

Tertialrapport 2015

Ärendet

Av vad som framgår av tertialbokslut per den 30 april 2015 har antalet klagomål och synpunkter ökat kraftigt jämfört med samma period föregående år. Hittills har ärendeökningen varit 14 procent. För helåret 2015 förväntas närmare 7 000 ärenden. Även om det skett en vis nedgång av stödpersonsförordnanden första kvartalet 2015 så hade 186 patienter per den 30 april 2015 en stödperson vilket är 13 procent fler än vid motsvarande tidpunkt föregående år.

Förvaltningen uppvisar den 30 april 2015 ett resultat om minus 0,2 mkr jämfört med 0 kr vid samma tidpunkt föregående år. Detta beror på flera faktorer som inte går att påverka: verksamhetsövergång där förvaltningen måst hyra ett extra kontor, genomförda investeringar i förvaltningens ärendehanteringssystem, påbörjad rekrytering av ny förvaltningschef och ökade kostnader för stödpersonsverksamheten. Mot bakgrund av kommande kostnader för att slutföra rekrytering av ny förvaltningschef, krav på införande av elektronisk arkivering och fortsatta kommande kostnader för stödpersonsverksamheten bedömer förvaltningen att det under 2015 inte går att uppnå en ekonomi i balans.

Definitiva uppgifter rörande nämndens ekonomi för tertialet finns ännu inte tillgängliga. Sannolikt kommer mindre justeringar att behöva göras. Den uppdaterade versionen av tertialrapporten utdelas vid sammanträdet.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta tertialbokslut för perioden 2015-01-01 –2015-04-30
- omedelbart justera beslutet
- att uppdra till förvaltningen att insända tertialbokslutet enligt anvisningar.



TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-04-28

PaN A1502-00064-43

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga
Tertialbokslut 2015



Utskrivet 2015-05-07 kl 14:42

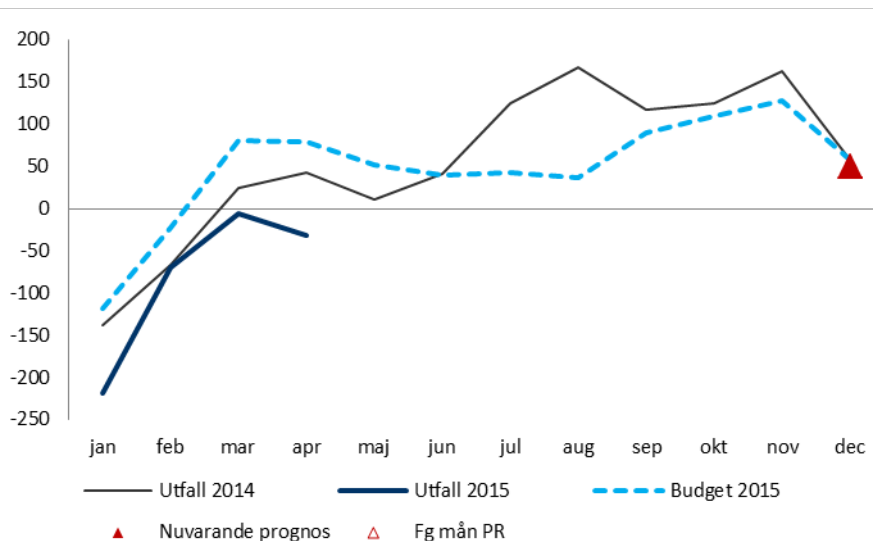
Patientnämnden

TERTIALRAPPORT
April 2015

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	3
2.	Mål.....	4
2.1	Mål och indikatorer	4
2.1.1	Ekonomi i balans.....	4
2.1.2	Lokala mål	4
3.	Nämndens verksamhet	5
3.1	Verksamhetsförändringar	5
3.1.1	Patientärenden	5
3.1.2	Stödpersonsverksamheten	6
3.2	Produktion.....	7
3.2.1	Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvården.....	7
3.2.2	Stödpersonsverksamheten	10
3.2.3	Återföring till verksamheterna.....	11
3.2.4	Övrig statistik	11
3.2.5	Information	11
3.2.6	Förebyggande arbete	12
3.2.7	Patientsäkerhet	12
3.2.8	Övrigt.....	13
4.	Ekonomi	14
4.1.1	Intäktsutveckling.....	15
4.1.2	Kostnadsutveckling	15
4.1.3	Avvikelse – periodens utfall.....	16
4.1.4	Avvikelse – prognostiserat resultat	16
4.1.5	Externa intäkter och kostnader.....	17
4.1.6	Personal.....	17
4.1.7	Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto.....	18
4.2	Investeringar	18
4.3	Analys och eventuella riskfaktorer.....	19
5.	Ledningens åtgärder	19
6.	Specifika ägardirektiv.....	19
7.	Landstingets finanspolicy	19
8.	Nämndbehandling.....	20

1. Sammanfattning



Resultatet till och med april är minus 0,2 mkr jämfört med 0 kr föregående år vid samma tidpunkt. Resultatet är sämre än periodiserad budget på plus 0,2 mkr.

Antalet ärenden fortsätter att öka. Under första tertialet inkom 2 308 ärenden, vilket var en ökning med 14 procent jämfört med samma period 2014.

Antalet inkommande klagomålsärenden respektive ansökningar om stödperson kan varken förutsägas eller påverkas. Därmed kan kostnaderna för stödpersonsverksamheten inte beräknas med precision.

Därtill kommer även andra kostnader som nämnden inte kan påverka och som gör det svårt för förvaltningen att uppnå en ekonomi i balans under innevarande år:

- Förvaltningen har genom s.k. verksamhetsövergång tillförts en kommunikatör, varvid även löneandel överfördes till nämnden. Då befintliga lokaler redan tidigare var maximalt utnyttjade har förvaltningen måst hyra ett extra kontor i fastigheten, vilket medför en ökad kostnad om cirka 140 tkr per år.
- Förvaltningen kommer sannolikt under innevarande år att påläggas utgifter för obligatorisk elektronisk arkivering, vilket sker i samverkan med Landstingsarkivet. Detta kommer sannolikt att belasta förvaltningen med cirka 200 tkr. Möjligen kan detta skjutas upp till kommande år.
- Rekrytering av en ny förvaltningschef som väntas tillträda efter sommaren kommer preliminärt att generera en kostnad om minst 200 tkr.

- Planerade och pågående investeringar i förvaltningens ärendehanteringssystem Vårdsynpunkter som beslutats av nämnden har förts över från föregående år och kommer att generera en kostnad om cirka 50 tkr.

2. Mål

Inga nämnds specifika uppdrag har fastställts av landstingsfullmäktige.

2.1 Mål och indikatorer

2.1.1 Ekonomi i balans

Mål och indikator	Utfall 1504	Utfall 1404	Mål 2015	Vem
EKONOMI I BALANS				
God ekonomisk hushållning				
Resultat: Ett positivt resultat enligt balanskravet	- 0,2	0	0	Alla

Utfall per den 30 april 2015 visar på ett mindre underskott. Även om antalet förordnanden om stödperson minskat något så är kostnaderna lika stora som föregående år då antalet pågående förordnanden är något fler.

2.1.2 Lokala mål

Verksamheten styrs av lagar samt reglemente och mål som fastställts av landstingsfullmäktige. Dessa definierar fem verksamhetsområden; patientklagomål, stödpersonsverksamhet, förebyggande arbete, öka kunskap om verksamheten hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter.

Med utgångspunkt i ovanstående fastställde nämnden 2012 en övergripande kvalitetspolicy som kompletteras av treåriga planer avseende mål och aktiviteter samt en årlig aktivitetsplan, se bilaga 4.

Den nuvarande planen avser åren 2014-2016 och anger mål samt strategier och rutiner för att nå dessa och även uppföljningsmetoder. De rutindokument som anknyter till målen revideras kontinuerligt. Målen utgår från de fem identifierade verksamhetsområden som beskrivits ovan. De mål som rör patientklagomål 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.

Utöver ovanstående finns även mål relaterade till miljö, intern kontroll, informationssäkerhet med mera.

3. Nämndens verksamhet

3.1 Verksamhetsförändringar

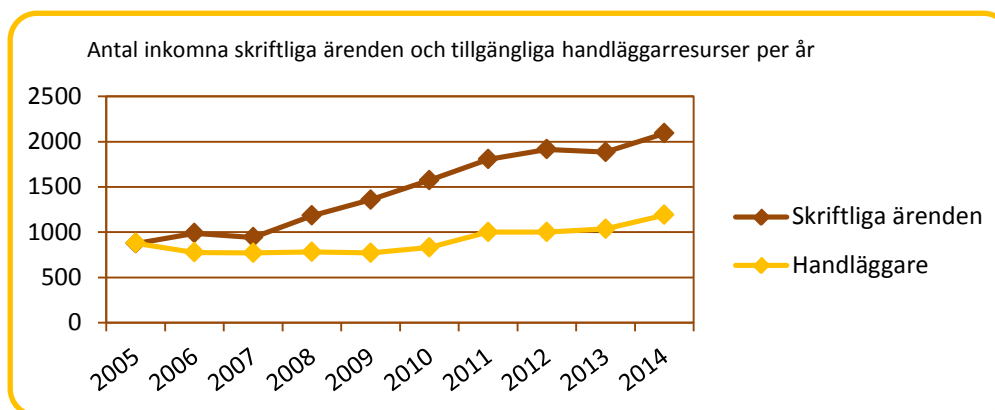
Inga förändringar avseende verksamhetens innehåll eller uppdrag har skett inför 2015. Dock har de olika verksamhetsområdena expanderat kraftigt de senaste åren, vilket varit särskilt tydligt under 2014 och även fortsatt under inledningen av 2015.

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.

3.1.1 Patientärenden

Antalet klagomålsärenden har ökat kraftigt de senaste åren, under 2014 med 11 procent. Ökningen kvarstår under det första tertialet 2015, då den uppgick till 14 procent. För helåret 2015 förväntas närmare 7 000 ärenden, vilket vida överstiger samtliga tidigare år.

Därtill kommer att antalet skriftliga ärenden mer än fördubblats sedan 2005 utan att handläggaresurserna ökat i motsvarande grad, vilket framgår av diagrammet nedan. Där framgår antalet inkomna skriftliga ärenden samt antalet handläggartjänster som är tillgängliga för klagomålsärenden. Handläggarna anges som andelar av heltidstjänster, till exempel knappt 1 200 procent, det vill säga knappt 12 heltidstjänster för 2014.



Antalet handläggare har inte ökat under 2015 jämfört med 2014, vilket innebär en utökning av antal ärenden för varje befintlig handläggare. För att underlätta handläggningen har förvaltningens ärendehanteringssystem utvecklats betydligt under de senaste åren. Ytterligare åtgärder i samma syfte bedöms inte möjliga, det skulle dessutom medföra en hög kostnad.

Under dessa omständigheter blir det svårt att leva upp till förvaltningens kvalitetsmål rörande handläggning. Dessa anger bland annat att en anmälare som inkommit med en skrivelse ska kontaktas inom tolv arbetsdagar. Tidigare skulle anmälaren kontaktas inom sju arbetsdagar. Med anledning av det ökande antalet ärenden ändrades detta 2010 till tolv dagar.

Nämnden befarar att det på grund av den ökande ärendeströmningen inte är möjligt att uppnå detta mål under 2015. En särskild studie gällande den första telefonkontakten med anmälare i skriftliga ärenden kommer därför att genomföras. Därefter tas ställning till en förändring av det aktuella målet.

Det är även sannolikt att den totala handläggningstiden av skriftliga ärenden kommer att förlängas när det ökande antalet ärenden ska hanteras. Detta är olyckligt eftersom de som vänder sig till förvaltningen har råkat illa ut och tappat förtroendet för vården. Det är därför angeläget att återställa detta genom ett professionellt bemötande och högkvalitativ handläggning av deras ärenden. Därigenom kan i många fall en kostbar rundgång i vården förebyggas.

Att förvaltningen erbjuder god tillgänglighet och ett gott omhändertagande är således kostnadseffektivt då det leder till nöjda anmälare med återuppbyggt förtroende för vården, och som känner att deras problem tagits på allvar, vilket sammantaget torde innebära en besparing för vården som helhet. Här är det centralt för förvaltningen att ha korta handläggningstider.

Det kan även antas att förvaltningens ärendehantering i sig kan innebära en tidsbesparing för vården. Flertalet av de händelser som kommer till förvaltningens kännedom kan smidigt lösas genom telefonkontakter, varvid vården ges möjlighet att vidta lämpliga åtgärder.

3.1.2 Stödpersonsverksamheten

Rätten till stödperson regleras i rättighetslagar. Verksamheten är därmed omöjlig att styra, vad gäller såväl volym som fördelning över tid. Denna del av verksamheten måste alltid prioriteras, vilket från och med 2014 medfört att resurser måst överföras från övrig verksamhet, varvid resurserna för handläggning av ärenden som avser klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården minskat i motsvarande utsträckning.

De senaste två åren har antalet förordnanden för stödpersoner nära nog fördubblats, varvid kostnaderna ökat kraftigt. Detta kan förvaltningen varken planera eller styra över. Verksamheten medför kostnader av olika slag:

- Arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna. Varje förordnande medför en kostnad om minst 1 500 kr per månad. Därutöver kan reseersättning i samband med besök hos patienterna tillkomma.
- Ökade handläggarresurser för att administrera den expanderande verksamheten. Då stödpersonsverksamheten styrs av rättighetslagar är förvaltningen skyldig att förordna stödpersoner. Handläggarresurser har därför måst överföras från annan verksamhet, som även den ökat i omfattning.
- Åtgärder för att rekrytera fler stödpersoner, till exempel annonsering, informationsmaterial och -insatser. Förvaltningen behöver ha en beredskap att skyndsamt kunna tillhandahålla lämpliga stödpersoner.
- Utbildning för nya stödpersoner.

3.2 Produktion

Nämndens olika verksamhetsområden beskrivs nedan.

3.2.1 Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvården

Under perioden januari till och med april 2015 inkom 2 308 ärenden till förvaltningen, vilket var 14 procent fler än samma period föregående år. För helåret 2015 förväntas uppemot 7 000 ärenden.

I förvaltningens statistikprogram kan två klagomål/synpunkter registreras i samma ärende, vilket var fallet i 23 procent av ärendena under perioden. Klagomålen i dessa ärenden avser alltid samma vårdgivare. Ärenden av detta slag är vanligtvis mer komplicerade och kräver mer utredningsresurser än ärenden som endast innehåller ett klagomål. Jämfört med samma period 2014 sågs en minskning av antalet ärenden med två klagomål/synpunkter med 5 procent.

Ärenden kan inkomma i form av skrivelser, telefonsamtal eller e-postbrev samt vid personliga besök. De skriftliga ärendena, som vanligtvis är mer komplexa än övriga, har ökat kontinuerligt och mer än fördubblats sedan 2005. Under det första tertialet 2015 sågs en marginell minskning jämfört med samma period föregående år.

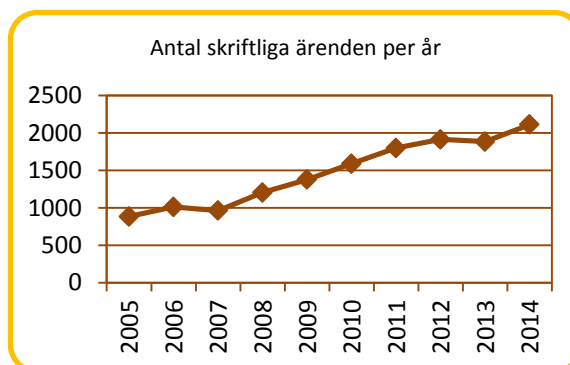
I 53 procent av de skriftliga ärendena hade kontakten med förvaltningen inletts med ett telefonsamtal eller ett e-postbrev. Ärenden som hanterades enbart med e-post ökade med 44 procent och ärenden som hanterades enbart per telefon ökade med 21 procent. Detta ställer krav på en hög telefontillgänglighet, varför förvaltningen förstärkt den dagliga bemanningen.

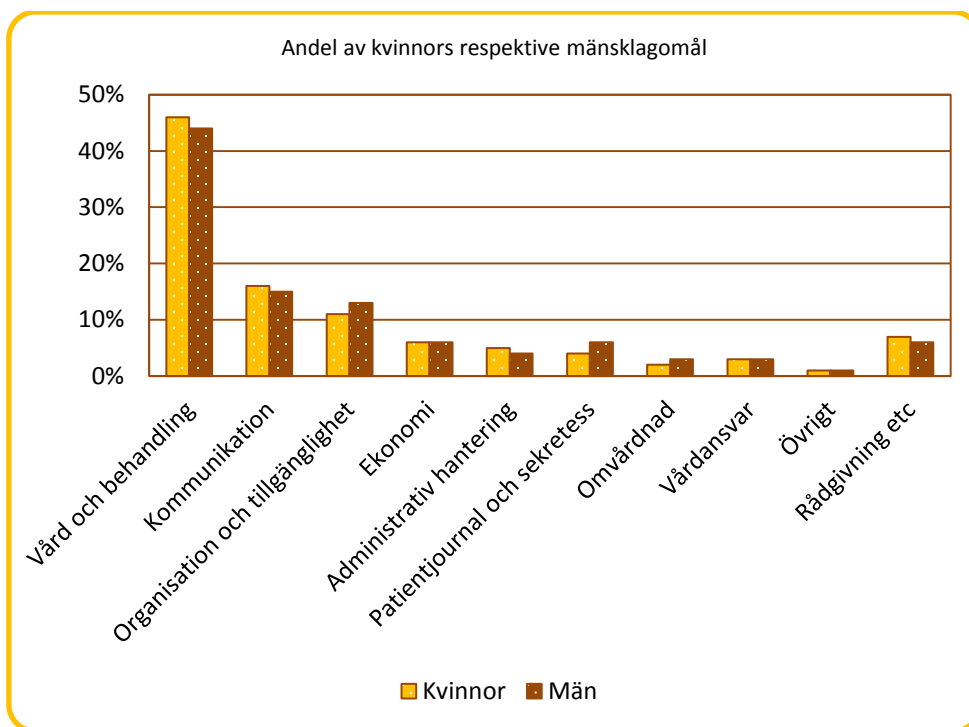
Ärenden per kvinnor och män

Under det första tertialet 2015 avsåg 38 procent av ärendena män. Andelen män har de senaste åren varierat mellan 37 och 39 procent.

Kvinnors och mäns klagomål fördelade sig tämligen likartat mellan problemområdena. Vård- och behandlingsrelaterade problem var vanligast för båda könen. Kvinnornas andel var här något större än männens. Män klagade något mer än kvinnor på brister i organisation och tillgänglighet respektive omvårdnad.

I övrigt var skillnaderna små, vilket framgår av nedanstående diagram.





Även vad gällde kvinnors och mäns klagomål på vårdtyper var skillnaderna små. Synpunkter på akutsjukhus och primärvård var marginellt vanligare bland kvinnor medan män oftare klagade på psykiatrisk vård.

Ärendenas fördelning mellan olika vårdtyper framgår av tabellen nedan.

Ärenden per vårdtyp under det första tertialet		
	2015	2014 - 2015
Vårdtyp	Antal	Förändring, %
Akutsjukhus*	693	+ 11
Primärvård	590	+ 20
Psykiatrisk vård	378	+ 12
Specialistvård**	279	+ 24
Tandvård	131	+ 18
Geriatrisk	36	-
Kommunal vård	27	-
Habilitering	4	-
Övrig vård	170	- 10
Totalt	2 308	+ 14

* exklusive geriatrisk

** utanför akutsjukhus

Akutsjukhus

I 693 ärenden framfördes klagomål på akutsjukhus, exklusive geriatriska kliniker. De utgjorde 30 procent av samtliga ärenden, och ökade med 11 procent jämfört med samma period föregående år.

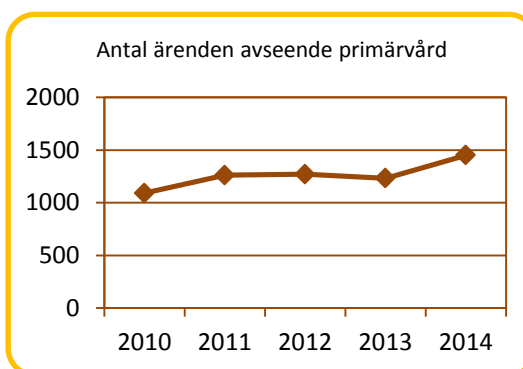
Drygt hälften av klagomålen avsåg vård och behandling. De ökade med 13 procent jämfört med samma period föregående år. De avsåg huvudsakligen brister i samt resultat av behandling.

Klagomål avseende organisation och tillgänglighet ökade med 37 procent och utgjorde 10 procent av samtliga ärenden som avsåg akutsjukhus. Klagomål på tillgänglighet och lång väntan på besökstid var vanliga.

Primärvård

I 590 ärenden framfördes klagomål på primärvård. De utgjorde 26 procent av periodens ärenden. Klagomål på primärvård minskade successivt under en följd av år, men har nu, med undantag av en liten minskning 2013, ökat sedan 2010. Under det första tertialet 2015 ökade ärendena med 20 procent jämfört med samma period föregående år.

Ökningen skulle kunna förklaras med att många nya mottagningar tillkommit under de senaste åren samt att länets befolkning ökat.



Synpunkter på vård och behandling framkom i 46 procent av ärendena. Jämfört med föregående år sågs en ökning av dessa klagomål med 31 procent. Ärendena avsåg huvudsakligen undersökning/utredning, problem relaterade till läkemedelsbehandling och bristande behandling i övrigt.

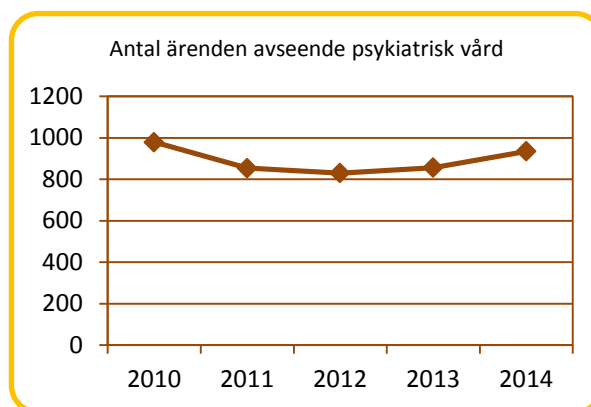
I 17 procent av ärendena framfördes synpunkter på kommunikation. Antalet var i stort det samma som föregående år.

I 14 procent av ärendena framfördes synpunkter på organisation och tillgänglighet. Jämfört med föregående år ökade dessa ärenden med 38 procent. De avsåg huvudsakligen synpunkter på tillgänglighet, nekad besökstid och lång väntetid.

Psykiatrisk vård

I 378 ärenden framfördes synpunkter på psykiatrisk vård. De utgjorde 16 procent av periodens samtliga ärenden och ökade med 12 procent jämfört med samma period föregående år. Efter ett par år med ett något minskat antal ärenden har ärendena ökat från och med 2013.

Ärenden avseende vård och behandling, kommunikation respektive organisation och tillgänglighet ökade med 10, 15 respektive 74 procent.



I 43 procent av ärendena framfördes klagomål på vård och behandling. De handlade huvudsakligen om behandling med och utan läkemedel samt undersökning/utredning.

I 19 procent av ärendena framfördes synpunkter på kommunikation. De avsåg i stor utsträckning bemötande.

16 procent av ärendena avsåg organisation och tillgänglighet och avsåg huvudsakligen tillgänglighet, lång väntetid och bristande valfrihet.

Specialistvård utanför akutsjukhus

I 279 ärenden framfördes synpunkter på specialistvård utanför akutsjukhusen. Denna omfattar ett stort antal större och mindre mottagningar med olika inriktning. De utgjorde 12 procent av samtliga ärenden och ökade med 24 procent jämfört med samma period föregående år. Knappt vartannat klagomål avsåg vård och behandling, vilka ökade med 14 procent jämfört med föregående år.

I 20 procent av ärendena hade anmälarna synpunkter på ortopedisk vård, vilket i likhet med tidigare år var den vanligaste specialiteten. Därefter följde obstetrik-gynekologi med 11 procent samt öron-näsa-hals och kirurgi med 8 procent vardera.

Tandvård

Antalet ärenden som avsåg tandvård uppgick till 131 och ökade med 18 procent jämfört med samma period föregående år. De utgjorde 6 procent av periodens samtliga ärenden.

36 procent avsåg ekonomiska frågeställningar och 33 procent vård och behandling. Ärenden avseende vård och behandling ökade något. Antalet ärenden var dock förhållandevis få.

Övrig vård

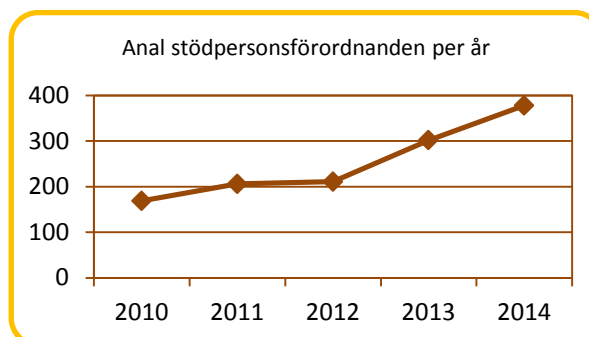
I 7 procent av ärendena framfördes klagomål på övrig vård. Här registreras ärenden som avser landstingsövergripande frågor samt bland annat ambulanssjukvård, medicinsk fotvård samt hjälpmedels- och syncentraler. Ärendena minskade med 10 procent jämfört med samma period föregående år.

3.2.2 Stödpersonsverksamheten

Patientnämndens förvaltning har enligt 30 och 31 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) en skyldighet att förordna stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin. Det gäller även patienter som vårdas enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) eller isoleras enligt smittskyddslagen (2004:168).

Antalet ansökningar om att få en stödperson har ökat dramatiskt de senaste åren. Antalet förordnanden ökade med 43 procent under 2013 och ytterligare 25 procent året därpå.

Det kan förväntas att ökningen nu avstannat och att antalet ansökningar och förordnanden kommer att ligga kvar på nuvarande nivå. Under det första tertialet genomfördes 102 nya förordnanden. Den sista april hade 186



patienter stödperson, vilket var 13 procent fler än vid samma tidpunkt 2014.

3.2.3 Återföring till verksamheterna

Patientnämnden ska enligt lagar och landstingsfullmäktiges reglemente återföra sina klagomålsärenden och erfarenheterna av dessa till vårdgivarna som underlag för deras kvalitetsutvecklingsarbete.

Ett ökande antal av länets vårdgivare följer regelbundet sina ärenden hos förvaltningen och tillsänds rapporter över dessa varje månad respektive år. Inte minst när det gäller det ökande intresset för patientsäkerhet har vårdgivarna stor nytta av att ta del av förvaltningens erfarenheter. Därutöver efterfrågas erfarenheterna av Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med nyteckning och förlängning av avtal med vårdgivare samt av de tre sjukvårdsstyrelserna. Sedan våren 2012 sammanställs dessa rapporter och skickas automatiskt med e-post. Månadsrapporterna har för närvarande drygt 850 mottagare och årsrapporterna något fler.

3.2.4 Övrig statistik

Den kunskap om vården i länet som förvaltningens ärendehantering genererar efterfrågas även av andra enheter, såväl inom som utanför landstinget. Under det första tertialet expedierades cirka 40 manuellt framtagna sammanställningar.

Förvaltningen sammanställer årligen en rapport rörande föregående års verksamhet som tillställs Inspektionen för vård och omsorg (IVO)/Socialstyrelsen och övriga som är intresserade. Den anmäls också i landstingsfullmäktige.

Patientnämnden ska årligen lämna en redogörelse till IVO över föregående års ärenden och även göra IVO uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn. Förvaltningen följer regelbundet upp inkomna ärenden och kan följa utvecklingen för enskilda vårdgivare/-enheter. När så bedöms relevant, vanligen på grund av en kraftig ärendeökning eller ärendenas allvarlighetsgrad, överlämnas information på aggregerad nivå till IVO för ställningstagande till eventuell åtgärd.

En sådan överföring har varit aktuell under det första tertialet. I ett första steg inhämtas synpunkter från vården rörande den uppmärksammade utvecklingen. I det aktuella fallet bedömdes att den information som verksamheten lämnade rörande ärendeökningen var tillfredsställande, varför det inte för närvarande fanns skäl att överlämna dessa ärenden till IVO. Verksamhetens ledning informerades om att förvaltningen avser att följa ärendeutvecklingen.

3.2.5 Information

Förvaltningen ska informera vården, patienter och allmänhet om sin verksamhet och om ärenden som varit aktuella. Medarbetare gör därför besök hos ett stort antal vårdgivare samt patient- och intresseföreningar för att informera om såväl verksamheten som ärenden som varit aktuella.

Personalen föreläser även vid utbildningstillfällen för utländska läkare, kuratorer, undersköterskor, medicinska sekreterare och vid grundutbildning-

ar för blivande tandläkare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. På grund av det ökande inflödet av klagomåls- och stödpersonsärenden har antalet informationsinsatser måst minskas de senaste åren. Under det första tertialet 2015 genomfördes 19 sådana informationstillfällen, vilket var färre än samma period 2013 och 2014 då de uppgick till 32 respektive 23. I rådande arbetsläge behöver strikta prioriteringar göras beträffande fortsatta informationsinsatser.

3.2.6 Förebyggande arbete

Genom sitt förebyggande arbete bidrar patientnämnden till ökad patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården. 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 vården på missförhållanden.

Nämnden föreslår förbättringsåtgärder i så kallade principärenden. Detta är ärenden av allvarlig karaktär eller sådana som får allvarliga följder. Det kan också vara ärenden rörande ett vanligt förekommande eller aktuellt problem.

Under det första tertialet 2015 har nämnden behandlat två principärenden. Dessa avsåg patientförsäkringsvillkor, som inte är exakt lika i landstings- respektive privatdrivna verksamheter, respektive bristande följsamhet till patientdatalagen.

Därutöver har återföring rörande vidtagna eller planerade förbättringsåtgärder inkommit i tre principärenden. Dessa avsåg bristande samverkan i vården av ett flerfunktionshindrat barn, ofullständigt adresserade försändelser från landstingsenheter och problem att få remissvar vid införd spärr i journalsystem.

Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vårdgivare. Åtgärderna kan avse en övergripande nivå eller endast det enskilda ärendet.

Förbättringsåtgärder hade vidtagits i 160 skriftliga ärenden som avslutades under det första tertialet 2015, vilket var 29 procent av de avslutade ärendena och 22 procent fler än samma period föregående år då de uppgick till 131.

I 104 ärenden hade åtgärder vidtagits på en övergripande nivå och 73 hade föranlett åtgärder för att rätta till misstag i det enskilda ärendet. Då båda typerna av åtgärder kan förekomma samtidigt var antalet åtgärder större än antalet ärenden.

3.2.7 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 nämndens ärenden avseende alla former av hälso- och sjukvård och på alla nivåer.

I förvaltningens utredningar av ärenden uppmärksammas bakomliggande problem och faktorer. Förvaltningen har i många fall kunnat bidra till att rutiner i vården förbättrats, vilket i sin tur lett till ökad patientsäkerhet.

Sveriges kommuner och landsting har utarbetat åtta åtgärds paket omfattande vanliga vårdskador. Dessa innehåller information till vården bland annat om vilka rutiner som ska följas och beskrivningar av dessa. Förvaltningen följer ärenden avseende:

- läkemedelsrelaterade problem
- vårdrelaterade infektioner
- fall och fallskador (omvårdnadsrelaterade tillbud/olyckor)
- trycksår
- undernäring.

Under det första tertialet 2015 hanterade förvaltningen 284 ärenden avseende läkemedelsrelaterade problem. Detta var en ökning med 26 procent jämfört med motsvarande period 2014. Den kraftiga ökningen kan sannolikt delvis förklaras med att förvaltningen från och med sommaren 2014 har förbättrat uppföljningen av ärenden med denna problematik. Ärendena avsåg huvudsakligen primärvård, akutsjukhus och psykiatrisk vård.

För övriga patientsäkerhetsområden var antalet ärenden litet.

3.2.8 Övrigt

Efterfrågan på förvaltningens erfarenheter har successivt ökat. Personalen deltar ofta vid utbildningar och konferenser rörande patientsäkerhet som anordnas inom länets sjukvård. I mars månad deltog förvaltningen med ett seminarium rörande förbättringsåtgärder i vården samt en monter vid SLL:s patientsäkerhetsdag. För att ytterligare möjliggöra att erfarenheterna tas tillvara är förvaltningen knuten till landstingets centrala patientsäkerhetskommitté.

Därutöver deltog nämnden och förvaltningen med en poster rörande ärenden som medfört förbättringsåtgärder i vården vid den internationella patientsäkerhetskonferensen, International Forum on Quality and Safety in Health Care, i London i april.

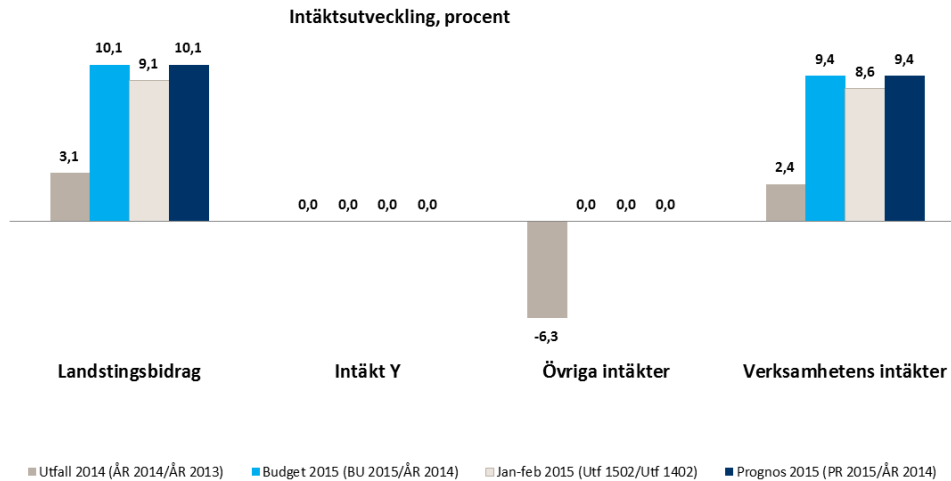
4. Ekonomi

Resultaträkning Mkr	Ack utfall 1504	Budget 1504	Avvik AC-BU 1504	Ack utfall 1404	Föränd %	Progn 2015	Budget 2015	Avvik PR-BU	Boksl 2014
Fsg av övr tjänster	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0%	1,5	1,5	0,0	1,5
Landstingsbidrag	7,2	7,2	0,0	6,6	9,1%	21,8	21,8	0,0	19,8
Övriga intäkter			0,0			0,0	0,0	0,0	0,0
Verksamhetens intäkter	7,7	7,7	0,0	7,1	8,5%	23,3	23,3	0,0	21,3
Personalkostnader	-6,8	-6,5	-0,3	-6,1	11,5%	-19,9	-19,7	-0,2	-18,0
Verks ankn tjänster			0,0			-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Lokal- o fast kostnader	-0,6	-0,6	0,0	-0,6	0,0%	-1,8	-1,7	-0,1	-1,8
Övriga kostnader	-0,5	-0,4	-0,1	-0,4	25,0%	-1,8	-1,8	0,0	-1,3
Verksamhetens kostnader	-7,9	-7,5	-0,4	-7,1	11,3%	-23,6	-23,3	-0,3	-21,2
Avskrivningar			0,0			0,0	0,0	0,0	-0,1
Finansnetto			0,0					0,0	
Resultat före bokslutsdispositioner och skatt	-0,2	0,2	-0,4	0,0		-0,3	0,0	-0,3	0,0
Erhållna koncernbidrag (komp)			0,0					0,0	
Lämnade koncernbidrag (komp)			0,0					0,0	
Justerat resultat	-0,2	0,2	-0,4	0,0		-0,3	0,0	-0,3	0,0
Lämnade koncernbidrag (skatt)			0,0					0,0	
Överavskrivningar			0,0					0,0	
Resultat efter bokslutsdispositioner och skatt	-0,2	0,2	-0,4	0,0		-0,3	0,0	-0,3	0,0

Resultatet till och med april är minus 0,2 mkr jämfört med 0 föregående år vid samma tidpunkt. Resultatet är 0,4 mkr sämre än periodiserade budget.

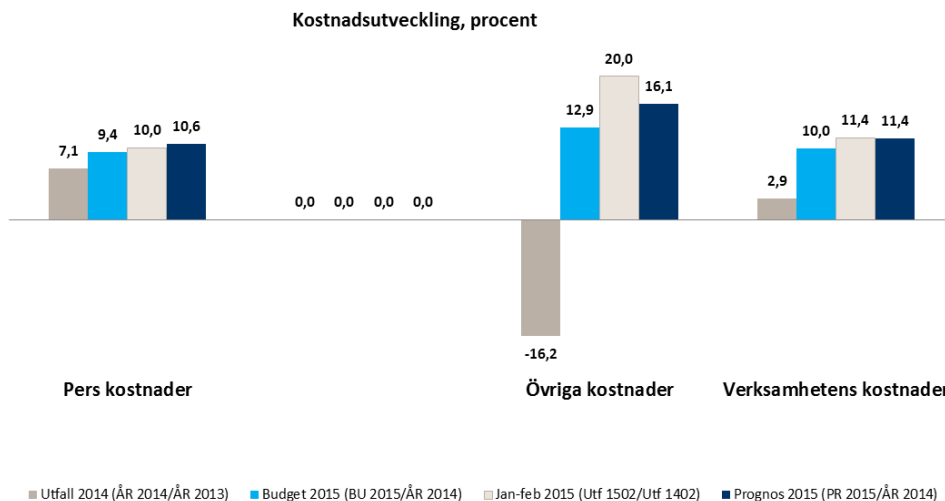
Prognos beräknas till minus 0,3 mkr beroende på bland annat kostnader för rekrytering av ny förvaltningschef och ökade lokalkostnader.

4.1.1 Intäktsutveckling



Landstingsbidraget ökar med 10 procent mellan 2014 och 2015. Ökningen beror till 5,4 procent på växling mellan Lsf och Patientnämnden. Övriga intäkter är helt oförändrade mellan åren.

4.1.2 Kostnadsutveckling



Personalkostnaderna förväntas öka med drygt 10 procent 2015 jämfört med bokslut 2014. Övriga kostnader visar på relativt stora differenser men från en mycket låg nivå.

4.1.3 Avvikelser – periodens utfall

Orsak, tkr textkommentar	Intäkt	Kostnad	Resultat	Beslut av LF/LS/HSN (Belopp)
	Avvik	Avvik	Avvik	
	AC-BU 1504	AC-BU 15034	AC-BU 1504	
Intäkter	0	0	0	0
Pers kostnader	0	-295	-295	0
Lokalhyra	0	-46	-46	
Övriga kostnader		-96	-96	
			0	
Ev ej analyserad restpost			0,0	
Summa avvikelse	0,0	-437,0	-437,0	0,0

Avvikelsen jämfört med periodiserad budget är minus 437 tkr. Orsaker härtill är att kostnaderna för stödpersoners verksamheten är 0,2 mkr högre 2015 än 2014, 1,3 mkr jämfört med 1,1 mkr, vilket kan komma att jämnas ut senare under året. Personalkostnaderna ökar även på grund av rekrytering av ny förvaltningschef.

Lokalhyra beräknas öka på grund av att förvaltningen måste hyra ytterligare kontorsrum på ett annat våningsplan än tidigare.

4.1.4 Avvikelser – prognostiserat resultat

Orsak, tkr textkommentar	Intäkt	Kostnad	Resultat	Beslut av LF/LS/HSN (Belopp)
	Avvik	Avvik	Avvik	
	PR-BU	PR-BU	PR-BU	
Personalkostnader		-170,0	-170,0	
Lokalhyra		-130,0	-130,0	
			0,0	
			0,0	
Ev ej analyserad restpost			0,0	
Summa avvikelse	0,0	-300,0	-300,0	0,0

Personalkostnaderna förväntas öka genom rekryteringskostnader för ny förvaltningschef. Antalet stödpersoner har minskat något men har fortfarande medfört högre kostnader jämfört med tidigare år.

Kostnaderna för lokalhyra förväntas öka genom att förvaltningen måste hyra ytterligare kontorsrum på ett annat våningsplan än tidigare.

4.1.5 Externa intäkter och kostnader

SLL-extern resultaträkning Mkr	SLL-externt Ack utfall 1504	SLL-externt Ack utfall 1404	Förändr %	SLL-externt Prognos 2015	SLL-externt Budget 2015	Avvik PR-BU	SLL-externt Bokslut 2014
Verksamhetens intäkter	0,5	0,5	0,0	1,5	1,5	0,0	1,5
Verksamhetens kostnader	-6,1	-5,5	0,1	-17,8	-17,5	-0,3	-16,3
Avskrivningar					0,0	0,0	-0,1
Finansnetto							0,0
Resultat	-5,6	-5,0	0,1	-16,3	-16,0	-0,3	-14,9

De externa intäkterna förväntas vara oförändrade. Externa kostnader förväntas öka genom ökad bemanning och ökade kostnader för lokalhyra.

4.1.6 Personal

Bemanningskostnader Mkr	Ack utfall 1504	Budget 1504	Avvik AC-BU 1504	Ack utfall 1404	Föränd %	Progn 2015	Budget 2015	Avvik PR-BU	Boksl 2014
Summa personalkostnader	6,8	6,5		6,0		19,8	19,7		18,0
<i>varav förändring sem- och löneskuld</i>	0,2	0,2	0	0,1	100%			0	
<i>varav lönekostnad</i>	6,6	6,3	0	5,9	12%			0	
<i>varav pensionskostnad</i>			0					0	
Inhyrd personal	0,0	0,0	0	0,0		0,0	0,0	0	0,0
<i>varav läkare</i>			0					0	
<i>varav sjuksköterskor</i>			0					0	
<i>varav övrig personal</i>			0					0	
Summa bemanningskostnad	6,8	6,5	5%	6,0	13%	19,8	19,7	1%	18,0

Sjukfrånvaromått	Ack utfall 1504	Ack utfall 1404	Föränd %-enh	Progn 2015	Budget 2015	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	4	3	33%			0,0%

Lönekostnaderna, vilka utgör den största delkomponenten av personalkostnaderna, förväntas öka med 10 procent, dvs med 1,8 mkr, jämfört med årsbokslut 2014. Den förväntade lönekostnadsökningen består av en volymförändring med 4,8 procent och löneökning 2 procent samt övriga personalkostnader 1,2 procent. Sjukfrånvaron har ökat något sedan föregående år, men inom felmarginalen,

Inhyrd personal förekommer inte.

Utveckling helårsarbete samt verksamhetsförändringars effekt

Personalvolym/helårsarbete Antal	Ack utfall 1504	Budget 1504	Avvik AC-BU 1504	Ack utfall 1404	Föränd %	Progn 2015	Budget 2015	Avvik PR-BU	LF/LS/ HSN		Boksl 2014
									beslut	(Ja/Nej)	
Helårsarbeten exkl. extratid (personalvolym)	22	21	1	20	10,0%	22	21	1	1	20	
överföring kommunikatör fr Lsf	1										
Vikariat	1										
Förändring Z ex ny avdelning											
Totalt förändring	2			0		0	0			0	

Patientnämnden har ett ökat antal medarbetare genom att en tjänst som kommunikatör överförts från Landstingsstyrelsens förvaltning. Övrig ökning av antal helårsarbeten beror på vikariat, innebär ingen reell ökning av antal anställda.

4.1.7 Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Lokalkostnaderna förväntas öka med 140 tkr på grund av att kontorsrum hyrts på ett annat våningsplan än tidigare. Avskrivningarna förväntas minska väsentligt, från 116 tkr i årsbokslutet 2014 till 45 tkr 2015.

4.2 Investeringar

Investeringar Mkr	Ack utfall 1504	Status*	Prognos 2015	Budget LF 2015	Avvik PR-BU
Objekt 1					0
Objekt 2 etc.					0
Övriga ospecificerade objekt					0
Totalt investeringar	0	0	0	0	0

*) Väjl mellan status bereds för beslut, utredning, planering, driftstart eller pågår

Förvaltningen har köpt 3 läsplattor.

4.3 Analys och eventuella riskfaktorer

Riskfaktorer	Förklarande kommentar	Skattat	Ingår i
		belopp	prognos?
		Mkr	Ja/Nej/Delvis
Ex. inflation	Vad består risken i? Ex. medtagen inflation i PR 3 %, om högre så underskott		

Prognosen får betraktas som något osäker eftersom nämnden inte kan påverka antalet inkommande klagomålsärenden eller ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen.

5. Ledningens åtgärder

Det finns inga möjligheter att vidta åtgärder för att begränsa den pågående expansionen av verksamheten. De som har synpunkter på vården, ansöker om stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

Då stödpersonsverksamheten styrs av rättighetslagar har resurser måst överföras från handläggningen av klagomålsärenden. Följden av detta har blivit att det ökande antalet klagomålsärenden fördelats på färre handläggare som redan tidigare är hårt belastade. Detta medför att handläggningstiderna för dessa ärenden ökar, vilket är olyckligt då det drabbar patienter som råkat illa ut och förlorat förtroendet för vården.

Därtill kommer andra kostnader som nämnden inte kan påverka och som inte helt kan beräknas, till exempel för ett extra kontor, som måst hyras i fastigheten efter en verksamhetsöverföring, obligatorisk elektronisk arkivering samt rekrytering av ny förvaltningschef.

Mot bakgrund av ovanstående blir det svårt att klara av övriga verksamhetsdelar på ett bra sätt. Till exempel minskar möjligheterna att genomföra de informationsinsatser som förvaltningen enligt lagstiftning och reglemente är skyldiga att göra. Det blir även svårt att genomföra den kompetensutveckling som är behövlig i verksamheten.

Arbetsmiljön kan komma att påverkas negativt av den ökade arbetsbelastningen. Vid höstens arbetsmiljöundersökning framkom brister i den psykosociala arbetsmiljön, vilket sannolikt hör samman med den ökade arbetsbelastningen. Detta behöver förvaltningen arbeta vidare med.

6. Specifika ägardirektiv

Inte aktuellt för patientnämnden.

7. Landstingets finanspolicy

Nämnden följer landstingets finanspolicy.

8. Nämndbehandling

Tertialrapporten för april månad är behandlad i nämnden 2015-05-21.

Bilagor

1. Investeringar vård och annan verksamhet
2. Uppföljning finanspolicy för april månad
3. Uppföljning mål och indikatorer 2015
4. Kvalitet: Mål, aktiviteter och handlingsplan 2014-2016 samt bilaga aktivitetsplan 2015

Investeringar 2015. Vård (inkl fastigheter) och annan verksamhet

Patietnämnden

Period **apr-15**

Mkr	Total utgift (mkr)		Investeringsutgifter (mkr)			Kommentar Förklaring till avvikelse
	Budgeterad total utgift	Akkumulerad förbrukning t o m 2015-XX-XX	Budget 2015	Bokfört t o m period 2015	Prognos 2015	
1 Specificerade objekt						
Strategiska investeringar						
Objekt 1						
Objekt 2						
etc						
Ersättningsinvesteringar						
Objekt 1						
Objekt 2						
etc						
Rationaliseringsinvesteringar						
Objekt 1						
Objekt 2						
etc						
2 Ospecifierade objekt totalt						
Varav strategiska investeringar						
Varav ersättningsinvesteringar						
Varav rationaliseringsinvesteringar						
Summa ersättningsinvesteringar						
Summa övriga investeringar						
Summa investeringsutgifter totalt						

Finanspolicy - 4.2 Specifik rapportering

Förvaltningar och bolag ska i samband med varje bokslut enligt gällande anvisningar speciellt rapportera:

- valutaexponering överstigande motsvarande 2 mkr
- samtliga förskottsbetalningar
- bankgarantier avseende förskottsbetalningar

Internfinans är slutmottagare av ovanstående rapportering och skall tillse att denna används i den finansiella riskhanteringen, inkluderat att bevaka och följa upp eventuella koncernövergripande limiter behandlade i övrigt i finanspolicyn.

Internfinans ska löpande rapportera efterlevanden av sin egen styrdokumentation till Internfinans styrelse.

Ange gärna i början av filnamnet vilken enhet blanketten gäller, exempelvis "HSF Blankett uppföljning av finanspolicy XXXX.xls".

Bolag 2900 Patientnämnden
Period 1504
Aktualitet AC

Valutaexponering överstigande motsvarande 2 mkr SEK							Formelfält!	Formelfält	Formelfält!	Kommentar	- Egna noteringar - Egna noteringar	
Valuta	Datum för avtal (då exponering uppkommer)	Likviddatum (=betalnings-datum) [om flera, dela upp på flera rader]	Belopp i utländsk valuta			UB Valuta-kurs	Belopp i SEK				Investering/Drift	Leverantör
			Exponering	Säkrat belopp	Exponering - Säkring		Exponering	Säkrat belopp	Exponering - Säkring			
EUR					0	9,383						
JPY					0	0,070						
USD					0	8,369						
NOK					0	1,097						
GBP					0	12,902						
OVR					0	1,000						
					0							
					0							
					0							
					0							
					0							
					0							
Summa	---	---	---	---	0	---	0	0	0	---	---	---

Även belopp med förfall längre fram än ett år ska rapporteras.

I det fallet valutaexponering härrör sig från flera betalningar som förfaller på olika likviddagar ska dessa delas upp i flera poster, per datum de förfaller. Om exponeringen gäller olika kontrakt bör detta också klargöras i kommentarsfältet.

Om flera rader behövs, markera valfri rad i formuläret och klicka på infoga - rader i menyraden.

Kontaktpersoner Internfinans
Anders Galmén 070-737 42 67
Rosel Ragnarsson 737 39 42

UPPFÖLJNING MÅL OCH INDIKATORER

Övergripande mål	Nedbrutet mål	Indikator	Kommentar	Mättidpunkt			Ansvarig	Utfall 2013	Mål 2014	Mål 2015
				Tertial	Delår	År				
En ekonomi i balans	God ekonomisk hushållning	Resultat: Ett positivt resultat enligt balanskravet	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter lämnar uppgift om ett positivt resultat uppnått eller ej.	X	X	X	Alla	934 mkr	52 mkr	53 mkr
		Finansiering: Ersättningsinvesteringar självfinansieras till 100 procent.	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar.	X	X	X	LSF	Finansieringsmålet är uppnått	100%	100%
		Skuldsättning: Att lånefinansiering inte används för att finansiera drift eller ersättningsinvesteringar.	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar.	X	X	X	LSF	Skuldsättningsmålet är uppnått	0%	0%
		Kapitalkostnader: Kapitalkostnadernas andel får maximalt uppgå till 11 procent av de samlade skatteintäkterna	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar.	X	X	X	LSF	6,9%	≤ 11 %	≤ 11 %
		Skuldsättningsgrad: Skuldernas andel får maximalt uppgå till 131 procent av de samlade skatteintäkterna	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar.	X	X	X	LSF	77%	≤ 131 %	≤ 131 %
Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Vård i rätt tid (vårdgarantin)	Andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare	Uppföljning av HSN. Utfall från senast genomförda mätning och när den är genomförd rapporteras.	X	X	X	Alla	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden
		Andel patienter som får tid för ett första besök inom 30 dagar	Uppföljning månadsvis av HSN. Indikatorn har en månads fördröjning.	X	X	X	Alla	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden
		Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	Uppföljning månadsvis av HSN. Indikatorn har en månads fördröjning.	X	X	X	Alla	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden
		Andel specialistläkarbesök som utförts av specialistläkare utanför akutsjukhus	Uppföljning månadsvis av HSN.	X	X	X	HSF	76,5%	≥76,5%	≥79%
	Säker vård	Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	Indikatorn följs upp av HSN.		X	X	Alla	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden
		30 dagars återinlägningsfrekvens inom slutenvården	Uppföljning månadsvis av HSN.	X	X	X	HSF	15,9%	≤ 16,1 %	≤ 16,0 %
		Antibiotikaförskrivning ¹⁾	Uppföljning månadsvis av HSN.	X	X	X	HSF	358	≤ 380	≤ 345
	Hög effektivitet	Andel invånare i befolkningen som har ett invånarkonto på Mina vårdkontakter	Uppföljning månadsvis av HSN.	X	X	X	HSF	20%	≥19%	≥26%
		Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	Uppföljning månadsvis av HSN.	X	X	X	HSF	41%	≥50%	≥65%
	Högt förtroende för vården	Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården	Indikatorn följs enbart upp av HSN via Vårdbarometern. Utfall från senast genomförda mätning och när den är genomförd rapporteras.		X	X	HSF	58%	≥58%	≥58%
		Kollektivtrafikens andel av de motoriserade resorna	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	37%	≥ 37,5%	≥ 37,5%

Attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem	Attraktiva resor	Andel nöjda resenärer i allmän kollektivtrafik	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	79%	≥ 79%	≥ 79%
		Andel nöjda resenärer i särskild kollektivtrafik	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	87%	≥ 90%	≥ 90%
		Andel nöjda resenärer i kollektivtrafiken på vatten	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Färdtjänstförvaltningen.			X	TF	91%	≥ 91%	≥ 91%
	Tillgänglig och samman-hållen region	Andel bussar med tillgängligt insteg	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	100%	100%	100%
		Andel spårfordon med tillgängligt insteg	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	83%	≥ 80%	≥ 83%
	Effektiva resor med låg miljö- och hälso-påverkan	Andel förnybar energi i kollektivtrafiken	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	92%	≥ 86%	≥ 86%
		Kostnad per personkilometer	Indikator följs bara upp i samband med årsbokslutet. Mäts och sammanställs av Trafikförvaltningen.			X	TF	2,95 (3,00 kr före omräkning)	≤ 3,08 kr	≤ 3,22 kr
Ett fritt, tillgängligt kulturliv med hög kvalitet	Barn och unga prioriteras	En övervägande andel av de externa stöden ska gå till verksamhet för barn och unga	Indikatorn följs upp av Kulturförvaltningen för hela koncernen. Indikatorn följs upp i samband med årsbokslut.			X	KuF	81%	2)	2)
	Konst och kultur i vården	Vid byggnation ska verksamheter avsätta två procent av byggkostnaderna för konstnärlig gestaltning i vårdlokaler samt avsätta medel för konstnärlig gestaltning i övriga lokaler	Indikatorn följs upp av Kulturförvaltningen för hela koncernen. Konstenheten, Locum AB och SFI tar fram en beräkningsmodell. Indikatorn följs upp i samband med årsbokslut.			X	KuF	2)	2)	2)
		Kultur i vården-program erbjuds dem som vistas en längre tid inom vården och äldreomsorgen	Indikatorn följs upp av Kulturförvaltningen för hela koncernen. Indikatorn följs upp i samband med årsbokslut.			X	KuF	2)	2)	2)
	Fördjupat samarbete kring kulturella och kreativa näringar	Samverkansprojekt enligt handlingsprogrammet Kreativa Stockholm startar (handlingsprogram under RUFSS 2010)	Indikatorn följs upp av Kulturförvaltningen för hela koncernen. Indikatorn följs upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Kerstin Olander, Kulturnämnden.			X	KuF	2)	2)	2)

Hållbar tillväxt och utveckling	En ledande tillväxtregion	Skatteunderlagets årstaktsutveckling i länet ska vara lika hög som eller högre än riket/övriga riket	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar.	X	X	X	LSF	4,2 % (3,4)	≥ riket	≥ riket
		Forskning i vårdens tjänst Kliniska studier med ekonomiska avtal med extern part (läkemedel och medicinteknik) ska öka med 10 % årligen. ³⁾	Uppföljning på koncernnivå. Resultatenheter utelämnar svar. Länsstyrelsen mäter indikatorn vartannat år. Ansvarig för indikatorn är Peter Haglund, TMR.			X	LSF	3,77%	≥ 10 %	≥ 10 %
	Effektivt miljöarbete	Energianvändningen i verksamhetslokaler: energianvändning per kvadratmeter (kWh/m ²)	Lämnas av samtliga förvaltningar. Uppgifterna tas fram av Locum och Trafikförvaltningen.		X	X	Alla	Separat mätare saknas, kan ej anges	Separat mätare saknas, kan ej anges	Separat mätare saknas, kan ej anges
		Andel ekologiska livsmedel	Lämnas av samtliga förvaltningar. Sammanställs av Miljöavdelningen.		X	X	Alla	29%	≥ 30 %	≥ 30 %
		Klimatpåverkan från medicinska gaser: kg CO ² -ekvivalenter per invånare	Lämnas av sjukhusen. Sammanställning av inköpsstatistik från Apoteket samt mätningar från respektive sjukhus. Sammanställs av Miljöavdelningen.		X	X	Alla	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden	Ej relevant för patientnämnden
	Socialt ansvarstagande	Likvärdig behandling av alla invånare: andel av landstingets förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete - Könsuppdeldad statistik	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	10% ³⁾	⁴⁾	≥ 10 %
		Likvärdig behandling av alla invånare: andel av landstingets förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete - Nationella minoriteter och minoritetsspråk	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	0% ³⁾	⁴⁾	≥ 5 %
		Delaktighet för personer med funktionsnedsättning: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för systematiskt arbete	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	16% ³⁾	⁴⁾	≥ 25 %
		Uppförandekod för leverantörer: andel av betydande leverantörer som har granskats avseende ett socialt ansvarstagande	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	2%	≥ 2%	≥ 2%
		Säkerhetsarbetet ska bedrivas på ett systematiskt sätt: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete - Informations säkerhet	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	10% ³⁾	≥ 15%	≥ 50 %
Säkra processer	Säkerhetsarbetet ska bedrivas på ett systematiskt sätt: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete - Säkerhet	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF	45%	≥ 50%	≥ 55%	
	Hållbar IT-leverans av värdeskapande tjänster: leverans enligt överenskomna servicenivåer	Indikatorn följs enbart upp i samband med årsbokslut. Kontaktperson: Danielle Makowsky, LSF.			X	LSF/HSF/TF	-	≥ 90%	≥ 93%	
	Stolta medarbetare	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.	Indikatorerna inrapporteras från personal. Nyckeltalen kommer från den årliga medarbetarenkäten som genomförs och sammanställs av ICQ. Indikatorn mäts upp årligen i samband med årsbokslutet.			X	LSF	76	≥ 76	≥ 76
Attraktiv och konkurrenskraftig	Chef-och ledarskap	Ledningsindex: Ledningsindex på en landstingsövergripande nivå från medarbetarenkäten. Skala 1–100.	Indikatorerna inrapporteras från personal. Nyckeltalen kommer från den årliga medarbetarenkäten som genomförs och sammanställs av ICQ. Indikatorn mäts upp årligen i samband med årsbokslutet.			X	LSF	73	≥ 73	≥ 73

arbetsgivare	Utvecklad arbetsorganisation	Indikatorer för detta mål är ännu inte aktuella på en övergripande nivå och ska utarbetas. Målet bygger på Framtidsplan för hälso- och sjukvård							-	-	-
	Systematisk kompetensplanering	Systematisk kompetensplanering: Andel av landstingets förvaltningar och bolag som har börjat införa landstingets modell för systematisk kompetensplanering, KOLL.	Indikatorerna inrapporteras från personal. Sammanställning av hur många enheter som infört landstingets modell för systematisk kompetensplanering, KOLL. Indikatorn mäts upp årligen i samband med årsbokslutet. Kontaktperson: Lena Tell, personalavdelningen LSF.			X	LSF		40%	≥ 50 %	≥ 70 %

- 1) Antibiotikaanvändningen i länet följs genom indikatorn antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år.
- 2) Kulturnämndens delmål och indikatorer anger en inriktning för nämndens arbete och är inte omedelbart kvantifierbara
- 3) Nollmätning genomfördes i samband med årsbokslut 2013
- 4) Avser 2009 publicerad 2011 (hämtat från Eurostat/länsstyrelsen). Mäts endast vartannat år. Utgår därför enligt budget 2015 och ersätts av indikatorn Forskning i vårdens tjänst.
- 5) Utfall för 2014 kan inte redovisas då mätningar genomförts på olika sätt och utfallet inte går att jämföra.

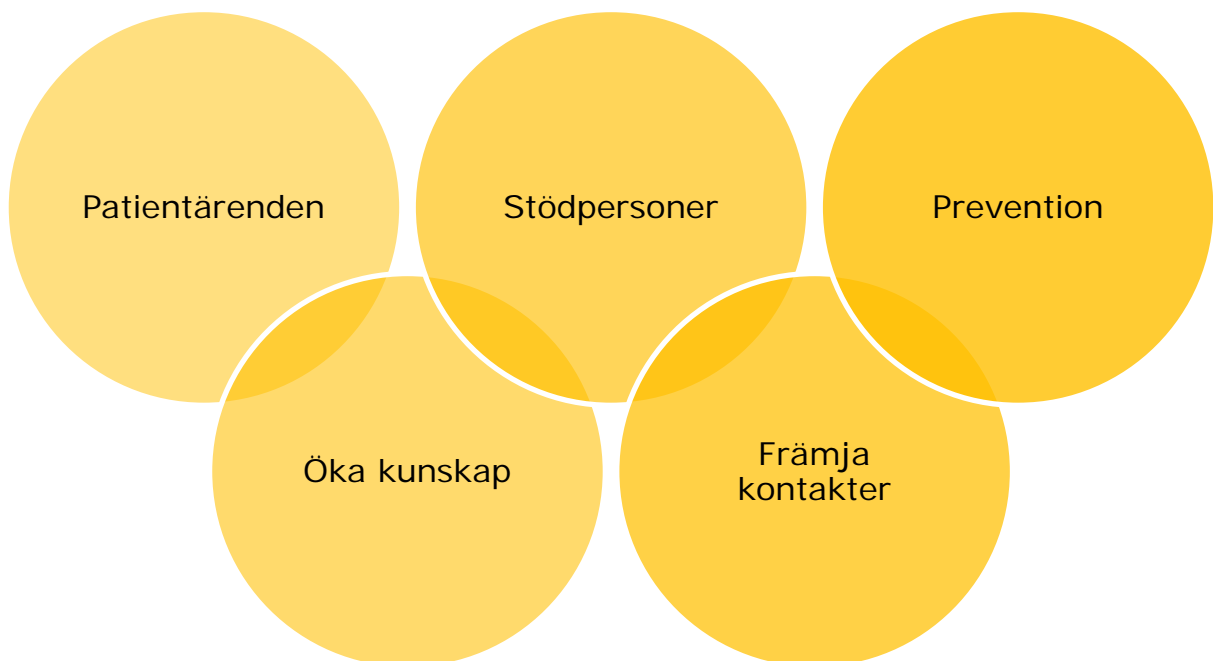
- 1) Uppgifter för 2014 kommer under våren 2015.
- 2) Leverans i samband med miljörapporteringen som bli klar i slutet av februari.

- 4) Forskningsanslag finansierar studier som är forskningsdrivna, medan industridrivna studier är sådana som finansieras av industrin och där det finns avtal med en extern part. Indikatorn togs fram under 2014 i samband med budget 2015. Mätningen för 2014 kan räknas som en nollmätning varför målluppfyllnad ej kan redovisas.

- 6) 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.
- 7) Styrgruppen för socialt ansvarstagande har beslutat att inga nya avtal ska registreras i verktyget "Uppföljningsportalen" en följd av verksamhetsförändring. Miljörådet ingår sedan halvårsskiftet 2014 i Konkurrensverket.
- 8) Utfall för 2014 kan inte redovisas då mätningar genomförts på olika sätt och utfallet inte går att jämföra.

Kvalitet

Mål, aktiviteter och handlingsplan 2014-2016



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
1 Bakgrund	3
2 Effektmål	3
2.1 Patientärenden	3
2.2 Mål avseende patienter/anmälare	3
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
2.3 Mål avseende vården	5
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
2.4 Mål avseende stödpersoners verksamheten	6
2.4.1 Förordnande av stödpersoner	6
2.4.2 Utbildning och stöd till stödpersoner	6
2.5 Övriga mål	7
3 Aktiviteter	7
3.1 Patientärenden	7
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
3.2 Stödpersoners verksamheten	8
3.2.1 Registrering av stödpersoners ärenden	8
3.3 Förebyggande arbete	9
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
3.4 Övrigt	9
3.4.1 Avvikelseberättelser	9
3.4.2 Integrering av kvalitets- och miljöledning	9
4 Uppföljning 2013	10
5 Aktivitetsplan 2014	10

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.

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

Mål:	Minst 90 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att den information som ges i missivskrivelse vid begäran om yttrande är tillräcklig.
Strategi:	Användning av mall för formulering av missivskrivelse.
Uppföljning:	Enkät till vårdgivare minst vart tredje år.
Redovisning:	I särskild rapport.
Ansvarig:	Controller.

2.3.2 Handläggarnas opartiskhet

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

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

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

Aktivitetsplan 2015

Bilaga till Kvalitet: mål, aktiviteter och handlingsplan 2014-2016

Under 2015 planerar förvaltningen att inom ramen för sitt kvalitetsarbete genomföra nedanstående aktiviteter:

- Telefonkontakt i skriftliga ärenden som inkom under hösten 2014 (mål 2.2.2, aktivitet 3.1.7, förvaltningschefen)
- Uppföljning av telefontillgänglighet vid uppringning till förvaltningen (mål 2.2.2, controller)
- Uppföljning av registrering av patientärenden (aktivitet 3.1.1 och 3.1.2, controller, IT-ansvarig, handläggare med särskilt ansvar för läkemedelsärenden och respektive handläggare).
- Expediering av statistik, uppdatering av sändlista för automatiska rapporter (aktivitet 3.1.3, controller)
- Registrering och återföring av förbättringsåtgärder i patientärenden (aktivitet 3.1.4, samtliga handläggare, nämndsekreterare, controller)
- Uppföljning av handläggningstider (aktivitet 3.1.6, controller och respektive handläggare)
- Återföring av årsdata till IVO och Socialstyrelsen (aktivitet 3.1.8, controller)
- Uppföljning av registrering av stödpersonsärenden (aktivitet 3.2.1, controller och respektive handläggare)
- Utskick av informationsmaterial till vården, informationsmöten med vården, deltagande i föreläsningar och vid mässor (aktivitet 3.3.1, registrator, kommunikatör och respektive handläggare)
- Utskick av informationsmaterial till enskilda och intresseorganisationer, uppdatering av hemsidan, deltagande i föreläsningar och vid mässor (aktivitet 3.3.2, registrator, kommunikatör och respektive handläggare)
- Avvikelseberättelser (aktivitet 3.4.1, samtlig personal, kvalitetsansvariga och förvaltningschefen)
- Två kvalitetseftermiddagar (kvalitetsansvariga)