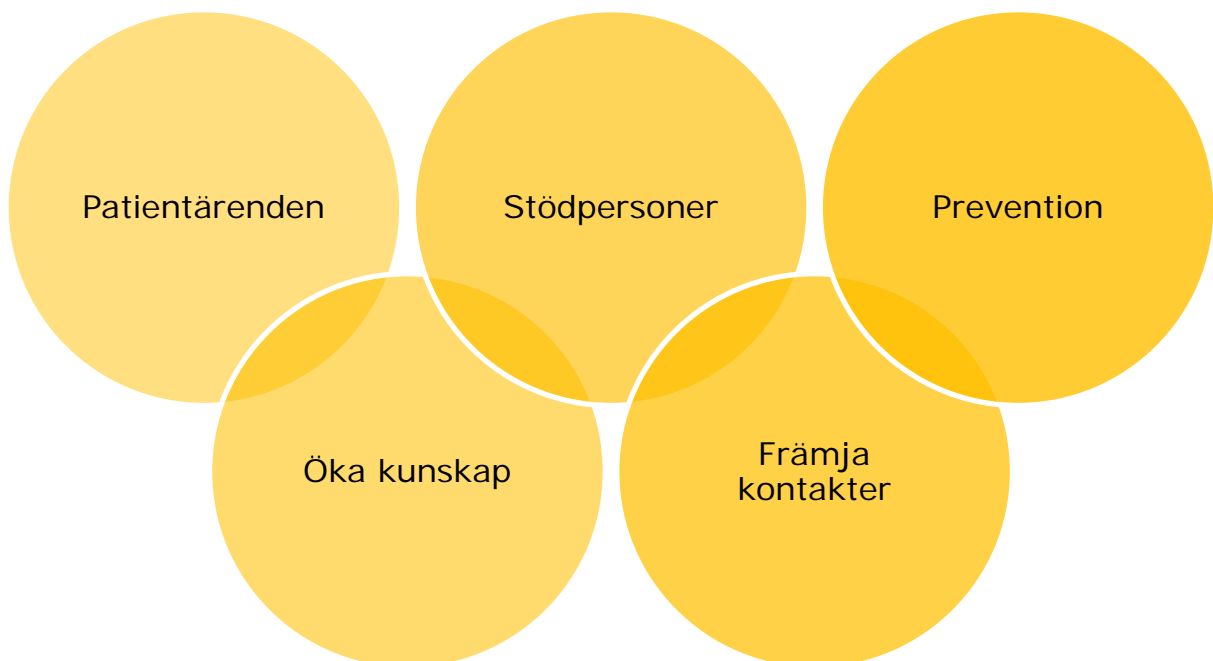


Kvalitet

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 stödpersonsverksamheten	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 Stödpersonsverksamheten	8
3.2.1 Registrering av stödpersonsärenden.....	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 Avvikelseberapportering	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 ansvara 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 avvikelsern fick samt vilka åtgärder som vidtagits och förslag till förbättringar. I de fall en avvikelse bedöms vara av särskilt allvarlig karaktär kan förvaltningschefen uppdra 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