningens ärendehanteringssystem utvecklats och ytterligare åtgärder planeras. På något/några års sikt beräknas antalet inkommande klagomålsärenden öka dramatiskt som en följd av den pågående klagomålsutredningen (S2014:15), vars förslag väntas i december 2015.

### **5.2 Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin**

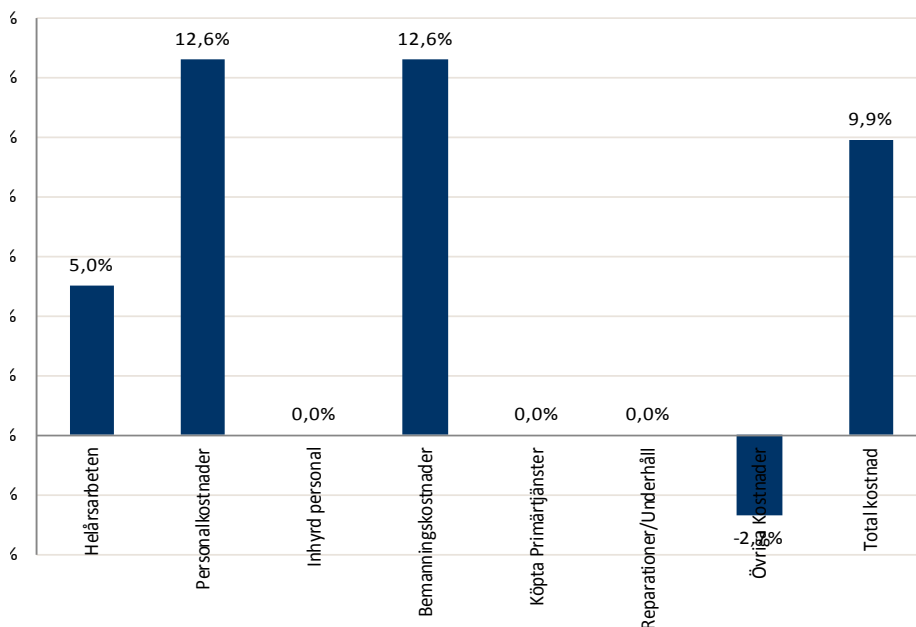
Ekonomin påverkas av antalet inkommande klagomålsärenden och ansökningar om stödperson. Då arbetsbelastningen varit mycket stor under 2014 finns på sikt behov av ytterligare handläggarresurser.

### **5.3 Antagande i budget**

Antalet årsarbetare föreslås öka med en befattning under 2015 till 21 jämfört med 2014. Personalkostnaderna beräknas öka med 12,6 procent. Övriga kostnader budgeteras minska något, med 2,7 procent jämfört med 2014 års budget.

## 5.4 Resultatbudget

Förändring mellan BU14 och BU15



Resultaträkning Mkr	BU1512 (Controller)	BU1412 (Controller)	AC1312 (Controller)	Förändring BU15/BU14	Förändring BU15/AC13
Försäljning övriga tjänster	1,5	1,5	1,5		
Erhållna bidrag	21,8	19,8	19,2	10,1%	13,5%
Övriga intäkter					
<b>S:a Verksamhetens intäkter</b>	<b>23,3</b>	<b>21,3</b>	<b>20,7</b>	<b>9,4%</b>	<b>12,6%</b>
- Varav internt SLL	21,8	19,8	19,2	10,1%	13,5%
Personalkostnader	-19,7	-17,5	-16,8	12,6%	17,3%
Köpta primärtjänster	-0,1	-0,1	0,0		
Hyseskostnader	-1,7	-1,7	-1,8		-5,6%
Inhyrd personal					
Övriga kostnader	-1,8	-1,9	-1,9	-5,3%	-5,3%
<b>S:a Verksamhetens kostnader</b>	<b>-23,3</b>	<b>-21,2</b>	<b>-20,5</b>	<b>9,9%</b>	<b>13,7%</b>
- Varav internt SLL	-5,9	-5,0	-4,5	18,0%	31,1%
Avskrivningar	0,0	-0,1	-0,1	-100,0%	-100,0%
Finansnetto					
<b>Årets Resultat</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>		<b>-100,0%</b>

Patientnämndens omsättning 2015 beräknas öka med ca 9,3 procent jämfört med 2014.

#### 5.4.1 Intäkter

Landstingsbidraget ökar från 19,8 mkr 2014 till 20,7 mkr i 2015 års budget, det vill säga med 4,5 procent. Ytterligare förändras landstingsbidraget genom överenskommelse med Landstingsstyrelsens förvaltning med plus 1 059 tkr avseende en överförd tjänst som kommunikatör. Övriga intäkter avser i stort sett ersättningar från länets kommuner samt avtal med privatvårdarna för handläggning av ärenden åt dessa. Ersättningen kvarstår med ungefär oförändrade belopp om knappt 1 500 tkr per år inklusive privatvårdarna.

#### 5.4.2 Kostnader

Personalkostnaderna utgör den övervägande delen av nämndens kostnader, med mer än 80 procent av kostnaderna.

##### **Personal**

Personalkostnaderna beräknas öka genom löneökning med 2,2 procent samt överföring av en befattning från Landstingsstyrelsens förvaltning. I övrigt beräknas fortsatt en mindre ökning av stödpersonsverksamheten.

Här ingår kostnader för stödpersoner, förtroendevalda och övriga personalkostnader såsom kurs- och konferenskostnader, företagshälsovård och friskvård. De totala personalkostnaderna beräknas öka från 17,5 mkr till 19,7 mkr, d v s med 12,6 procent. Ökningen av personalkostnaderna är dock inte så stor jämfört med prognos för 2014 på 18,0 mkr, vilket motsvarar i stället en ökning med 9,4 procent.

FÖRÄNDRING AV ANTAL HELÅRSARBETEN (närvaro- och frånvarotid exkl extratid)	BU 2014	BT 2015	BT 2016	BT 2017
Totalt antal helårsarbeten	20	21	21	21
- varav flyttad vård/nytt uppdrag per förändring		1	1	1
- varav flyttad vård/minskat uppdrag per förändring				
- varav "				

##### **Övriga kostnadsslag, avskrivningar och finansnetto**

Lokalkostnaderna uppgår till ca 1,7 mkr och beräknas kvarstå i ungefär samma omfattning. Under 2012 tecknades ett nytt femårigt hyresavtal som medfört en ökning av hyreskostnaderna med 7 procent.

Verksamhetsanknutna tjänster avseende översättningar har ökat från ca 30 tkr 2013 till närmare 100 tkr 2014. Finansnettot har sjunkit genom lågt ränteläge samt ökade bankkostnader och beräknas till omkring 0. Avskrivningar ligger fortsatt under 2014 på 110 tkr men minskar till ca 40 tkr därefter.

#### 5.4.3 Produktivitet och effektivitet

Patientnämnden berörs inte av detta.



## 5.5 Balansbudget

Inga större förändringar förväntas i balansbudgeten.

Balansräkning Mkr	BU1512 (Lokalt ek.syst.)	BU1412 (Lokalt ek.syst.)	AC1312 (Controller)	Förändring BU15/BU14	Förändring BU15/AC13
<b>TILLGÅNGAR</b>					
Anläggningstillgångar	0,1	0,0	0,2		-50,0%
Omsättningstillgångar	2,1	2,5	2,4	-16,0%	-12,5%
- varav kassa bank	1,7	1,7	1,7		
<b>SUMMA TILLGÅNGAR</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>-12,0%</b>	<b>-15,4%</b>
<b>EGET KAPITAL</b>					
Eget kapital	0,5	0,5	0,6		-16,7%
- varav årets resultat			0,1		-100,0%
<b>Avsättningar (samt ev. Minoritetsintresse)</b>					
<b>SKULDER</b>	<b>1,7</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>-15,0%</b>	<b>-15,0%</b>
Långfristiga skulder					
Kortfristiga skulder					
<b>SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>-12,0%</b>	<b>-15,4%</b>

## 5.6 Investeringar

Investeringar Mkr	BU 2014	BU 2015	Plan 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019
Trafikinvesteringar						
Investeringar i landstingets fastigheter						
Maskiner / Inventarier / IT						
Ombyggnation externt förhyrda lokaler						
<b>Totalt investeringar</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Inga större investeringar beräknas under perioden.

	Objekt 1	Objekt 2	Objekt 3	osv.	
1. Måluppfyllelse (poäng)	1-10 poäng				
2. Kalkyl	ja/nej				
3. Objektsberoende	ja med obj 1/nej				
4. Strategisk betydelse	ja/nej				
5. Resultatpåverkan	XX mkr				
6. Tidsprioritet (poäng)	1-10 poäng				
7. Utgift	XX mkr				
8. Miljöbedömning	(-9) - (+9)				
9. Samråd med beställaren	ja/nej				

	Objekt 1	Objekt 2	Objekt 3	osv.	
1. Målpåfyllelse (poäng)	1-10 poäng				
2. Kalkyl	ja/nej				
3. Objektsberoende	ja med obj 1/nej				
4. Strategisk betydelse	ja/nej				
5. Resultatpåverkan	XX mkr				
6. Tidsprioritet (poäng)	1-10 poäng				
7. Utgift	XX mkr				
8. Miljöbedömning	(-9) - (+9)				
9. Samråd med beställaren	ja/nej				

## 5.7 Möjligheter och risker

Nämnden ser två förändringar som kommer att få tydliga ekonomiska konsekvenser.

Den dramatiska ökningen av antalet ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen medför ökade kostnader för arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna, ökade handläggaresurser för att administrera den expanderande verksamheten samt för att rekrytera och utbilda fler stödpersoner. Nämnden har beviljats extra medel från och med 2015 som utgår från verksamhetsnivån under 2014.

Ytterligare en faktor kan på sikt medföra behov av förstärkta handläggaresurser. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en promemoria till Socialdepartementet framfört önskemål om att i större utsträckning än vad som för närvarande är fallet få överlämna klagomål på hälso- och sjukvården till berörd patientnämnd eller vårdgivare för åtgärd. Statskontoret har i en delrapport framfört liknande förslag på åtgärder. För närvarande pågår en utredning av detta. Utredarens förslag väntas i slutet av 2015.

Nämnden bedömer det troligt att en förändring som medför ett utökat uppdrag för patientnämnderna kommer att ske. Detta skulle med all sannolikhet innebära ett kraftigt ökat inflöde av ärenden. För att hantera detta behöver ytterligare handläggare anställas.

Risikfaktorer	Förklarande kommentar, skattade belopp	BT 2015 Mkr	Plan 2016 Mkr	Plan 2017 Mkr
Vad består risken i?				

## 6. Övrigt

Denna budget för 2015 och planår 2016-2017 har nämndbehandlats 2015-01-21.

2015-01-22

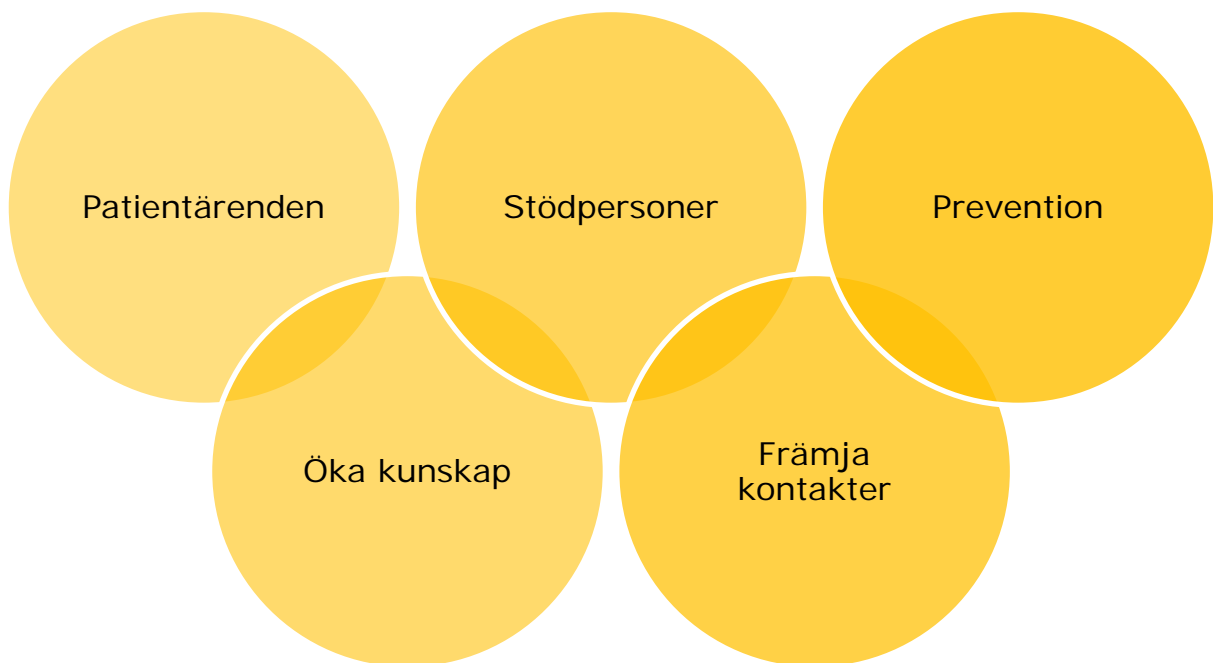
Staffan Blom  
Förvaltningschef

Bilagor:

2. Investeringar Vård och annan verksamhet
10. Mål, aktiviteter och handlingsplan för kvalitet 2014-2016
11. Intern kontrollplan 2014

# Kvalitet

## Mål, aktiviteter och handlingsplan 2014-2016



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Effektmål .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Patientärenden .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Mål avseende patienter/anmälare .....</b>	<b>3</b>
2.2.1 Information om patientnämnden och dess förvaltning .....	3
2.2.2 Tillgänglighet .....	4
2.2.3 Information .....	4
2.2.4 Bemötande .....	4
2.2.5 Handläggning av ärenden .....	4
<b>2.3 Mål avseende vården .....</b>	<b>5</b>
2.3.1 Information i missivskrivelse vid begäran om yttrande .....	5
2.3.2 Handläggarnas opartiskhet .....	5
2.3.3 Patientnämndens betydelse för vården .....	5
2.3.4 Patientnämndens betydelse för patienterna .....	6
<b>2.4 Mål avseende stödpersoners verksamheten .....</b>	<b>6</b>
2.4.1 Förordnande av stödpersoner .....	6
2.4.2 Utbildning och stöd till stödpersoner .....	6
<b>2.5 Övriga mål .....</b>	<b>7</b>
<b>3 Aktiviteter .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Patientärenden .....</b>	<b>7</b>
3.1.1 Uppföljning av registrering av patientärenden .....	7
3.1.2 Registrering av läkemedelsärenden .....	7
3.1.3 Återföring av data till vården och övriga intressenter .....	7
3.1.4 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder .....	7
3.1.5 Årlig analys av problemområden .....	8
3.1.6 Uppföljning av handläggningstider .....	8
3.1.7 Telefonkontakt i skriftliga ärenden .....	8
3.1.8 Återföring av data till Inspektionen för vård och omsorg .....	8
<b>3.2 Stödpersoners verksamheten .....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Registrering av stödpersoners ärenden .....	8
<b>3.3 Förebyggande arbete .....</b>	<b>9</b>
3.3.1 Öka kunskapen om patientnämnden hos vårdpersonal .....	9
3.3.2 Öka kunskapen om patientnämnden hos patienter och allmänhet .....	9
3.3.3 Främja kontakter .....	9
<b>3.4 Övrigt .....</b>	<b>9</b>
3.4.1 Avvikelse rapportering .....	9
3.4.2 Integrering av kvalitets- och miljöledning .....	9
<b>4 Uppföljning 2013 .....</b>	<b>10</b>
<b>5 Aktivitetsplan 2014 .....</b>	<b>10</b>

## 1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande plan för kvalitetsarbetets mål och aktiviteter under 2014-2016. Syftet är att säkerställa att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer som att förvaltningens ärenden handläggs på ett sätt som möjliggör att de kan bidra till att förbättra vården.

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

Nedan redovisas de mål som baseras på nämndens kvalitetspolicy som fastställdes 2012 samt de aktiviteter som planeras för förvaltningens kvalitetsarbete under åren 2014 till och med 2016. Utöver detta görs årligen en förteckning över planerade aktiviteter. Uppföljning av mål och aktiviteter redovisas i nämndens årliga kvalitetsbokslut, men även i till exempel förvaltningsberättelse och årsrapport. Enkäter riktade till anmälare respektive vården redovisas i särskilda rapporter.

## 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 2013. Förvaltningen tillfrågade då anmälare i 300 nyligen avslutade skriftliga ärenden om deras nöjdhet med bemötande, handläggning med mera. Den senaste undersökningen rörande vårdgivarnas nöjdhet genomfördes under 2011. Förnyad undersökning kommer att genomföras under våren 2014.

### 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.
- Redovisning:** I särskild rapport.

**Ansvarig:** Controller.

### 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 kontaktar 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.

**Redovisning:** I särskild rapport.

**Ansvarig:** Controller.

### 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.

**Redovisning:** I särskild rapport.

**Ansvarig:** Controller.

### 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.

**Redovisning:** I särskild rapport.

**Ansvarig:** Controller.

### 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.

<b>Mål:</b>	Minst 80 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med handläggningen av deras ärende.
<b>Strategi:</b>	Rutiner för handläggning av ärenden.
<b>Uppföljning:</b>	Enkät till anmälare minst vart tredje år.
<b>Redovisning:</b>	I särskild rapport.
<b>Ansvarig:</b>	Controller.

### 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.

<b>Mål:</b>	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.
<b>Strategi:</b>	Användning av mall för formulering av missivskrivelse.
<b>Uppföljning:</b>	Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.
<b>Redovisning:</b>	I särskild rapport.
<b>Ansvarig:</b>	Controller.

#### 2.3.2 Handläggarnas opartiskhet

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

<b>Mål:</b>	Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska uppleva handläggarnas agerande som opartiskt.
<b>Strategi:</b>	Rutiner för handläggning av ärenden.
<b>Uppföljning:</b>	Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.
<b>Redovisning:</b>	I särskild rapport.
<b>Ansvarig:</b>	Controller.

#### 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.

<b>Mål:</b>	Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att nämndens verksamhet är viktig för vården.
<b>Strategi:</b>	Överföring av relevant information, till exempel genom missivskrivelser och månads- respektive årsrapporter över egna ärenden.
<b>Uppföljning:</b>	Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.
<b>Redovisning:</b>	I särskild rapport.



**Ansvarig:** Controller.

#### 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.

**Redovisning:** I särskild rapport.

**Ansvarig:** Controller.

### 2.4 Mål avseende stödpersonsverksamheten

Under 2013 avslutades ett omfattande arbete med att kvalitetssäkra hela stödpersonsverksamheten. I detta arbete ingick 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 ansökningar om stödperson.

**Uppföljning:** Genom förvaltningens egen dokumentation.

**Redovisning:** I verksamhetsberättelse för stödpersonsverksamheten.

**Ansvarig:** Stödpersonssamordnaren

#### 2.4.2 Utbildning och stöd till stödpersoner

De som förordnas som stödpersoner ska ha genomgått en grundutbildning bestående av tre gånger tre timmar. Denna innefattar psykiatriska diagnoser som är vanliga vid tvångsvård, information från en erfaren stödperson, 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.

Därutöver anordnas två gånger årligen särskild utbildning kring aktuella teman och frågeställningar.

**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:** Utvärdering av utbildning respektive fortbildningstillfällen samt vid slutrapportering efter avslutat uppdrag. Analys av

orsaker till avbrutna uppdrag.

**Redovisning:** I verksamhetsberättelse för stödpersonsverksamheten.

**Ansvarig:** Stödpersonssamordnaren

## 2.5 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 AKTIVITETER

### 3.1 Patientärenden

#### 3.1.1 Uppföljning av registrering av patientärenden

Varje månad ska samtliga patientärenden som inte är korrekt och fullständigt registrerade identifieras och åtgärdas. För att möjliggöra detta har särskilda uppföljningsrapporter som informerar om brister i registreringen utarbetats. Därutöver görs en manuell uppföljning rörande vissa parametrar där manuell bedömning behöver göras.

Ansvariga: Berörda handläggare kontrollerar och åtgärdar sina ärenden. Manuell uppföljning görs av controller som uppmärksammar handläggarna på eventuella oklarheter i registreringen.

#### 3.1.2 Registrering av läkemedelsärenden

En stor andel av de ärenden som inkommer till förvaltningen avser problem relaterade till läkemedelsbehandling. I ärendehanteringsprogrammet Vårdsynpunkter märks de med bevakningsområdet "Läkemedel". Sedan 2006 redovisas de i ett särskilt avsnitt i nämndens årsrapport.

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, vilket kommer att utarbetas.

Ansvarig: Handläggare med särskilt ansvar för läkemedelsärenden.

#### 3.1.3 Återföring av data till vården och övriga intressenter

Lokala rapporter sammanställs och sänds automatiskt per e-post till ett stort antal vårdgivare per månad respektive år. Inkomna önskemål om statistik utöver detta ska expedieras omgående eller efter högst någon dag.

Ansvarig: Controller.

#### 3.1.4 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder

Samtliga förbättringsåtgärder som vidtagits i vården återförs kontinuerligt till nämndens ledamöter. Förbättringsåtgärder registreras i förvaltningens ärendehanteringsprogram och redovisas till nämndens ledamöter i delegationslistor över avslutade ärenden. Ärenden som lett till förbättringsåtgärder redovisas också i ett särskilt avsnitt i årsrapporten.

Ansvariga: Handläggare ansvarar för registreringen, nämndsekreteraren sammanställer delegationslistor, controller ansvarar för redovisningen i årsrapporten.

### 3.1.5 Årlig analys av fördjupningsområden

Årligen görs fördjupade analyser av ärenden avseende anmälarnas kön och ålder samt läkemedelsrelaterade problem. Varje år genomförs därutöver fördjupad analys av ett eller flera områden som bedöms vara av speciellt intresse eller särskilt allvarliga. Resultaten redovisas i årsrapporten och till patientnämndens ledamöter med flera.

Ansvarig: Förvaltningschefen beslutar om relevanta fördjupningsområden och fördelar dessa till lämpliga handläggare.

### 3.1.6 Uppföljning av handläggningstider

Korta handläggningstider är en viktig kvalitets- och förtroendefråga. Ärenden ska avslutas så snart handläggningen är slutförd. Drar handläggningen ut på tiden kan vårdens och allmänhetens förtroende för förvaltningen skadas. Handläggningstiden kan av olika skäl ibland bli lång och påverkas av till exempel hög ärendebelastning hos enskilda handläggare, att svar från vården dröjer eller att anmälaren inkommer med flera genmälen.

Samtliga ärenden som varit öppna mer än 12 månader ska identifieras och bedömas om de kan avslutas. I samband med den månatliga uppföljningen av registreringen kontrolleras de ärenden som varit öppna mer än 12 månader. Berörda handläggare informeras och tar ställning till fortsatta åtgärder; kan ärendet avslutas eller påskyndas, väntas ytterligare handlingar, genmälen etc.

Ansvarig: Controller ansvarar för månadsuppföljningen, handläggare ansvarar för bedömning av aktuella ärenden.

### 3.1.7 Telefonkontakt i skriftliga ärenden

Vid behov görs särskilda undersökningar för att följa upp telefonkontakter med anmälare i skriftliga ärenden. Om anmälaren inte själv hörs av ska handläggaren enligt förvaltningens rutin ta kontakt med denna inom tolv arbetsdagar. I den händelse rutinen inte följts analyseras orsakerna till detta.

Ansvarig: Förvaltningschefen beslutar om uppföljning ska genomföras.

### 3.1.8 Återföring av data till Inspektionen för vård och omsorg

Senast den 28 februari varje år överlämnas redogörelse över föregående års verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg. När årsrapporten behandlats av nämnden vid sammanträde i mars överlämnas även denna till IVO och till Socialstyrelsen.

Ansvarig: Controller.

## **3.2 Stödpersonsverksamheten**

### 3.2.1 Registrering av stödpersonsärenden

Samtliga stödpersonsärenden, gällande såväl patient som stödperson, som inte är korrekt och fullständigt registrerade ska identifieras och åtgärdas. För att möjliggöra detta har särskilda uppföljningsrapporter som informerar om brister i registreringen utarbetats. Detta kan gälla till exempel att riskbedömning av patienten eller att stödpersonens avslutsenkät inte registrerats.

Ansvariga: Berörda handläggare kontrollerar och åtgärdar sina ärenden. Särskild uppföljning görs av controller.

### **3.3 Förebyggande arbete**

#### **3.3.1 Öka kunskapen om patientnämnden hos vårdpersonal**

Informationsmaterial skickas till vården, såväl rutinmässigt som på begäran. Informationsmöten hålls med vårdpersonal. Personal deltar i föreläsningar och vid mässor. Här ingår även annonsering/marknadsföring samt artiklar i media. Aktiviteterna rapporteras i årsrapport och förvaltningsberättelse.

Ansvariga: Kommunikatören registrerar samtliga aktiviteter. Registrator ansvarar för utskick av material.

#### **3.3.2 Öka kunskapen om patientnämnden hos patienter och allmänhet**

Informationsmaterial skickas till enskilda och patient-/intresseorganisationer. Hemsidan ska vara uppdaterad. Personal deltar i föreläsningar och mässor, till exempel anhörigdag. Här ingår även annonsering/marknadsföring samt artiklar i media. Aktiviteterna rapporteras i årsrapport och förvaltningsberättelse.

Ansvariga: Kommunikatören registrerar samtliga aktiviteter. Registrator ansvarar för utskick av material.

#### **3.3.3 Främja kontakter**

Att verka för god kontakt, kontinuitet och förståelse mellan patienter och vårdpersonal ingår som en stor och angelägen komponent vid kontakter med anmälare och vård i det dagliga arbetet.

Ansvariga: Samtliga anställda.

### **3.4 Övergripande aktiviteter**

#### **3.4.1 Avvikelse rapportering**

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 tillit till förvaltningen ska rapporteras, analyseras, åtgärdas och följas upp. Avvikelser rapporteras på en särskild blankett där det framgår vem som rapporterar, vad som inträffat, vilka konsekvenser avvikelserna fick samt vilka åtgärder som vidtagits och förslag till förbättringar. I de fall en avvikelse bedöms vara av särskilt allvarig karaktär kan förvaltningschefen uppdraga till kvalitetsansvariga att genomföra en händelseanalys eller sammankalla och leda analysgrupper

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 avvikelse rapporter bearbetas adekvat, och att resultatet återförs till övriga medarbetare.

#### **3.4.2 Integrering av kvalitets- och miljöledning**

Förvaltningen är sedan tidigare certifierad enligt ISO 14001 för miljöledningssystem. I samband med den externa miljörevision i februari 2013 föreslog revisorn att miljöledningen sammankopplas med förvaltningens kvalitetsarbete. Därmed höjs miljöarbetet till en högre nivå, vilket även har positiva effekter för kvalitetsarbetet. ISO 14001 och ISO 83 utgör utgångspunkter för arbetet.

Även andra områden, som arbetsmiljö och informationssäkerhet, kan kopplas på då systemet är tillämpligt på alla delar.

Ansvarig: Miljösamordnare.

#### **4 UPPFÖLJNING 2013**

Såväl mål som aktiviteter redovisas i de årliga kvalitetsboksluten, men även i till exempel förvaltningsberättelse, årsrapport och i förekommande fall i särskilda rapporter.

#### **5 AKTIVITETSPLAN 2014**

De aktiviteter som beslutas genomföras förtecknas i "Aktivitetsplan för år 20XX", som utgör en bilaga till detta dokument. Här kan även andra aktiviteter än de ovan beskrivna förekomma, till exempel kvalitetsdagar som anordnas av kvalitetssamordnarna.

#### **Bilagor**

1. Aktivitetsplan för 2014
2. Aktiviteter: Kvalitetsplan 2014



