

Budget 2016

Ärendet

I ärendet föreligger förvaltningens budget för 2016 enligt bilaga1 till tjänsteutlåtandet.

Bifogade dokument är preliminärt då det i dagsläget inte går att ta fram definitiva uppgifter ur ekonomisystemet. Ny version kan komma att utdelas vid sammanträdet.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta budget för 2016
- insända budget 2016 till LSF Ekonomi och finans senast den 30 oktober 2016
- omedelbart justera beslutet

Eva Ljung
Förvaltningschef

Bilagor:

1. Budget 2016

A. Kvalitet - mål aktiviteter och handlingsplan 2014-2016



Verksamhet förvaltning/bolag

Budget 2016 och planår 2017-2020

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	4
2.	Styrning	5
2.1	Verksamhetsfakta	5
2.1.1	Lagar	6
2.1.2	Reglemente	6
2.1.3	Landstingsfullmäktiges inriktningsmål	7
2.2	Styrning inom nämnd/styrelse.....	7
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.....	10
2.5	Omvärld.....	11
3.	Verksamhet.....	12
3.1	Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvård	12
3.2	Stödpersonsverksamhet	12
3.3	Statistik - återföring till verksamheterna	13
3.4	Övrig statistik	13
3.5	Information	14
3.6	Förebyggande arbete	15
3.7	Patientsäkerhet.....	15
3.8	Effektivisering	16
3.9	Verksamhetsförändringar	16
4.	Verksamhetsstöd	17
4.1	Miljö - hållbar utveckling	17
4.1.1	Transporter.....	18
4.1.2	Energi	18
4.1.3	Läkemedel	18
4.1.4	Kemikalier/farligt avfall	18
4.1.5	Avfall.....	19
4.1.6	Produkter.....	19
4.1.7	Miljöledning	19

4.1.8	Kommunikation.....	20
4.2	Socialt ansvarstagande	20
4.2.1	Likvärdig behandling av alla invånare	20
4.2.2	Delaktighet för personer med funktionsnedsättning.....	21
4.2.3	Uppförandekod för leverantörer	21
4.3	Säkra processer.....	21
4.3.1	Informationssäkerhet	21
4.3.2	Informationsförvaltning.....	21
4.3.3	Säkerhet.....	21
4.4	Nämnd/styrelse som arbetsgivare	21
4.4.1	Målområden	21
4.4.2	Kompetensförsörjning och utbildning	22
4.4.3	Jämställdhet och mångfald – Likvärdiga villkor och möjligheter	22
4.4.4	Chef och ledarskap	23
4.4.5	Hälsofrämjande arbetsmiljö.....	23
5.	Ekonomi	23
5.1	Ekonomiskt utgångsläge	23
5.2	Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin.....	24
5.3	Antaganden i budgetunderlaget	24
5.4	Resultatbudget.....	24
5.4.1	Intäkter	25
5.4.2	Kostnader	25
5.4.3	Produktivitet och effektivitet.....	25
5.5	Balansbudget	26
5.6	Investeringar	26
5.7	Möjligheter och risker	26
6.	Övrigt.....	27

1. Sammanfattning

Landstingsbidraget ökar från 21,8 mkr 2015 till 22,5 mkr 2016 det vill säga med 3,2 procent. Ökningen är angelägen mot bakgrund av verksamhetens kontinuerliga expansion; såväl klagomålsärenden som ansökningar om stödperson har ökat under en följd av år.

Antalet inkommande klagomålsärenden respektive ansökningar om stödperson kan varken kan förutsägas eller påverkas. Förvaltningen finner det sannolikt att såväl antalet klagomålsärenden som ansökningar om stödperson kommer att fortsätta att öka.

Klagomålsärenden

Under 2014 inkom 6 031 ärenden avseende klagomål på hälso- och sjukvården, vilket var 11 procent fler än 2013. Ökningen har fortsatt under 2015. Till och med september inkom 5 098 ärenden, vilket var 13 procent fler än samma tid föregående år. För helåret 2015 beräknas närmare 7 000 ärenden.

Därtill kommer att antalet skriftliga ärenden, som vanligen är mer komplexa och kräver betydligt större utredningsresurser än övriga ärendetyper, ökat kontinuerligt och har mer än fördubblats sedan 2007 utan att handläggaresurserna ökat i motsvarande grad, vilket framgår av diagrammet till höger.

Handläggaresurserna anges som andelar av heltidstjänster, till exempel drygt 1 200 procent, det vill säga drygt 12 heltidstjänster 2015.

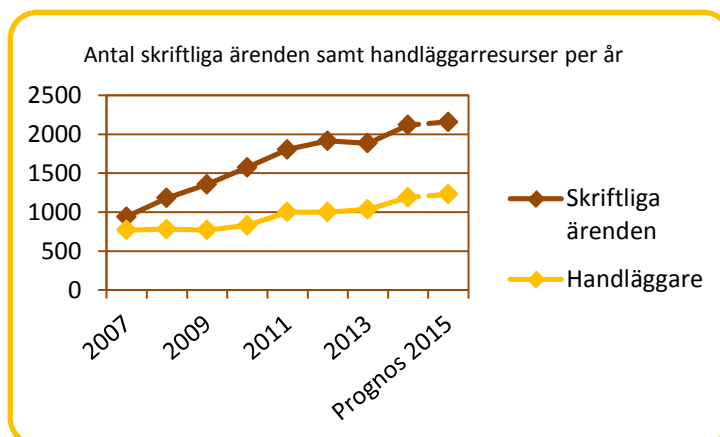
På något/några års sikt beräknas antalet inkommande klagomålsärenden öka dramatiskt som en följd av den pågående klagomålsutredningen (S2014:15), vars förslag väntas i december 2015. Det står således klart att ytterligare handläggaresurser på sikt kommer att behövas då patientnämnderna kommer att överta ärenden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Stödpersonsverksamheten

Stödpersonsverksamheten regleras i rättighetslagar och är omöjlig att styra, såväl vad gäller volym som över tid. Därmed kan kostnaderna för stödpersonsverksamheten inte beräknas med precision.

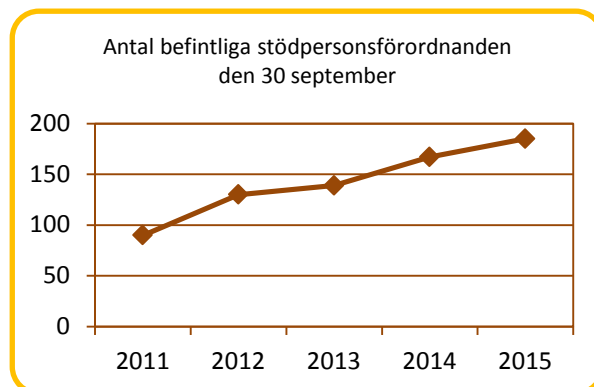
Förvaltningen är skyldig att skyndsamt tillhandahålla stödpersoner i den utsträckning de efterfrågas, vilket medfört att handläggaresurser måste överföras från övrig verksamhet till denna.

Under de senaste åren har antalet ansökningar om stödperson ökat dramatiskt. För 2015 ses ett något minskat antal nya förordnanden.



Antalet befintliga förordnanden ökar dock kontinuerligt, vilket medfört att kostnaderna för verksamheten ökat väsentligt. Antalet befintliga förordnanden den 30 september för respektive år framgår av diagrammet till höger.

Samtliga patienter som tvångsvårdas ska informeras om möjligheten att få en stödperson och deras inställning ska meddelas förvaltningen. När antalet tvångsvårdade relateras till antalet patienter som önskar stödperson samt de där förvaltningen informerats om att de inte önskar stödperson står det klart att en stor andel av de tvångsvårdade sannolikt inte får denna information. Detta pekar på behovet av information till vårdpersonalen.



Utvecklingsbehov/effektivisering

Då verksamheten expanderat kraftigt under senare år har förvaltningens ärendehanteringsprogram utvecklats i syfte att förenkla den administrativa delen av handläggningen. Då den sammantagna arbetsbördan för varje anställd handläggare har ökat, och därmed riskerna att utsättas för skadlig stress, finns skäl att se över möjligheterna till ytterligare effektivisering.

Handläggningen av både klagomåls- och stödpersonsärenden medför en omfattande administration som skulle kunna effektiviseras om kommunikationen med såväl värden som anmälare/patienter/stödpersoner kunde ske digitalt med bibehållen hög sekretessnivå genom Mina Vårdkontakter. Detta skulle också sannolikt minska pappersförbrukningen drastiskt.

Ytterligare effektivisering skulle kunna uppnås genom en fortsatt utveckling och digitalisering av ärendehanteringsprogrammet, vilket också skulle förstärka stödet till handläggarna.

Ovanstående åtgärder bedöms nödvändiga när verksamheten expanderar utan att ytterligare handläggaresurser tillförs.

Övrigt

Inom en nära framtid kommer kostnader för obligatorisk elektronisk arkivering om cirka 200 tkr, vilket sker i samverkan med Landstingsarkivet, att tillkomma. Därutöver har förvaltningen inlett arbetet med att genomföra verksamhetsbaserad informationsredovisning (VIR). Detta ryms dock inom befintlig budgetram.

2. Styrning

2.1 Verksamhetsfakta

Patientnämnden fullgör landstingets lagliga 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- och sjukvård samt folktandvården, viss privat tandvård och privata tandhygienister.

Nämnden har också en uppgift av myndighetskaraktär, att förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas i psykiatrin 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 flera.

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.

2.1.1 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).

2.1.2 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 patientarbetet
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 framställningar 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 innefatta 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 landstingets hälso- och sjukvård
10. att vidareutveckla analyserna av inkomna klagomål och intensifiera det förebyggande arbetet
11. att årligen återföra nämndens ärenden till respektive sjukhus och berörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklingsarbete i vården
12. att senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år
13. att göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller tvångsisoleras med stöd av smittskyddslagen.

2.1.3 Landstingsfullmäktiges inriktningsmål

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.

2.2 Styrning inom nämnd/styrelse

Ovan nämnda lagar, reglemente och inriktningsmål definierar fem verksamhetsområden: patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande arbete, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter. Med utgångspunkt i dessa har nämnden beslutat om mål och åtgärder i ett stort antal dokument med olika inriktning, till exempel intern kontroll, IT- och informationssäkerhet, kvalitet, miljö med mera. Dessa följs upp och rapporteras till nämnden med varierande intervall, i många fall årligen, i andra vart tredje år.

Därutöver styrs verksamheten av landstingets tillämpliga policyer och riktlinjer. Dessa rapporteras till nämnden i samband med bokslut.

2.3 Mål

2.3.1 En ekonomi i balans

Mål och indikator	Utfall 2014	Mål 2015	Mål 2016
EKONOMI I BALANS			
God ekonomisk hushållning			
Resultat: Ett positivt resultat enligt balanskravet	0 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	7,1 %	≤ 11 %	≤ 11 %
Skuldsättningsgrad: Skuldernas andel får maximalt uppgå till 131 procent av de samlade skatteintäkterna	84 %	≤ 131 %	≤ 131 %

2.3.2 Hållbar tillväxt och utveckling

Mål och indikator	Utfall 2014	Mål 2015	Mål 2016
HÅLLBAR TILLVÄXT OCH UTVECKLING			
En ledande tillväxtregion			
Skatteunderlagets årstaktsutveckling i länet ska vara lika hög som eller högre än riket/övriga riket	4,1 % (3,2)	≥ riket	≥ riket
Forskning i vårdens tjänst			
Kliniska studier med ekonomiska avtal med extern part (läkemedel och medicinteknik) ska öka med 10 % årligen. ¹⁾	67 st.	≥ 10 %	≥ 10 %
Effektivt miljöarbete			
Energianvändningen i verksamhetslokaler: energianvändning per kvadratmeter (kWh/m ²)	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Andel ekologiska livsmedel	≥ 30 %	≥ 30 %	≥ 30 %
Klimatpåverkan från medicinska gaser: kg CO ₂ -ekvivalenter per invånare	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Socialt ansvarstagande			
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>	21 %	≥ 10 %	≥ 30 %
<i>Nationella minoriteter och minoritetsspråk</i>	5 %	≥ 5 %	≥ 10 %
Delaktighet för personer med funktionsnedsättning: andel förvaltningar och bolag som har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete (ja och delvis)	17 %	≥ 25 %	≥ 25 %
Uppförandekod för leverantörer: andel av betydande leverantörer som har granskats avseende ett socialt ansvarstagande	— ²⁾	≥ 2 %	≥ 2 %
Säkra processer			
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 %	≥ 50 %	≥ 60 %
<i>Säkerhet</i>	25 %	≥ 55 %	≥ 60 %
Hållbar IT-leverans av värdeskapande tjänster: leverans enligt överenskomna servicenivåer	— ³⁾	— ³⁾	— ³⁾

1) Underlag till beräkning av klimatpåverkan från medicinska gaser samlas in i samband med sjukhusens rapportering till hälso- och sjukvårdsförvaltningen och redovisas i landstingets separata miljöredovisning.

2) Utfallet för 2014 har inte varit möjligt att ta fram på grund av verksamhetsförändringar och omorganisationer hos berörda parter.

3) Utfallet för 2014 kan inte redovisas då mätningar har genomförts på olika sätt och utfallet inte går att jämföra. Indikator och mätetal för delmålet ska utvecklas under 2015-2016.

2.3.3 Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare

Mål och indikator	Utfall 2014	Mål 2015	Mål 2016
ATTRAKTIV OCH KONKURRENSKRAFTIG ARBETSGIVARE			
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.	76	≥ 76	≥ 77
Chef- och ledarskap			
Ledningsindex: Ledningsindex på en landstingsövergripande nivå från medarbetarenkäten. Skala 1–100.	74	≥ 73	≥ 74
Utvecklad arbetsorganisation			
Indikatorer för detta mål är ännu inte aktuella på en övergripande nivå och ska utarbetas. Målet bygger på Framtidsplan för hälso- och sjukvården.	--	--	--
Systematisk kompetensplanering			
Systematisk kompetensplanering: Andel av landstingets förvaltningar och bolag som har börjat införa landstingets modell för systematisk kompetensplanering, KOLL.	47 %	≥ 70 %	≥ 80 %

2.3.4 Lokala mål

Nämnden har en övergripande kvalitetspolicy (fastställd 2012, uppdaterad 2015) samt en treårig plan avseende mål och aktiviteter. Den senare anger mål samt strategier och rutiner för att nå dessa och även uppföljningsmetoder. De rutindokument som anknyter till målen revideras årligen. Målen utgår från de fem identifierade verksamhetsområden som beskrivits ovan under 2.2. 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 2016 och 2017 planeras undersökningar riktade till anmälare respektive vårdgivare.

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

2.4 Uppdrag

Patientnämnden har inga uppdrag som fastställts i landstingsfullmäktiges beslut om budget 2016 eller genom generella och specifika ägardirektiv.

2.5 Omvärld

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.

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, 2,8 anmälningar per 1 000 invånare i Stockholm jämfört med riksgenomsnittet på cirka 3,4, 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 nämndernas verksamhet.

Utredningens förslag väntas i december 2015. Sannolikt kommer den bland annat att föreslå att klagande i första hand ska vända sig till vården eller patientnämnderna samt att IVO:s utredningsskyldighet begränsas, vilket beräknas leda till en markant ökning av ärendeinströmningen till patientnämnderna. Samtidigt kommer nämndernas uppdrag att utvidgas med krav på ytterligare analys av inkomna ärenden. Nämnderna ska också i högre grad utgöra ett stöd för patienterna i klagomålshanteringen, och kunna ta initiativ till möten med vårdgivare och ge patienter stöd vid sådana möten samt vid behov bistå med att skriva anmälningar.

Under 2013 (senare statistik är inte tillgänglig) tvångsvårdades enligt Socialstyrelsens uppgifter 4 081 patienter i länet enligt LPT eller LRV. Enligt lag ska dessa informeras om möjligheten att få en stödperson och deras inställning ska meddelas patientnämndens förvaltning. Under samma år förordnades stödpersoner till 305 patienter som tvångsvårdades i psykiatrisk vård. Därutöver inkom information i drygt 200 fall att patienten inte önskade stödperson.

Huruvida resterande cirka 3 500 patienter informerats och tillfrågats om de vill ha en stödperson och avböjt detta eller om de inte fått informationen är inte känt. Det förefaller dock troligt att alla berörda patienter inte får lagstadgad information, vilket pekar på behovet av information till vårdpersonalen. Förvaltningen har 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.

Efterfrågan på statistiska sammanställningar från förvaltningens databas är mycket stor. Detta beskrivs närmare under 3.3. Efterfrågan på denna

rapportering kommer sannolikt att öka, delvis beroende på en ökad kännedom om möjligheten att få rapporter, men också på grund av att nya vårdenheter tillkommer.

3. Verksamhet

Nämndens olika verksamhetsområden beskrivs nedan.

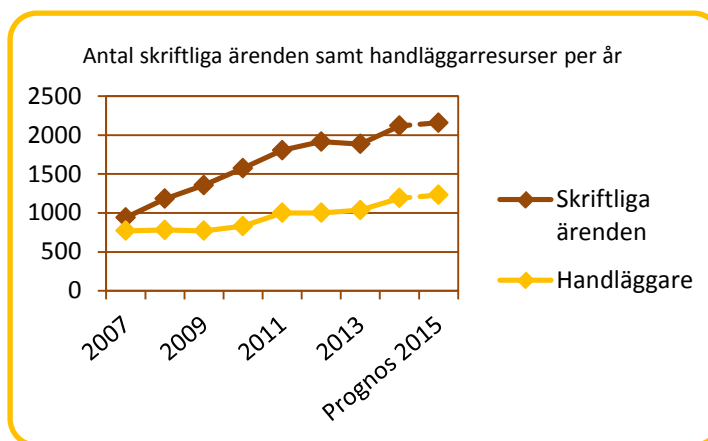
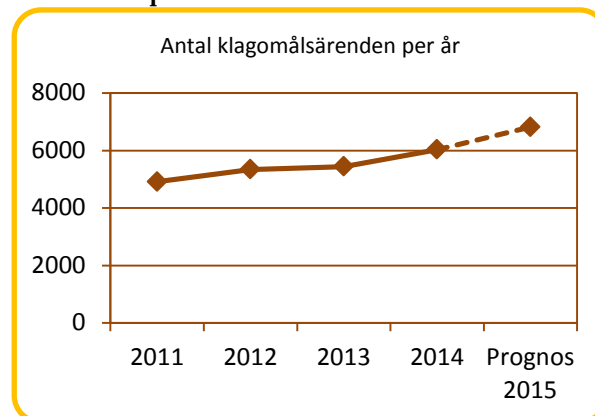
3.1 Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvård

Under 2014 hanterade förvaltningen 6 031 ärenden från patienter och närstående, vilket var 11 procent fler än 2013. Baserat på ärendeinflödet under perioden januari till september förväntas närmare 7 000 ärenden för helåret 2015. Ärendeutvecklingen framgår av vidstående diagram.

Ärenden kan inkomma som skrivelser, telefonsamtal eller e-postbrev 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 2007 utan att motsvarande ökning av handläggaresurserna skett, vilket framgår av diagrammet nedan till höger som visar antalet inkomna skriftliga ärenden samt antalet handläggartjänster som är tillgängliga för klagomålsärenden.

Handläggarna anges som andelar av heltidstjänster, till exempel drygt 1 200 procent, d v s drygt 12 heltidstjänster 2015

Som framgår nedan under 3.2 har resurser måst överföras från handläggning av klagomålsärenden till stödpersonsverksamheten, vilket ytterligare ökat belastningen på de handläggare som hanterar klagomålsärenden. Belastningen har ökat ytterligare då de ökade kostnaderna för stödpersonsverksamheten medfört att en föräldraledighet under hösten 2015 inte kunnat besättas med vikarie.



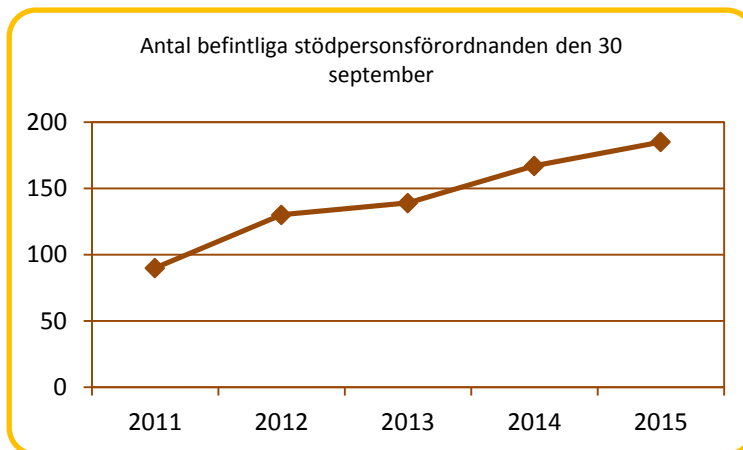
3.2 Stödpersonsverksamhet

Nämndens stödpersonsverksamhet har expanderat under de senaste åren, då antalet ansökningar om att få en stödperson ökat dramatiskt. Verksamheten 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 hanteringa av klagomålsärenden.

Under 2014 förordnades 378 stödpersoner, vilket var 25 procent fler än 2013, och vida överstiger samtliga tidigare år. För 2015 väntas en minskning av antalet nya förordnanden. Antalet befintliga förordnanden ökar dock kontinuerligt, vilket framgår av diagrammet till höger som visar antalet befintliga förordnanden den 30 september respektive år.

Det 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 handläggaresurser för att administrera den expanderande verksamheten.
- Åtgärder för att rekrytera fler stödpersoner, till exempel annonsering, informationsmaterial och -insatser.
- Utbildning för nya stödpersoner.

3.3 Statistik - återföring till verksamheterna

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

Efterfrågan på statistiska sammanställningar från verksamhetens databas är stor. Ett ökande antal av länets vårdgivare följer kontinuerligt sina ärenden hos förvaltningen och tillsänds rapporter över dessa varje månad respektive år. Inte minst när det gäller 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 2012 sammanställs och sänds dessa rapporter automatiskt med e-post till respektive mottagare. Månadsrapporterna har för närvarande drygt 900 mottagare och årsrapporterna något fler.

3.4 Övrig statistik

Den kunskap om vården i länet som förvaltningens ärendehantering genererar efterfrågas även av andra enheter, såväl inom som utanför lands-

tinget. Förvaltningen beräknar att drygt 100 sådana beställningar kommer att expedieras under 2015.

Förvaltningen överlämnar senast den sista februari varje år statistik över föregående års ärenden till IVO. Därutöver sammanställs en årlig rapport över föregående års verksamhet som tillställs IVO, Socialstyrelsen och övriga som är intresserade. Den anmäls också i landstingsfullmäktige.

Patientnämnden ska även göra IVO uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn. Förvaltningen följer regelbundet upp inkomna ärenden och kan följa utvecklingen för enskilda vårdverksamheter. 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 kommer att genomföras under oktober 2015. I ytterligare två fall har yttranden rörande ärendeökningen inhämtats från respektive verksamhet. I båda dessa fall bedömdes att den information som verksamheterna lämnade rörande ärendeökningen och hur man arbetar för att minska klagomålen var tillfredsställande varför det för närvarande inte fanns skäl att överlämna dessa ärenden till IVO. Verksamheternas respektive ledning informerades om att förvaltningen avser att följa ärendeutvecklingen.

3.5 Information

Förvaltningen ska informera vården, patienter och allmänhet om sin verksamhet och om ärenden som varit aktuella. Medarbetare gör därför besök hos vårdgivare samt patient- och intresseföreningar.

Personalen föreläser även vid utbildningstillfällen för utländska läkare, kuratorer, undersköterskor, medicinska sekreterare och vid grundutbildningar 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 de första nio månaderna 2015 genomfördes 30 sådana informationstillfällen, vilket var färre än samma period 2013 och 2014 då de uppgick till 58 respektive 40. I rådande arbetsläge behöver strikta prioriteringar göras beträffande fortsatta informationsinsatser.

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.

3.6 Förebyggande arbete

Genom sitt förebyggande arbete bidrar verksamheten till ökad 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 värden på dessa.

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 de första nio månaderna 2015 har nämnden behandlat sex principärenden. Dessa avsåg:

- patientförsäkringsvillkor, som inte är exakt lika i landstings- respektive privatdriven vård
- bristande följsamhet till patientdatalagen
- patient som glömdes bort på akutmottagning
- vård av patienter med cancersjukdom
- brister vid vidareremittering
- tio års väntan på operation.

Därutöver har återföring rörande vidtagna eller planerade förbättringsåtgärder inkommit i fem principärenden. Dessa avsåg bristande samverkan i värden av ett flerfunktionshindrat barn, ofullständigt adresserade försändelser från landstingsenheter, problem att få remissvar vid införd spärr i journalsystem, remisshantering på närakut och bristande följsamhet till patientdatalagen.

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 407 skriftliga ärenden som avslutades under årets första nio månader, vilket var 32 procent av de avslutade ärendena och 55 procent fler än samma period föregående år då de uppgick till 262.

I 267 ärenden hade åtgärder vidtagits på en övergripande nivå och 183 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.

3.7 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 förvaltningens ärenden avseende alla former av hälso- och sjukvård och på alla nivåer.

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

Sveriges kommuner och landsting har utarbetat åtta åtgärds paket omfattande vanliga vårdskador. Dessa innehåller information till vården bland annat rörande 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 årets första nio månader hanterade förvaltningen 623 ärenden avseende läkemedelsrelaterade problem. Detta var en ökning med 28 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, psykiatrisk vård och akutsjukhus.

Under perioden inkom 72 ärenden där patienten fått en vårdrelaterad infektion, ofta i samband med en operation. Detta var en kraftig ökning jämfört med föregående år, då 28 ärenden inkom under samma tid.

För övriga patientsäkerhetsområden var antalet ärenden litet.

3.8 Effektivisering

Då den sammantagna arbetsbördan för varje anställd handläggare har ökat, och därmed riskerna för ökad negativ stress, finns skäl att se över möjligheterna till effektivisering. Handläggningen av både klagomåls- och stödpersonens ärenden skulle kunna effektiviseras ytterligare om kommunikationen med såväl vården som anmälare, patienter och stödpersoner kunde ske digitalt med bibehållen hög sekretessnivå genom Mina Vårdkontakter. Detta skulle, förutom förbättrad tillgänglighet, även minska pappersförbrukningen drastiskt.

Ytterligare effektivisering skulle kunna uppnås genom en fortsatt utveckling och digitalisering av ärendehanteringsprogrammet, vilket dessutom skulle förstärka stödet till handläggarna.

3.9 Verksamhetsförändringar

Inga förändringar rörande verksamhetens innehåll eller uppdrag har skett inför år 2016. Dock har de enskilda verksamhetsdelarna expanderat under de senaste åren, vilket sannolikt kommer att fortgå under kommande år, inte minst med tanke på den pågående klagomålsutredningen (S2014:15), vars förslag väntas i december 2015 och som sannolikt kommer att innebära en dramatisk ökning av antalet inkommande klagomålsärenden på något/några års sikt och även nya uppgifter för patientnämnderna.

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.

Under rådande omständigheter, med en ständigt ökande arbetsbörda för varje enskild handläggare kan det bli svårt för förvaltningen att leva upp till gällande kvalitetsmål rörande ärendehandläggningen. Dessa anger för närvarande bland annat att anmälare som inkommit med en skrivelse ska kontaktas per telefon inom tolv arbetsdagar. Detta ändrades för ett par år sedan från sju arbetsdagar. Förvaltningen följer utvecklingen noga och kan komma att behöva förlänga den aktuella tiden ytterligare.

Det är även sannolikt att den totala handläggningstiden kommer att förlängas när ett ständigt ökande antal ärenden ska hanteras. Detta är olyckligt eftersom de som vänder sig till förvaltningen har rökut 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 återupprättat förtroende för vården, och som känner att deras problem tagits på allvar, vilket sammantaget torde innebära en besparing för vården som helhet. Det är därför angeläget att förvaltningen kan ha korta handläggningstider.

Det kan även antas att förvaltningens ärendehantering i sig kan innebära en tidsbesparing för vården, då många frågeställningar kan hanteras redan vid anmälarens kontakt med förvaltningen.

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. 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 beskrivits under 2.5. Detta tydliggör att verksamheten inte är tillräckligt känd, varför mer resurser behöver avsättas för information.

4. Verksamhetsstöd

4.1 Miljö - hållbar utveckling

Patientnämndens förvaltning har ett miljöledningssystem och är sedan 2004 miljöcertifierad enligt ISO 14001. Sedan slutet av 2013 ingår förvaltningen i ett gemensamt miljöledningssystem (GemMLS) tillsammans med LSF, Stockholm Care, kulturförvaltningen och AB SLL Internfinans.

Extern revision genomfördes i mars 2015 med syfte att behålla det gemensamma certifikat för alla enheter som ingår i GemMLS. För att minimera eventuell miljöbelastning tar förvaltningen miljöhänsyn i varje handling och beslut 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.

4.1.1 Transporter

Samtlig personal använder kollektiva transportmedel eller cykel för resor till och från arbetet. Personalens fåtaliga taxiresor görs företrädesvis med bilar som använder förnybara bränslen. Tåg är alltid ett förstahandsalternativ vid inrikesresor. Det förekommer dock att resor görs med flyg. 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.

4.1.2 Energi

Förvaltningen har införskaffat avstängningsbara kopplingsdosor för att säkerställa att alla elektroniska apparater är avstängda och att eventuella adaptrar inte drar ström när de är i viloläge. Anställda påminns om att släcka onödigt belysning när rummet lämnas en längre tid. I dagsläget går det inte få fram uppgifter för förvaltningens elförbrukning, då separat elmätare saknas. Dessutom ingår kostnad för el och uppvärmning i månadshyran. Förvaltningen har en annan hyresvärd än Locum.

4.1.3 Läkemedel

Patientnämndens förvaltning använder varken lustgas eller läkemedel i sin verksamhet, men uppmärksammar 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 en koppling mellan antibiotikaförbrukning och vårdskador. Sedan hösten 2013 följer förvaltningen ärenden där patienter har råkat ut för vårdrelaterade infektioner som leder till ökad användning av antibiotika.

4.1.4 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 använder laddningsbara batterier för att få ner antalet förbrukade batterier. Som utgångsvärde används antal förbrukade batterier under 2012. Batteriförbrukningen följs kontinuerligt.

4.1.5 Avfall

Förvaltningen kommer under 2016 att införa kompostering av matavfall. Detta medför en merkostnad på 17 100 kronor per år. På detta sätt arbetar patientnämnden med resurssnålhet.

4.1.6 Produkter

Förvaltningen gör till övervägande delen sina inköp med hjälp av landstingets upphandlingar, huvudsakligen genom Medicarrier och Lyreco.

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 därmed målet om att 30 procent av måltiderna som serveras ska vara ekologiska.

Förvaltningens största miljöpåverkan är pappersförbrukningen. Denna har målsatts vid flera tillfällen. Verksamheten kräver mycket administration med stor pappersåtgång. Under 2015 har nämndens ledamöter fått läsplatser, varför nämndhandlingar nu sänds digitalt.

Som nämnts tidigare avser förvaltningen att utreda olika elektroniska lösningar för att effektivisera och minska pappersförbrukningen, vilket även påverkar utsläpp av CO₂ då transporterna minskar.

4.1.7 Miljöledning

Som ovan nämnts 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 vilket är bland annat kostnadseffektivt.

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. Kostnaden för externa revisioner kommer att fördelas på samtliga verksamheter som ingår i GemMLS. För patientnämnden uppgår kostnaden till ca 20 tkr per år.

De interna revisionerna kan hanteras inom verksamheterna, vilket kommer att kosta arbetstid för de anställda som får uppdraget att genomföra revisionerna. Alternativet är att anlita en extern konsult, vilket skulle medföra samma kostnad.

Ledningssystemet kommer att behöva trimmas ytterligare då Miljöstandarden ISO 14001 utkommer med en ny reviderad upplaga under hösten 2015, vilket kräver viss justering av ledningssystemet och ytterligare utbildning av såväl miljösamordnare som övrig personal. Kostnaden för denna utbildning uppgår till ca 10 tkr.

4.1.8 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. Denna är kostnadsfri med undantag för arbetstagarernas arbetstid. Utbildningsbehovet följs upp kontinuerligt.

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, vården 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 knappt 70 000 ärenden. Vid registrering anges bland annat patientens kön samt ålder i tioårsintervaller. I 20 procent av de ärenden som inkom under januari till och med september 2015 var patientens ålder okänd, vilket var en förbättring jämfört med samma period föregående år då motsvarande andel uppgick till 28 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 patientens 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 anmälarens namn inte framgått, ibland har det inte varit möjligt att avgöra könet även om namnet angetts.

Anmälarnas kön och ålder följs och analyseras årligen samt redovisas i ett särskilt avsnitt i nämndens årsrapport och även i andra sammanställningar.

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 tidigare haft regelbundna möten med Handikappförbundens samarbetsorganisation (HSO) och representanter för Synskadades riksförbund och De neurologiskt handikappades riksförbund. I samarbetet har frågor som berör funktionshindrade identifieras. Samarbetsformerna är för närvarande under utredning.

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

4.2.3 Uppförandekod för leverantörer

Ej aktuellt för patientnämnden.

4.3 Säkra processer

4.3.1 Informationssäkerhet

Ett ledningssystem för informationssäkerhet finns med lokala styrdokument beslutade av nämnden. DISA-utbildning genomförs kontinuerligt. Under året har en första granskning av säkerhetsnivån på förvaltningen genomförts av förvaltningschef och informationssäkerhetssamordnare med Complianceverktyget.

4.3.2 Informationsförvaltning

Förvaltningen har en arkivorganisation och har påbörjat arbetet med VIR, verksamhetsbaserad informationsredovisning. Landstingsarkivet och förvaltningen samarbetar för en optimal e-arkivering.

4.3.3 Säkerhet

Förvaltningen är representerad i landstingets övergripande råd för säkerhet och beredskap och har påbörjat arbetet med en säkerhetspolicy. Implementerade besöksrutiner finns för medarbetarnas personliga säkerhet. Krishanteringsplan finns.

4.4 Nämnd/styrelse som arbetsgivare

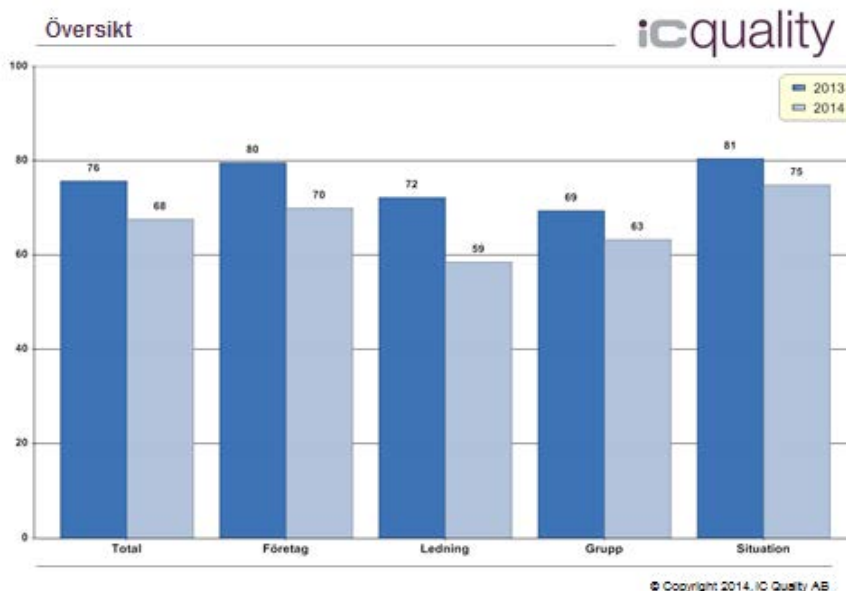
4.4.1 Målområden

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

Som framgår av sammansättningen 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".

Resultatet av medarbetarenkäten 2015 kommer att redovisas i förvaltningsberättelsen för 2015.



4.4.2 Kompetensförsörjning 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 tills vidare vara tillfyllest. Under 2017 planeras förvaltningen ingå i Pro Competens.

Personalomsättningen är relativt liten och orsakas huvudsakligen av pensionsavgångar. Förvaltningen har aldrig erfarit några svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.

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.

4.4.3 Jämställdhet och mångfald – Likvärdiga villkor och möjligheter

Nämnden har en jämställdhets- och mångfaldsplan enligt landstingets riktlinjer samt även en handlingsplan för HBT-frågor. Förvaltningen strävar efter mångfald såväl i personalgruppen som vid rekrytering av stödpersoner. 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. Hittills har cirka hälften av de anställda 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.

All personal utom de senast anställda 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 samt personer med funktionsnedsättning.

4.4.4 Chef och ledarskap

Förvaltningen har en platt organisation med en förvaltningschef som tillträdde i augusti 2015 och en biträdande chef som träder in vid ordinarie chefs frånvaro.

4.4.5 Hälsöfrämjande 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. 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. Medarbetarundersökningen 2015 har genomförts men ännu inte sammanställts.

5. Ekonomi

Någon förändring av verksamhetens innehåll kan inte ses för 2016. Som ovan nämnts förväntas dock de senaste årens ökning av såväl klagomålsärenden som pågående stödpersonsförordnanden att fortgå. Detta, samt resultatet av den pågående klagomålsutredningen, medför att ytterligare handläggaresressurser kommer att behöva tillföras.

5.1 Ekonomiskt utgångsläge

Landstingsbidraget ökar från 21,8 mkr 2015 till 22,5 mkr 2016 det vill säga med 3,2 procent, vilket bedöms nödvändigt med hänsyn till ökning av stödpersonsverksamheten. Denna del av verksamheten styrs av rättighetslagar och kan inte påverkas. Förvaltningen är skyldig att snarast tillhandahålla stödpersoner i den utsträckning de efterfrågas, vilket medför att kostnaderna för dessa har ökat under 2015.

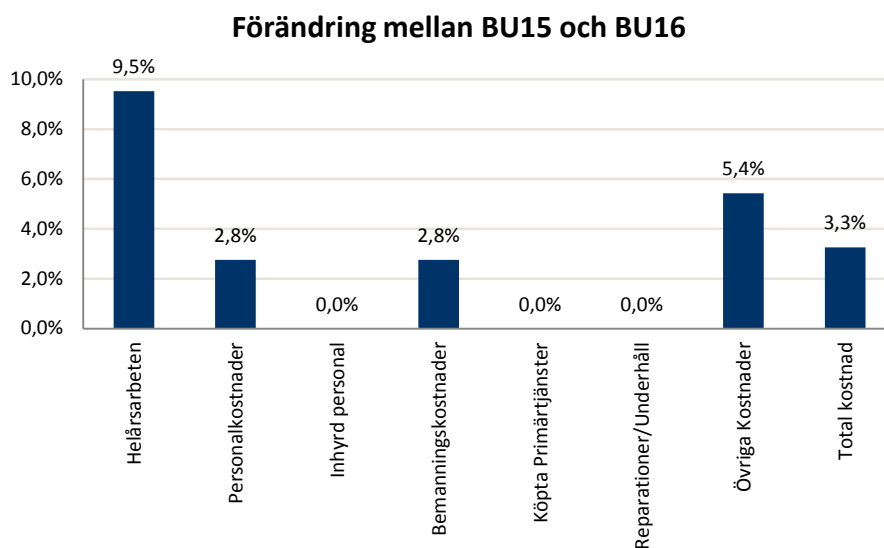
Även antalet patientärenden har fortsatt att öka.

5.2 Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin

Ekonomin påverkas av antalet inkommande klagomålsärenden och ansökningar om stödperson.

5.3 Antaganden i budgetunderlaget

Personalkostnaderna beräknas öka med 12,6 procent. Övriga kostnader budgeteras minska något, med 2,7 procent jämfört med 2014 års budget.



5.4 Resultatbudget

Resultaträkning Mkr	BU1612 (Controller)	BU1512 (Controller)	AC1412 (Controller)	Förändring BU16/BU15	Förändring BU16/AC14
Försäljning övriga tjänster***	1,5	1,5	1,5		
Erhållna bidrag	22,5	21,8	19,8	3,2%	13,6%
Övriga intäkter					
S:a Verksamhetens intäkter	24,0	23,3	21,3	3,0%	12,7%
- Varav internt SLL	22,5	21,8	21,3	3,2%	5,6%
Personalkostnader	-20,2	-19,7	-18,0	2,5%	12,2%
Köpta primärtjänster****	0,0	0,0	-0,1		-100,0%
Hyreskostnader	-1,9	-1,8	-1,8	5,6%	5,6%
Inhyrd personal					
Övriga kostnader	-1,9	-1,8	-1,3	5,6%	46,2%
S:a Verksamhetens kostnader	-24,0	-23,3	-21,2	3,0%	13,2%
- Varav internt SLL					
Avskrivningar	0,0	0,0	-0,1		-100,0%
Finansnetto					
Årets Resultat	0,0	0,0	0,0		

5.4.1 Intäkter

Landstingsbidraget ökar från 21,8 mkr 2015 till 22,5 mkr i 2016 års budget, det vill säga med 3,2 procent. Övriga intäkter avser i stort sett ersättningar från länets kommuner samt avtal med privattandvården för handläggning av ärenden åt dessa. Ersättningen kvarstår med ungefär oförändrade belopp om knappt 1 500 tkr per år inklusive privattandvården.

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 2,0 procent. I övrigt beräknas en fortsatt mindre ökning av stödpersonsverksamheten.

I personalkostnaderna ingår kostnader för stödpersoner, förtroendevalda och övriga personalkostnader såsom kurs- och konferenskostnader, företagshälsovård och friskvård. De totala personalkostnaderna beräknas öka från 19,7 mkr till 20,2 mkr, d v s med 2,5 procent. Ökningen av personalkostnaderna är dock inte så stor jämfört med prognos för 2015 på 19,8 mkr, vilket i stället motsvarar en ökning med 1,9 procent.

FÖRÄNDRING AV ANTAL HELÅRSARBETEN (närvaro- och frånvarotid exkl extratid)	BU 2015	BU 2016	BU 2017	BU 2018	BU 2019
Totalt antal helårsarbeten	21	23	23	23	23
- varav flyttad vård/nytt uppdrag per förändring		2	2	2	2
- varav flyttad vård/minskat uppdrag per förändring					
- varav "					

Övriga kostnadsslag, avskrivningar och finansnetto

Lokalkostnaderna uppgår till ca 1,9 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 minskat från ca 100 tkr 2014 till närmare 40 tkr 2015. Finansnettot har sjunkit genom lågt ränteläge samt ökade bankkostnader och beräknas till omkring 0. Avskrivningar ligger fortsatt under 2014 på 116 tkr men minskar till ca 20 tkr därefter.

5.4.3 Produktivitet och effektivitet

Patientnämnden berörs inte av detta.

5.5 Balansbudget

Balansräkning Mkr	BU1612 (Lokalt ek.syst.)	BU1512 (Lokalt ek.syst.)	AC1412 (Controller)	Förändring BU16/BU15	Förändring BU16/AC14
TILLGÅNGAR					
Anläggningstillgångar					
Omsättningstillgångar	2,5	2,2	2,1	13,6%	19,0%
- varav kassa bank	1,7	1,4	1,4	17,9%	21,4%
SUMMA TILLGÅNGAR	2,5	2,2	2,1	13,6%	19,0%
EGET KAPITAL					
Eget kapital	0,5	0,5	0,5	9,2%	
- varav årets resultat	0,0	0,0	0,0		
Avsättningar (samt ev. Minoritetsintresse)					
SKULDER					
Långfristiga skulder	0,0	0,0	0,0		
Kortfristiga skulder	2,0	1,7	1,6	14,8%	25,0%
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	2,5	2,2	2,1	13,6%	19,0%

5.6 Investeringar

Investeringar Mkr	BU 2015	BU 2016	Plan 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020
Trafikinvesteringar						
Investeringar i landstingets fastigheter						
Maskiner / Inventarier / IT						
Ombyggnation externt förhyrda lokaler						
Totalt investeringar	0	0	0	0	0	0

5.7 Möjligheter och risker

Nämnden ser förändringar som kommer att få tydliga ekonomiska konsekvenser.

Ökningen av antalet pågående stödpersonsförordnanden för patienter som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen medför ökade kostnader för arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna, ökade handläggarresurser för att administrera den expanderande verksamheten samt för att rekrytera och utbilda fler stödpersoner.

På något/några års sikt beräknas antalet inkommande klagomålsärenden öka dramatiskt, bland annat som en följd av den pågående klagomålsutredningen (2014:15), vars förslag väntas i december 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	BU 2016 Mkr	Plan 2017 Mkr	Plan 2018 Mkr	Plan 2019 Mkr
---------------	--	-------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Vad består risken i?

6. Övrigt

Denna budget för 2016 och planår 2017-2019 har nämndbehandlats 2015-10-22.

2015-10-22

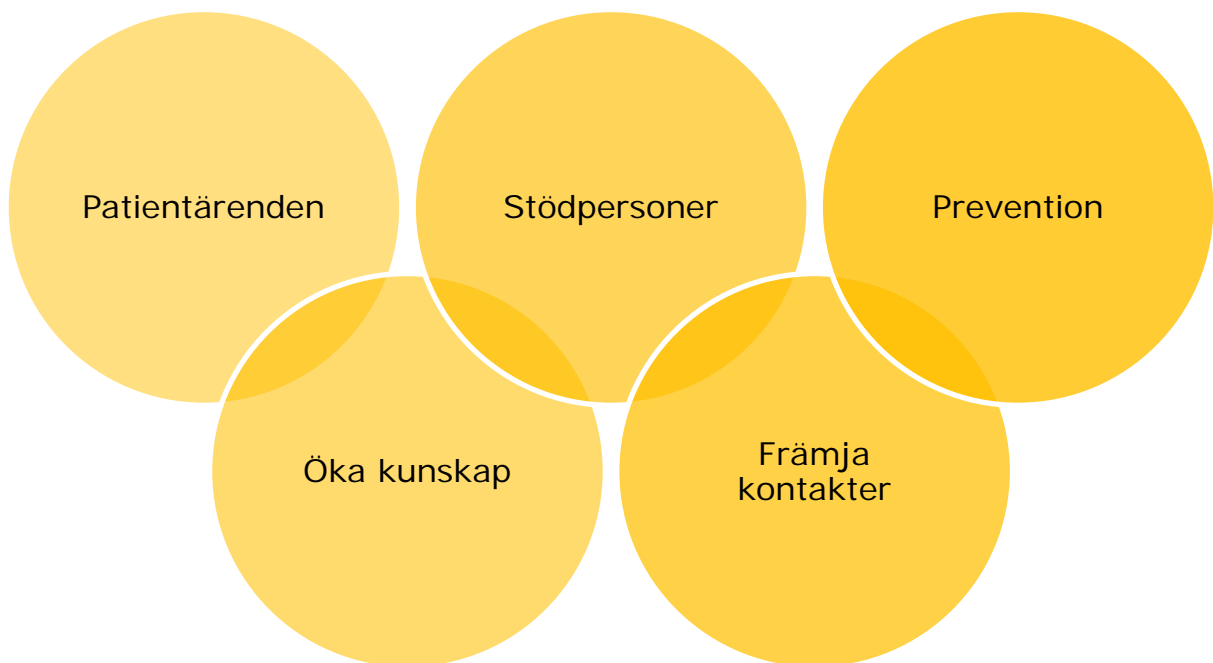
Eva Ljung
Förvaltningschef

Bilaga:

A. Kvalitet - mål, aktiviteter och handlingsplan 2014-2016

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 Avvikelse rapportering	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 anhörigdaggar. 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