

Handläggare: Lillemor Humlekil
Camilla Heise Löwgren

PaN 2013-06-04 P 7
ANMÄLAN
2013-05-23

PaN A1305-0014343

Kvalitetsbokslut 2012

Ärendet

I ärendet föreligger 2012 års bokslut för förvaltningens interna kvalitetsarbete. Som framgår av bokslutet har förvaltningen en tydlig struktur och plan för hur kvalitetsarbetet ska bedrivas med mätbara mål och aktiviteter. Basen i kvalitetsarbetet är avvikelserapporteringen som ger underlag för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten. Detta bokslut ger flera exempel på detta.

Kvalitetsbokslutet anmäls för kännedom till nämnden.

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga:

Kvalitetsbokslut för år 2012





Kvalitetsbokslut

Patientnämnden i Stockholms läns landsting

2012

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	4
2	KVALITETSARBETETS ORGANISATION	4
3	KVALITETSARBETETS DELAR	4
3.1	AVVIKELSEHANTERING	5
3.2	KVALITETSDAGAR	5
3.3	ÄRENDEHANDLÄGGNING	7
3.3.1	<i>Uppföljning av telefontillgänglighet.....</i>	7
3.3.2	<i>Antal ärenden per handläggare</i>	7
3.3.3	<i>Granskning av handläggningstider</i>	7
3.3.4	<i>Rutin när vården skickar journalkopior i stället för yttrande</i>	7
3.4	KOMPETENSUTVECKLING	7
4	ÖVRIGT	8
4.1	VÅRDSYNPUNKTER OCH STÖDPERSONER	8

Vårt kvalitetsarbete skapar underlag för verksamhetsutveckling!

För andra året i rad presenterar patientnämndens förvaltning ett kvalitetsbokslut. Vårt kvalitetsarbete är viktigt och tillför oss den kunskap och det underlag vi behöver för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten i alla dess delar. Bokslutet innehåller flera exempel på detta.

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

Även om det skett stora kvalitetsförbättringar föregående år är vi inte helt nöjda med vad vi hittills åstadkommit. Detta visar inte minst den utvärdering av stödpersonsverksamheten som genomfördes i slutet av förra året. Den ger oss underlag att förbättra den delen av vår verksamhet ytterligare!

Som tidigare utgör avvikelserapporteringen basen för vårt kvalitetsarbete. Under 2012 rapporterades 148 avvikelser vilket tydliggör att det inom förvaltningen finns en samlad insikt om betydelsen av att rapportera och åtgärda brister. På så sätt för vi hela tiden verksamheten framåt!

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

Struktur och arbetssätt fortsätter i samma omfattning 2013!



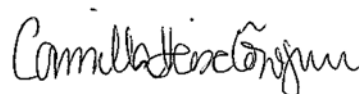
Staffan Blom

Förvaltningschef



Lillemor Humlekil

Kvalitetsansvarig
Controller



Camilla Heise Löwgren

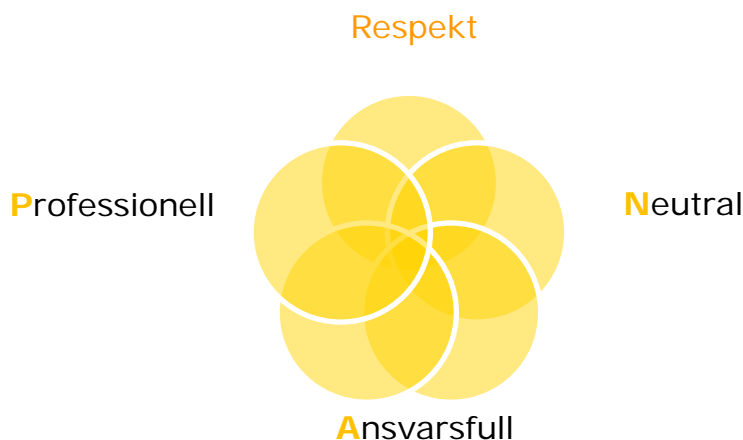
Kvalitetsansvarig

1 BAKGRUND

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

2 KVALITETSARBETETS ORGANISATION

Tillitsfulla möten i vården och hos patientnämnden



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

Förvaltningens kvalitetsgrupp består av förvaltningschefen och två kvalitetsansvariga samt controller. För att alla på förvaltningen ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet utses samordnarna på två år. Tio procent av deras arbetstid avsätts för kvalitetsarbete.

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

3 KVALITETSARBETETS DELAR

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

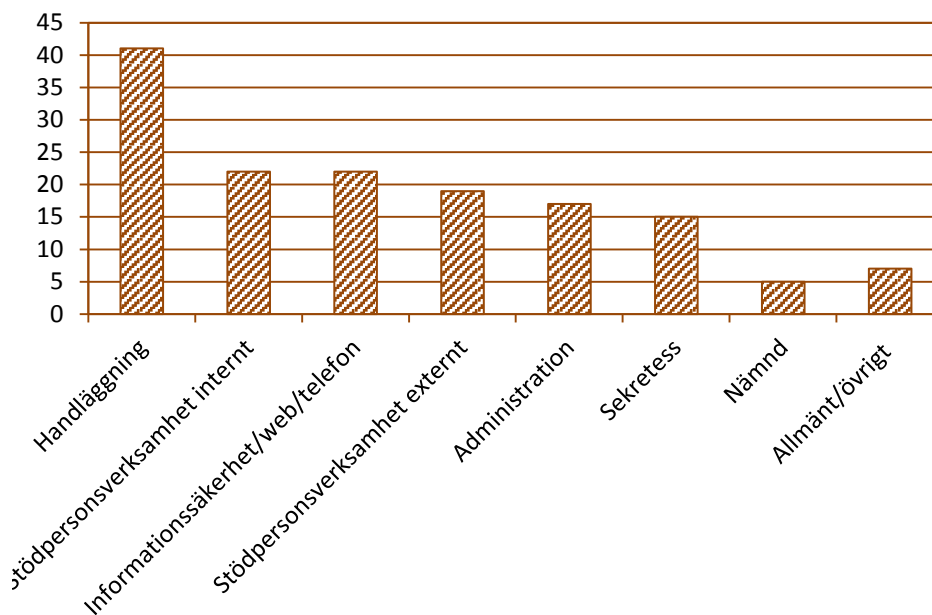
- Avvikelsehantering
- Kvalitetsdagar
- Rutiner
- Ärendehanteringsprogrammet Vårdsynpunkter och stödpersoner
- Ärendehandläggning för patientklagomål och stödpersonsverksamheten
- Utveckling av stödpersonsverksamheten
- Kompetensutveckling
- Informationssäkerhet

Kvalitetsarbetet planeras i en årlig kvalitetsplan och redovisas i årliga kvalitetsbokslut.

3.1 Avvikelsehantering

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

Under 2012 inkom 148 avvikelser. Fördelningen mellan olika verksamhetsdelar framgår av diagrammet nedan.



Avvikelser registreras på en särskild blankett. Dessa sorteras efter

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

Kvalitetssansvariga och förvaltningschef analyserar avvikelserna och vidtar åtgärder. Avvikelser rörande informationssäkerhet hanteras av informationssäkerhetsansvariga. Samtliga avvikelser återrapporteras på förvaltningsmöten.

De åtgärder som vidtas syftar till att förhindra upprepning av det inträffade. De har bland annat lett till att:

- en rutin har tagits fram för hantering av e-post och telefon vid medarbetares frånvaro
- en rutin och missiv har tagits fram för rapportering av aggregerade ärenden till Socialstyrelsen
- avvikelseblanketten kompletterats med en ruta för varför avvikelsen inträffade
- information på förvaltningens hemsida har kompletteras för att det ska vara möjligt att skriva ut foldrar från hemsidan
- säkerheten förstärkts för inloggning till förvaltningens intranät
- alla dokument som är kopplade till förvaltningens ärendehanteringsprogram "Vårdsynpunkter" är försedda med förvaltningens logga.
- Med stöd av ett principärende har en faktura skickats till vården med anledning av att man inte meddelat att tvångsvård upphört, vilket medfört onödiga kostnader för förvaltningen.

3.2 Kvalitetsdagar

Förvaltningen har under perioden haft två kvalitetshalvdagar.

I maj genomfördes en audit, det vill säga en ärendegranskning för att jämföra handläggares hantering av ärenden och säkerställa att:

- ärenden handläggas på ett likartat sätt
- fastställda rutiner följs
- registreringen i Vårdsynpunkter blir likartad
- anmälare formeras om PuL
- gällande sekretessbestämmelser följs
- handläggarna uttrycker sig enkelt och lättförståeligt i skriftliga kontakter med anmälare och vård.

Genomgången ledde till följande:

- ärendenas sammanfattningar ska skrivas på ett intressant sätt, samtidigt som sekretessen bevaras
- en aktualisering av rutinen att förvaltningens synpunkter ska framgå i slutskrivelser till vården
- i ärendenas sammanfattningar etc i Vårdsynpunkter skrivs titlar/funktioner för de personer i vården som varit delaktiga i ärendets utredning.

I november informerade en extern föreläsare från Karolinska Universitetssjukhuset om akutmottagningens arbete med lean.

Därutöver har två dagar ägnats åt arbete enligt metoden Future Cafe. Detta mynnade ut i ett antal handlingsplaner, till exempel omstrukturering av gemensamma kataloger på förvaltningens server, genomgång av mallar för power pointbilder och ärenden till nämnden avseende grafisk profil och logotyper, checklista rörande hantering av ärenden till nämnden samt viss omstrukturering av förvaltningens möten.

3.3 Ärendehandläggning

3.3.1 Uppföljning av telefontillgänglighet

Förvaltningen har ett mål som innebär att minst 90 procent av dem som ringer till förvaltningen ska vara nöjda med tillgängligheten. Detta, och ett stort antal andra mål, följs upp genom enkäter till anmälare och vården minst vart tredje år.

Under 2011 framkom att målet inte uppnåddes. Förvaltningen inledde därför ett arbete med att se över rutinerna för telefontillgängligheten. Under våren 2012 genomfördes en telefonenkät, där uppringande efter samtalet ombads besvara frågor rörande telefontillgängligheten. Denna visade på en del kvarstående brister som ledde till ändrad planering av handläggarnas telefonjourer, bland annat utökades antalet ingående linjer från tre till fyra, vilket medförde en markant förbättring av tillgängligheten.

3.3.2 Antal ärenden per handläggare

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

3.3.3 Granskning av handläggningstider

Långa handläggningstider påverkar vårdens och allmänhetens förtroende för verksamheten. För att undvika onödigt utdragen handläggning följs handläggningstiderna varje månad. De handläggare som har ärenden som äldre än ett år uppmärksammas på detta och uppmanas se över dem.

3.3.4 Rutin när vården skickar journalkopior i stället för yttrande

När förvaltningen begär yttrande uppmanas vården i missivskrivelse att inte bifoga journalkopior, då dessa innehåller sekretesskänsligt material och förvaltningen inte gör medicinska bedömningar. Ibland händer det dock ändå att journalutdrag skickas. I dessa fall görs en avvikelserapportering och vården underrättas.

3.4 Kompetensutveckling

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

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

Under 2012 har bland annat nedanstående kompetensutveckling anordnats:

- jämställdhetsutbildning
- nationell patientsäkerhetskonferens
- nationell patientnämndskonferens
- regional patientnämndskonferens
- arkiv/arkivering.

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

4 ÖVRIGT

4.1 *Vårdsynpunkter och stödpersoner*

Förvaltningens ärendehanteringssystem Vårdsynpunkter och stödpersoner består av tre delar som hanterar patientklagomål, stödpersonsverksamheten respektive administrativa (=övriga) ärenden.

Systemet togs i bruk i juni 2002. För att möta den pågående ärendeutvecklingen har det kontinuerligt utvecklats och förbättrats. Detta har bland annat lett till förenklad handläggning och förbättrad kontroll och uppföljning. Under 2012 genomfördes förbättringsåtgärder och justeringar i samtliga delar.

Under året har bland annat särskilda rapporter som anger felaktig eller bristfällig registrering i Vårdsynpunkter konstruerats. Då samtliga patientnämnder i landet enats om en gemensam registrering har anpassningar gjorts vad gäller problem och delproblem. Åldersregistreringen har gjorts mer detaljerad. Sedan våren 2012 finns en funktion som automatiskt sammanställer rapporter och skickar dessa per e-post till cirka 750 mottagare varje månad.

I Stödpersoner har ett flertal funktioner förenklats och nya skrivelser tillkommit. Rapportmodulen har utvecklats, här finns dock behov av ytterligare förbättringar.

I "Administrativa ärenden" finns nu möjlighet att klassificera ärendena, vilket underlättar kommande sökningar bland ärendena.