

Budgetunderlag 2015

Ärendet

I ärendet föreligger förvaltningens budgetunderlag för 2015 enligt bilaga 1 till tjänsteutlåtandet.

För att täcka den ökade kostnaden för stödpersonsverksamheten behöver ytterligare medel om minst 800 tkr utöver det budgeterade landstingsbidraget tillföras från och med 2015.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta budgetunderlag för 2015
- insända budgetunderlag för 2015 till SLL ekonomi senast den 1 oktober 2014
- omedelbart justera beslutet

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilaga
1/ Budgetunderlag 2015



Patientnämnden

Budgetunderlag 2015

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	4
2.	Styrning	5
2.1	Verksamhetsfakta.....	5
2.2	Styrning inom nämnd/styrelse	6
2.2.1	Lagar.....	6
2.2.2	Reglemente.....	6
2.3	Mål och uppdrag	7
2.3.1	Mål.....	8
2.3.2	Uppdrag.....	9
2.3.3	Omvärld.....	9
3.	Verksamhet	9
3.1	Planerad verksamhet.....	9
3.2	Verksamhetsförändringar	10
4.	Miljö	12
5.	Socialt ansvarstagande	14
5.1	Likvärdig behandling av alla invånare	14
5.1.1	Jämlikhet och jämställdhet	14
5.1.2	Nationella minoriteter och minoritetsspråk	14
5.1.3	Delaktighet för personer med funktionsnedsättning.....	15
6.	Säkra processer	15
6.1	Säkra processer ska bedrivas på ett systematiskt sätt	15
7.	Nämnd/styrelse som arbetsgivare	15
7.1	Målområden	15
7.1.1	Stolta medarbetare	16
7.2	Kompetensförsörjning/-planering och utbildning	16
7.3	Jämställdhet och mångfald – likvärdiga villkor och möjligheter ..	16
7.4	Chef och ledarskap	17
7.5	Hälsofrämjande arbetsmiljö	17
8.	Ekonomi	17
8.1	Ekonomiskt utgångsläge	17
8.2	Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin.....	18

8.3	Antaganden i budgetunderlaget.....	18
8.4	Resultatbudget	19
8.4.1	Intäkter.....	19
8.4.2	Kostnader	19
8.4.3	Produktivitet och effektivitet.....	20
8.5	Balansbudget.....	20
8.6	Investeringar	21
9.	Möjligheter och risker	21
10.	Övrigt.....	22

1. Sammanfattning

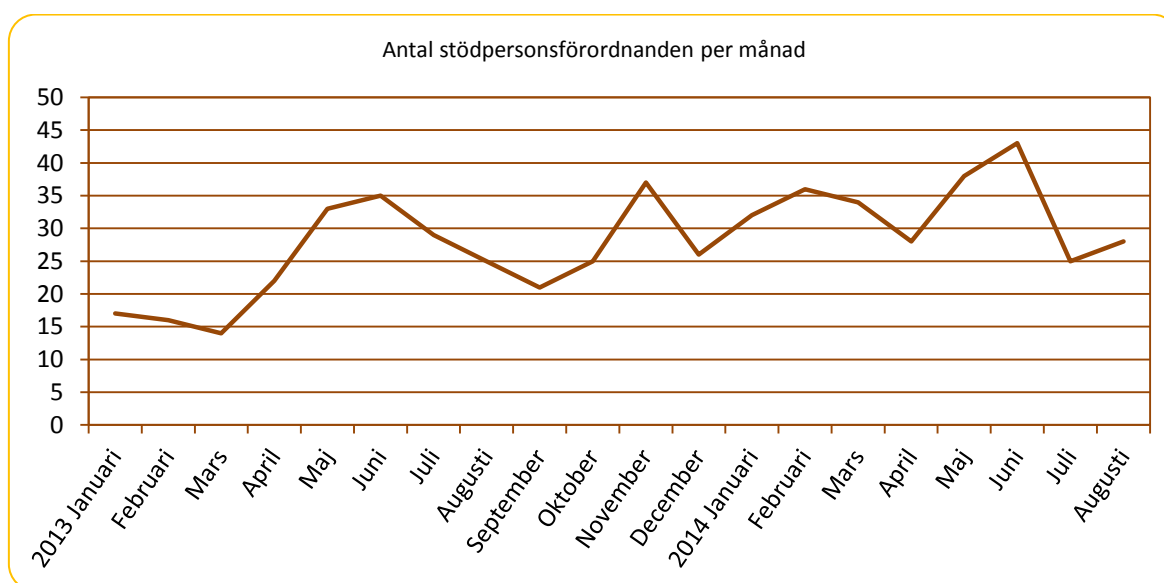
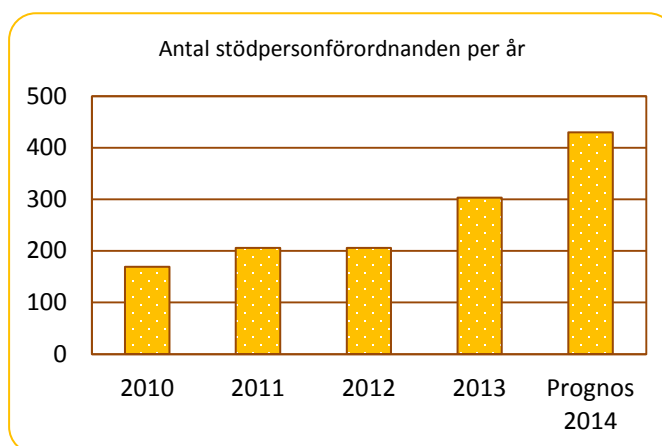
Landstingsbidraget ökar från 19,8 till 20,1 mkr 2015, det vill säga med 1,5 procent.

Under årets åtta första månader sågs stora förändringar för såväl patient- som stödpersonsärenden. Under perioden inkom 9 procent fler patientärenden än samma period föregående år.

Förvaltningen har under de senaste åren mottagit ett kraftigt ökat antal ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen.

Diagrammet till höger visar utvecklingen per år sedan 2010. Under 2013 ökade antalet förordnanden med 46 procent jämfört med 2012. Under de första åtta månaderna 2014 uppgick ökningen till 37 procent jämfört med samma tid föregående år. För helåret 2014 väntas totalt cirka 430 förordnanden, vilket vida överstiger samtliga tidigare år.

Diagrammet nedan visar antalet förordnanden per månad sedan januari 2012. För vissa perioder ses ett minskat antal ansökningar. Förvaltningen har uppfattat att detta orsakats av att patienter tidigare inte fått information om rättigheten att få stödperson. Efter upprepade kontakter med samtliga chefer i verksamheter som bedriver tvångsvård och två principärenden i frågan har ansökningarna ökat dramatiskt och förefaller nu ligga stabilt på en betydligt högre nivå än tidigare. Förvaltningen har även gjort landstingsrevisionen uppmärksam på den bristande informationen till patienterna.



De ökade antalet förordnanden medför kostnader av flera slag:

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

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

För att täcka den ökade kostnaden för stödpersonsverksamheten behöver ytterligare medel om minst 800 tkr utöver det budgeterade landstingsbidraget tillföras från och med 2015.

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

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

2. Styrning

2.1 Verksamhetsfakta

Patientnämnden fullgör landstingets skyldighet att bedriva patientnämndsverksamhet och fungerar som en objektiv instans för kontakt med både patienter och personal. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter samt annan information förvaltningen får görs utredningar och framställningar till ansvariga nämnder inom landstinget och till andra berörda organ. I förebyggande syfte gör nämnden uttalanden när det gäller generella iakttagelser och tendenser som kräver vårdpersonalens uppmärksamhet. De brister som utreds av förvaltningen utgör underlag för kvalitetsförbättringar hos såväl berörda vårdenheter som vården i helhet. Då nämnden lägger särskilt stor vikt vid ärenden som rör patientsäkerhet identifieras brister inom detta område varvid vården ges möjlighet att vidta lämpliga åtgärder.

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

2.2 Styrning inom nämnd/styrelse

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

2.2.1 Lagar

Patientnämndens uppdrag utgår främst från lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), förvaltningslagen (1968:223), personuppgiftslagen (1998:204) samt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

2.2.2 Reglemente

Enligt det reglemente som landstingsfullmäktige fastställt åligger det verksamheten

1. att verka för att patienternas intressen tas tillvara och att deras integritet skyddas samt att verka för att dessa frågor förankras i den löpande verksamheten
2. att verka för att en god kontakt och kontinuitet upprätthålls mellan vårdpersonalen och patienterna, bland annat genom information och utbildning
3. att hjälpa och stödja patienter och anhöriga samt att ta emot och vid behov förmedla förslag, idéer och synpunkter rörande landstingets hälso- och sjukvård
4. att informera patienter och deras anhöriga om de möjligheter och rättigheter som patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen och rätts-hjälpen innefattar
5. att informera klagande om möjligheten att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen, riksdagens ombudsmän och andra prövningsinstanser och myndigheter samt vid behov förmedla kontakter med dessa
6. att informera personalen inom landsstingets 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 in-
nefatta risker för felaktig eller otillfredsställande vård eller behandling
uppmärksammas av ansvariga nämnder och förvaltningar samt att i
övrigt verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet inom lands-
tingets hälso- och sjukvård
10. att vidareutveckla analyserna av inkomna klagomål och intensifiera det
förebyggande arbetet
11. att årligen återföra nämndens ärenden till respektive sjukhus och be-
rörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklings-
arbete i vården
12. att senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och om-
sorg och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämnds-
verksamheten under föregående år
13. att göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållande
som omfattas av myndighetens tillsyn
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som
tvångsvårdas inom psykiatrin eller tvångsisoleras med stöd av smitt-
skyddslagen.

2.3 Mål och uppdrag

Verksamheten ska prioritera följande inriktningsmål fastställda av lands-
tingsfullmäktige 2004:

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

Ovan nämnda lagar, reglemente och inriktningsmål definierar fem verk-
samsområden: patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande
arbete, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja
kontakter.

Uppdraget kan sammanfattas och konkretiseras i två punkter:

- Med utgångspunkt i de klagomål, synpunkter och frågeställningar som
inkommer ska förvaltningen, på ett opartiskt sätt och oavsett huvud-
man, utreda enskilda patientärenden samt bidra till kvalitetsutveckling
genom att återföra de slutsatser som kan dras till vården. När så er-
fordras ska förvaltningen lämna information om och hänvisa till andra
instanser.
- De som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen
ska, om de så önskar, erbjudas hjälp och stöd genom en stödperson.
Dessa rekryteras, utbildas och förordnas av förvaltningen.

Med utgångspunkt från ovan nämnda lagar, reglemente, inriktningsmål och
uppdrag har nämnden fastställt vision samt värde- och förhållningsord.

Vision

Tillitsfulla möten i vården och hos patientnämnden

Värdeord

För att uppnå visionen har nämnden antagit värdeordet respekt. Nämnden anser att alla möten ska bygga på ömsesidig respekt. Alla ska bli respekterade för den de är oavsett t ex etniskt ursprung, hudfärg, kön, religion, sexualitet, ålder, funktionsnedsättning eller politisk uppfattning. Att visa respekt innebär även att vara lyhörd och visa aktning.

Förhållningsord

För att personalen i den dagliga verksamheten ska sträva mot nämndens vision och värdeord har förhållningsorden Professionell, Ansvarsfull och Neutral definierats.

Förhållningsordet professionell innebär att personalen ska arbeta professionellt och enligt befintliga lagar, förordningar, föreskrifter och riktlinjer. Ärenden ska handläggas med hög kompetens och de som vänder sig till förvaltningen ska få ett gott bemötande.

Förhållningsordet ansvarsfull innebär att personalen ska vara ansvarsfull och lojal, stå för fattade beslut och ta ansvar för helheten inom verksamhetens kompetensområde.

Förhållningsordet neutral innebär att personalen ska vara opartisk och inta en mellanställning. Personalen ska också vara lyhörd för samtliga involverades argument samt informera objektivt.

2.3.1 Mål

Ekonomi i balans

Nämndens ekonomi var den 31 augusti i balans. Senare under hösten förväntas underskott vilket orsakas av den stora ökningen av antalet stödpersonsförordnanden för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen (se punkt 3.2). Enbart arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna uppgick under årets sju första månader till 2,1 miljoner kronor, vilket är 24 procent mer än samma period föregående år. Därtill kommer att handläggarresurser måst överföras från hanteringen av klagomålsärenden för att säkerställa att handläggningen av ansökningar om och förordnanden av stödpersoner sker på ett skyndsamt sätt. Även kostnader för till exempel informationsinsatser och -material och rekrytering tillkommer.

Tillgänglighet och kvalitet

Målen rörande tillgänglighet och kvalitet avser inte patientnämnden. Nämnden har dock formulerat egna mål rörande bland annat detta, se nedan.

Interna mål

Nämnden har en övergripande kvalitetspolicy (fastställd 2012) samt en treårig plan avseende mål och aktiviteter. Den senare anger mål samt strategier och rutiner för att nå dessa och även uppföljningsmetoder. De rutindokument som anknyter till målen revideras årligen. Målen utgår från de fem identifierade verksamhetsområden som beskrivits ovan under 2.3. De mål som rör patientärenden avser såväl anmälarnas nöjdhet som vårdens nytta av förvaltningens handläggning av ärenden.

Nämndens mål och handlingsplan för kvalitet avseende 2014-2016 redovisas i bilaga 10.

2.3.2 Uppdrag

Inga nämndspecifika uppdrag har fastställts av landstingsfullmäktige eller angivits i ägardirektiven.

2.3.3 Omvärld

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

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

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

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

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

3. Verksamhet

3.1 Planerad verksamhet

Verksamheten planeras fortgå som tidigare, men med större volymer. Som tidigare nämnts förväntas antalet ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen att öka eller kvarligga på en jämförelsevis mycket hög nivå. Därtill kommer på sikt, med anledning av IVO:s promemoria till Socialdepartementet, en förväntad kraftig ökning av antalet klagomålsärenden.

Förvaltningens ärendehanteringsprogram har utvecklats för att effektivisera handläggningen av ärenden rörande såväl stödpersons- som klagomålsärenden. Bland annat kan förifyllda skrivelser tas fram i ärendena, den regelbundna återrapporteringen till vården per månad och år sker numera helt automatiskt. För att ytterligare effektivisera handläggningen av ärenden och ge utökat stöd till handläggarna måste ärendehanteringssystemet utvecklas vidare.

Den pågående utredningen "En mer ändamålsenlig hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården" kan komma att påverka förvaltningens verksamhet från och med 2016.

3.2 Verksamhetsförändringar

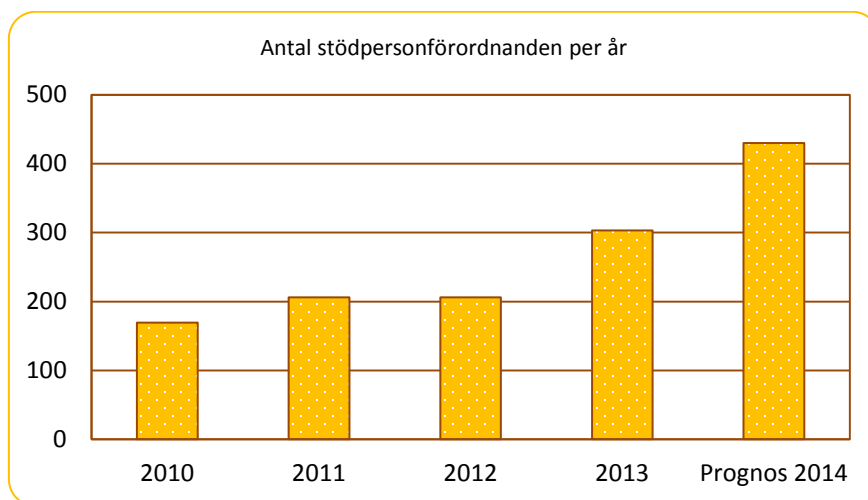
Inga förändringar rörande verksamhetens innehåll eller uppdrag har skett.

En stor förändring har skett vad gäller stödpersonsverksamheten, här har antalet ansökningar om att få en stödperson ökat dramatiskt. Under perioden januari till augusti 2014 förordnades 265 stödpersoner, vilket var 37 procent fler än samma period föregående år. Baserat på antalet förordnanden till och med den 31 augusti förväntas totalt cirka 420 förordnanden för helåret 2014, vilket vida överstiger samtliga tidigare år.

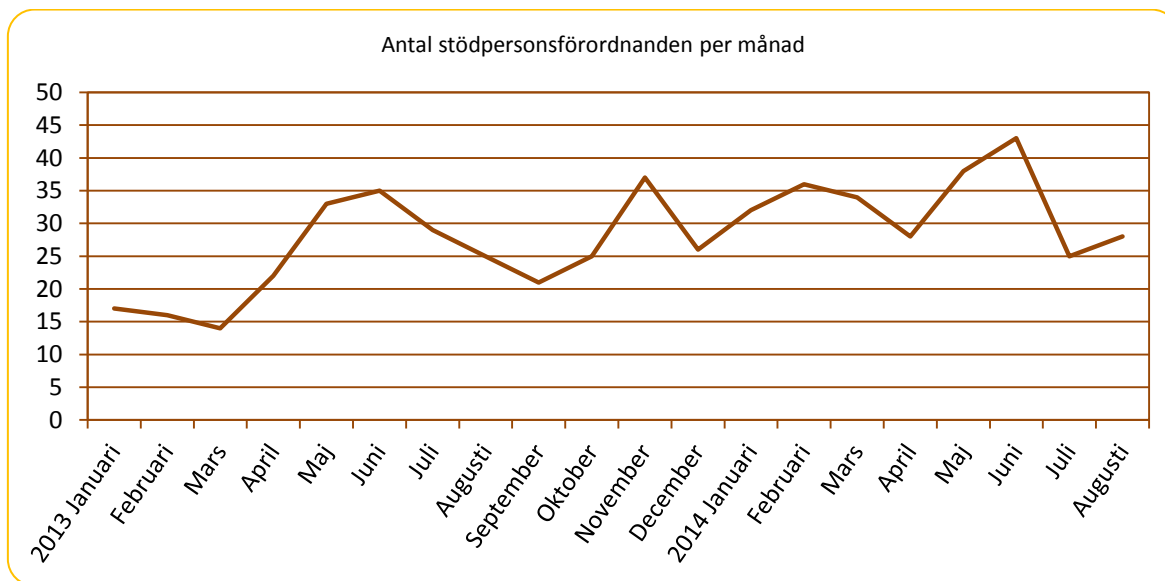
Den 31 augusti 2014 hade 175 patienter stödperson, vilket var 14 procent fler än samma datum föregående år.

För helåret beräknas merkostnaden, som är relaterad till det ökade antalet förordnanden, uppgå till 700 tkr, vilket innebär att nämndens ekonomi svårigen kommer att vara i balans vid årets slut.

Diagrammet nedan visar utvecklingen per år sedan 2010. Under 2013 ökade antalet förordnanden med 46 procent jämfört med 2012. Under perioden januari till och med augusti 2014 uppgick ökningen till 37 procent jämfört med samma tid föregående år.



Diagrammet nedan visar antalet förordnanden per månad sedan januari 2012. För vissa perioder ses ett minskat antal ansökningar. Förvaltningen har uppfattat att detta orsakats av att patienter tidigare inte fått information om rättigheten att få stödperson. Efter upprepade kontakter med samtliga chefer i verksamheter som bedriver tvångsvård och två principärenden i frågan har ansökningarna ökat dramatiskt och förefaller nu ligga stabilt på en betydligt högre nivå än tidigare. Förvaltningen har även gjort landstingsrevisionen uppmärksam på den bristande informationen till patienterna.



De ökade antalet förordnanden medför kostnader av flera slag:

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

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

För att täcka den ökade kostnaden för stödpersonsverksamheten behöver ytterligare medel om minst 800 tkr utöver det budgeterade landstingsbidraget tillföras från och med 2015.

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

som nämnts ovan, en utredning rörande klagomålshanteringen. Utredarens förslag väntas i slutet av 2015.

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

4. Miljö

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

Sedan slutet av 2013 ingår förvaltningen i ett gemensamt miljöledningssystem (GemMLS) tillsammans med LSF, Stockholm Care, Kulturförvaltningen och AB SLL Intern Finans. En gemensam utvidgad intern- och externrevision har hållits under vårvintern 2014. Förvaltningen tar miljöhänsyn i varje handling och beslut för att minimera eventuell miljöbelastning och verkar på så sätt för en ekologisk hållbar utveckling.

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

Transporter

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

Energi

Förvaltningen har införskaffat avstängningsbara kopplingsdosor för att säkerställa att alla elektroniska apparater är avstängda och att eventuella adaptrar inte drar ström när datorer och dyligt är i viloläge. I dagsläget går det inte få fram uppgifter för den egna förbrukningen då förvaltningen inte har separat elmätare. Kostnad för el och uppvärmning ingår i månadshyran. Förvaltningen har en annan hyresvärd än Locum. Under hösten kommer rörelsestyrd belysning att installeras i toalettutrymmen. Detta rymms inom befintlig budget.

Läkemedel

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

Samhället har ett ökat intresse för att minska antibiotikaförbrukning som påverkar djur och miljö samt skapar resistens. I Miljöutmaning 2016 görs koppling mellan antibiotikaförbrukning och vårdskador. Sedan hösten 2013 registrerar förvaltningen ärenden där patienter har råkat ut för vårdrelaterade infektioner som leder till ökad användning av antibiotika. Förvaltningen kommer att bevaka detta fortlöpande.

Kemikalier/farligt avfall

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

Produkter

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

I dagsläget är det inte realistiskt att målsätta pappersförbrukningen. Såväl förvaltningens stödpersonsverksamhet som handlingar till nämndens sammanträden kräver mycket administration med stor pappersåtgång. Det är ännu inte aktuellt att införa läsplattor för nämndens politiker. Förvaltningen kommer att fortsätta att bevaka pappersförbrukningen och göra vad som är möjligt för att begränsa den.

Patientnämndens förvaltning kommer att ta upp diskussioner om sortering och återvinning av matavfall med hyresvärden. På detta sätt arbetar patientnämnden med resurssnålhet.

Miljöledning

Patientnämnden har 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. En gemensam utvidgad certifieringsrevision genomfördes i slutet av februari med syfte att erhålla ett gemensamt certifikat för alla enheter som ingår i GemMLS.

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 cheferna samt återkommande interna och externa revisioner. Förvaltningens miljösamordnare är utbildad internrevisor för integrerade ledningssystem. Ledningssystemet kommer dessutom att behöva trimmas ytterligare då Miljöstandarden ISO 14001 utkommer med en ny reviderad upplaga under 2015 vilket kräver viss justering av ledningssystemet och ytterligare utbildning av såväl miljösamordnare som övrig personal. Detta bedöms rymmas inom befintlig budget.

Kommunikation

En handlingsplan för kommunikation finns. Alla tjänstemäns e-postsignaturer har kompletterats med en uppmaning att tänka på miljön

innan man skriver ut ett meddelande. Miljö kommuniceras vid APT samt genom e-post och förvaltningens intranät. Alla nämndens beslut konsekvensbedöms utifrån miljö, patientsäkerhet och jämställd vård.

Personalen kommer att få möjlighet till lärarledd grundutbildning i miljöfrågor och ska dessutom genomgå en elektronisk grundutbildning i miljö under 2014. Målet är att minst 80 procent av de tillsvidareanställda ska ha genomfört den senare vid slutet av 2014. Utbildningsbehovet följs upp kontinuerligt. Om patientnämndens förvaltning ombeds att ingå i vissa projekt eller utredningar, ryms detta inom befintlig budget.

Ett kommande projekt fram till 2016 kommer att bli utredning och utvärdering av miljökonsekvensbedömning vilket fastslås i den gemensamma mål och handlingsplanen.

5. Socialt ansvarstagande

5.1 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 kontakter förvaltningen utifrån egna behov och önskemål. Förvaltningen har informationsbroschyrer på totalt 15 språk. Vid kontakter med anmälare som inte kan kommunicera på svenska används tolk och skrivelser mellan förvaltningen och anmälaren översätts.

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

5.1.1 Jämlikhet och jämställdhet

Förvaltningens databas innehåller för närvarande cirka 60 000 ärenden. Vid registrering anges bland annat anmälares/patientens kön samt ålder i tioårsintervaller. I vart tredje ärende 2013 var patientens ålder dock okänd. Under det första halvåret 2014 minskade andelen något, till 30 procent. I dessa fall har ärendet inte utretts gentemot vården, då personnummer vanligen behövs för att anmälaren ska få svar på sina frågor, utan helt handlagts vid kontakter med förvaltningen. För att göra statistiken fullständig har samtliga handläggare uppmanats att efterfråga anmälares ålder även i dessa fall.

I ett fåtal ärenden är patientens kön inte känt. Detta var fallet i mindre än en procent av ärendena under 2013. Vanligen har kontakten i dessa ärenden skett helt med e-post. Ibland har anmälares namn inte framgått, ibland har det inte varit möjligt att avgöra könet även om namnet angetts.

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

5.1.2 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.

5.1.3 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 som rymmer en rullstol. Sådan finns dock på flera andra våningsplan i fastigheten.

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

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

6. Säkra processer

6.1 Säkra processer ska bedrivas på ett systematiskt sätt

Informationssäkerhet

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

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

Säkerhet

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

7. Nämnd/styrelse som arbetsgivare

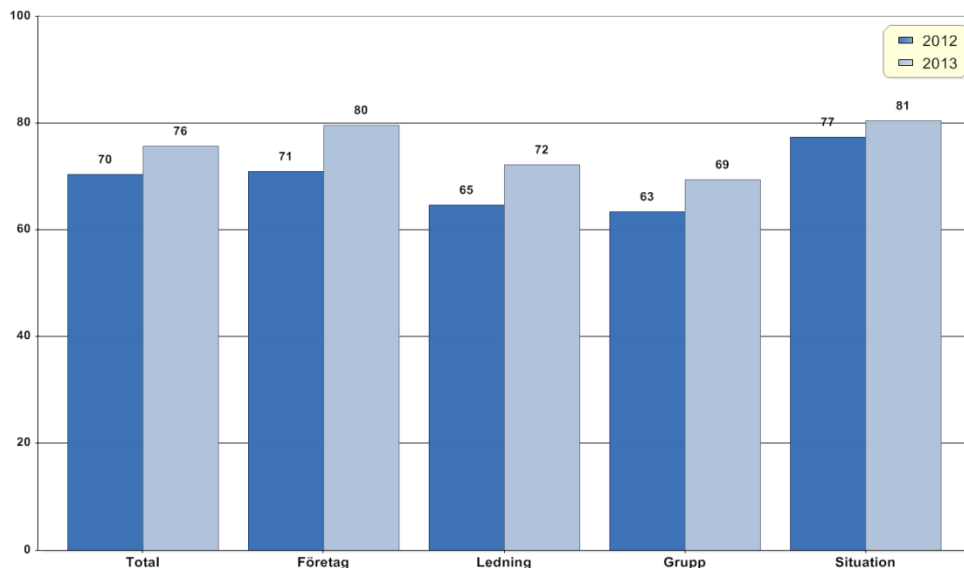
Nedan redovisas de åtgärder som berör patientnämnden.

7.1 Målområden

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

Som framgår av nedanstående sammanställning av medarbetarenkäten 2013 har förbättringar skett inom samtliga områden. Resultatet ligger i samtliga områden med undantag av "Grupp", över 70, vilket indikerar att

medarbetarna i stor utsträckning är nöjda. Förvaltningen har planer för fortsatt arbete för att förbättra index för "Grupp".



7.1.1 Stolta medarbetare

Index för "Stolta medarbetare" uppgick till 83, "Rekommenderar förvaltningen" uppgick till 76 och "Attraktiv arbetsgivare" till 79.

7.2 Kompetensförsörjning/-planering och utbildning

Förvaltningen har såväl en övergripande kompetensutvecklingsplan som individuella planer för samtliga medarbetare. Arbetet med dessa sker enligt KOLL-modellens årscykel. Då förvaltningen är liten, med totalt 20 anställda, bedöms detta vara tillfyllest.

Personalomsättningen är relativt liten och orsakas huvudsakligen av pensionsavgångar. Sedan våren 2012 har fyra handläggare och en administratör anställts. Förvaltningen har inte, vid dessa eller tidigare tillfällen, upplevt några svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.

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

7.3 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 i såväl 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. Sammantaget har hittills åtta handläggare och förvaltningschefen genomgått utbildningen.

Förvaltningens lokaler är tillgängliga och arbetsmiljön bedöms lämplig för personer med funktionsnedsättning. Dock saknas toalett som rymmer en rullstol. Sådan finns dock på flera andra våningsplan i fastigheten. Möjlighet till ombyggnad av förvaltningens toaletter finns. Samtlig personal har genomfört den webbaserade utbildningen inom mångfaldsområdet. Förvaltningschefen har tidigare genomgått utbildning i lönesättning. Förvaltningen har tydliga rutiner för rekrytering. Vid lika meriter ges företräde för manliga sökande och personer med annan etnisk bakgrund än svensk. Den kommande jämställdhets- och mångfaldsplanen för 2015 kommer att utvidgas så att företräde även ska ges till personer med funktionshinder.

7.4 Chef och ledarskap

Förvaltningen har en platt organisation med en förvaltningschef som till sin hjälp har en biträdande chef som träder in vid ordinarie chefs frånvaro. I nuläget bedöms inget arbete behöva läggas ned på chefsrekrytering.

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

7.5 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. Samtliga erbjuds årlig influensavaccination. En timme av veckoarbetstiden kan användas för friskvård. Därutöver utgår viss ersättning för till exempel träningskort.

Förvaltningen deltar årligen i landstingets medarbetarundersökning. Tidigare har framkommit indikationer på att personalgruppen inte fungerade optimalt. Efter arbete med den interna arbetsmiljön visade undersökningen i november 2013 på förbättringar. Dock kvarstår en del problem i den psykosociala arbetsmiljön. Förvaltningen kommer därför att särskilt arbeta vidare med denna fråga under hösten 2014.

8. Ekonomi

8.1 Ekonomiskt utgångsläge

På grund av ökningen av antalet ansökningar om stödperson till patienter som tvångsvårdas i psykiatri eller isoleras enligt smittskyddslagen är den ekonomiska situationen ansträngd. Då verksamheten styrs av rättighetslagar är förvaltningen skyldig att skyndsamt tillhandahålla stödpersoner. Förvaltningen har tydliga mål och krav på led- och handläggningstider.

Som en följd av ökningen under 2013 och 2014 har resurser måst omförde-las från handläggning av klagomålsärenden till stödpersonsärenden.

För att i någon utsträckning kompensera för detta och effektivisera hand-läggningen behöver ytterligare utveckling av förvaltningens ärendehan-teringsystem genomföras, vilket också är angeläget för att kvalitetssäkra och utveckla hanteringen av såväl stödpersons- som klagomålsärenden.

Insatser behöver också göras för att rekrytera nya stödpersoner, vilket ge-nererar kostnader för till exempel annonsering, informationsinsatser och -material samt utbildning av nya stödpersoner.

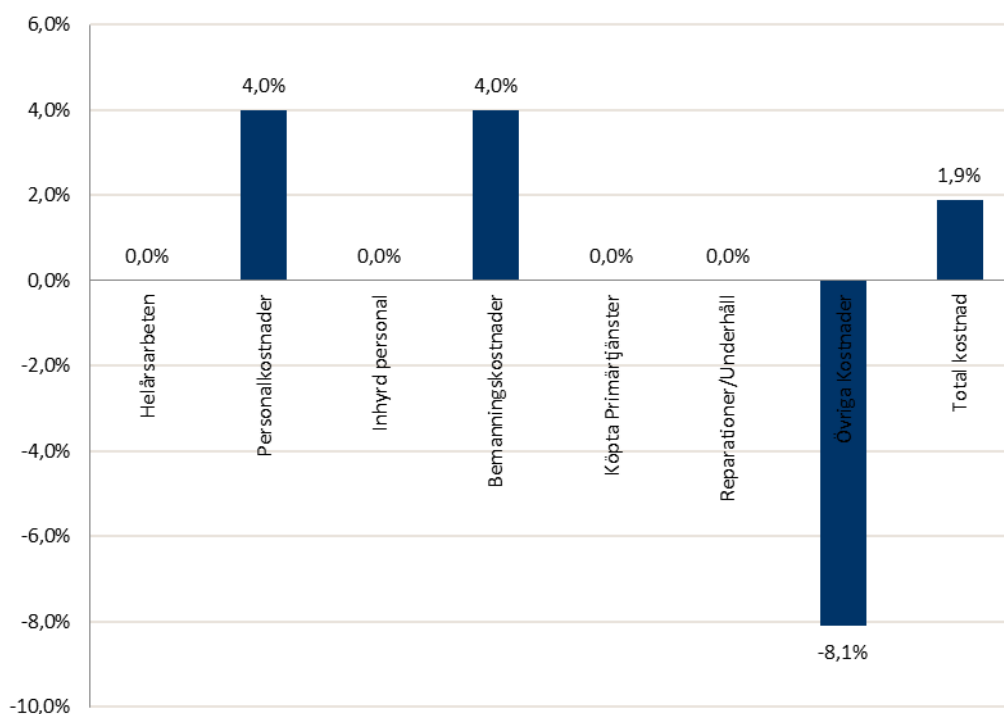
På något/några års sikt beräknas antalet inkommande ärenden öka drama-tiskt på grund av en kommande ändring i patientsäkerhetslagen som med-för att Inspektionen för vård och omsorg årligen kommer att kunna lämna över ett stort antal ärenden till patientnämnderna.

8.2 Nyckelfaktorer som påverkar ekonomin

Ekonomin påverkas av antalet inkommande patientärenden och ansök-ningar om stödperson. Då arbetsbelastningen för närvarande är mycket stor finns på sikt behov av ytterligare handläggaresurser.

8.3 Antaganden i budgetunderlaget

Förändring mellan BU14 och BT15



Budgeten för personalkostnader föreslås höjas med 4 procent från 2014 till 2015. En av anledningarna är de stora ökningarna inom stödpersonsverksamheten. De totala övriga kostnaderna inklusive hyreskostnader och köpta primärtjänster föreslås minska med drygt 8 procent för att delvis finansiera ökningen av personalkostnader. Av dessa antas hyror och primärtjänster vara oförändrade.

Ett stigande underskott förväntas under resterande månader 2014, och även fortsättningsvis om medel för att täcka verksamhetens ökande kostnader inte tillförs.

8.4 Resultatbudget

Resultaträkning Mkr	BT1512 (Controller)	BU1412 (Controller)	AC1312 (Controller)	Förändring BU15/BU14	Förändring BU15/AC13
Försäljning övriga tjänster***	1,5	1,5	1,5		
Erhållna bidrag	20,1	19,8	19,2	1,5%	4,7%
Övriga intäkter					
S:a Verksamhetens intäkter	21,6	21,3	20,7	1,4%	4,3%
- Varav internt SLL					
Personalkostnader	-18,2	-17,5	-16,8	4,0%	8,3%
Köpta primärtjänster****	-0,1	-0,1	0,0		
Hyreskostnader	-1,7	-1,7	-1,8		-5,6%
Inhyrd personal					
Övriga kostnader	-1,6	-1,9	-1,9	-15,8%	-15,8%
S:a Verksamhetens kostnader	-21,6	-21,2	-20,5	1,9%	5,4%
- Varav internt SLL					
Avskrivningar		-0,1	-0,1	-100,0%	-100,0%
Finansnetto					
Årets Resultat	0,0	0,0	0,1		-100,0%

8.4.1 Intäkter

Landstingsbidraget ökar med 1,5 procent från 19,8 mkr till 20,1 mkr 2015.

8.4.2 Kostnader

Den ojämförligt största kostnadsposten utgörs av personalkostnader 18,2 mkr dvs 84 procent av omsättningen. Övrig större post är hyreskostnader med 1,7 mkr. Resterande övriga kostnader 1,7 mkr.

Personal

Personalkostnaderna föreslås öka med 4 procent. Därav är löneökning 2 procent och volymförändring 2 procent. Volymförändringen avser i sin helhet stödpersoners verksamheten vilken då förväntas öka med över 20 procent.

Antal helårsarbeten antas oförändrat.

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

Övriga kostnadslag, avskrivningar och finansnetto

Avskrivningarna antas minska från 110 tkr till ca 40 tkr, Finansnetto beräknas till omkring 0.

8.4.3 Produktivitet och effektivitet

Avser inte patientnämnden.

8.5 Balansbudget

Balansräkning Mkr	BT1512 (Lokalt ek.syst.)	BU1412 (Lokalt ek.syst.)	AC1312 (Controller)	Förändring BU15/BU14	Förändring BU15/AC13
TILLGÅNGAR					
Anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,2		-100,0%
Omsättningstillgångar	2,5	2,5	2,4		4,2%
- varav kassa bank	1,7	1,7	1,7		
SUMMA TILLGÅNGAR	2,5	2,5	2,6		-3,8%
EGET KAPITAL					
Eget kapital	0,5	0,5	0,6		-16,7%
- varav årets resultat			0,1		-100,0%
Avsättningar (samt ev. Minoritetsintresse)					
SKULDER	2,0	2,0	2,0		
Långfristiga skulder					
Kortfristiga skulder					
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	2,5	2,5	2,6		-3,8%

Endast mindre förändringar väntas i balansbudgeten jämfört med utfall 2013. Anläggningstillgångarna minskar. Det egna kapitalet minskar med 0,1 mkr.

8.6 Investeringar

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

Inga nämnvärda investeringar beräknas.

9. Möjligheter och risker

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

Den dramatiska ökningen av antalet ansökningar om stödperson för patienter som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen medför ökade kostnader som kommer att leda till att budgeten inte är i balans. För att täcka behovet behöver nya stödpersoner rekryteras, utbildas och förordnas, vilket genererar ytterligare kostnader.

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

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

Riskfaktorer	Förklarande kommentar, skattade belopp	BT	Plan	Plan
		2015	2016	2017
		Mkr	Mkr	Mkr

Vad består risken i?

10. Övrigt

Detta budgetunderlag för 2015 och planår 2016-2017 har nämndbehandlats 2014-09-22.

2014-09-23

Staffan Blom
Förvaltningschef

Bilagor:

2. Investeringar Vård och annan verksamhet
6. Miljöbedömning Maskiner, inventarier samt IT
10. Mål och handlingsplan för kvalitet 2014-2016
11. Intern kontrollplan 2014

Bilaga 6 Miljöbedömning Maskiner, Inventarier samt IT (yttre miljöpåverkan)

Blankett i LSF:s miljöledningssystem

Resultatenhet/verksamhet: Patientnämnden

Kontaktperson och tfn: Lillemor Humlekil, tel 690 67 02

Typ av investering: _____

Ansvarig chef: Staffan Blom

1. Är investeringen en miljöinvestering, dvs en investering som enbart syftar till att minska negativ miljöpåverkan? Om ja, behöver frågorna nedan inte besvaras.	Nej <input type="checkbox"/> (0 p) Ja <input type="checkbox"/> (7 p)
2. a) Har andra alternativ till investeringen beaktats? b) Om nej/ej relevant, kort förklaring till varför? _____ c) Om ja, hur bedöms investeringen ur miljösynpunkt? d) Om ej bästa alternativ, kort förklaring till varför? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej relevant <input type="checkbox"/> Bästa alternativ <input type="checkbox"/> (1 p) Alternativen likvärdiga <input type="checkbox"/> (0 p) Ej bästa alternativ <input type="checkbox"/> (-1 p)
3. Innebär investeringen lokalanpassningar?	Nej <input type="checkbox"/> Ja, ombyggnad <input type="checkbox"/> Ja, nybyggnad <input type="checkbox"/>
4. Hur påverkar investeringen energianvändningen? Kommentar:	Minskar <input type="checkbox"/> (1 p) Oförändrad <input type="checkbox"/> (0 p) Ökar <input type="checkbox"/> (-1 p)
5. Hur påverkar investeringen resursanvändningen exkl. energianvändning (t ex vatten, engångsmaterial, kemikalier vid drift m m)? Kommentar:	Minskar <input type="checkbox"/> (1 p) Oförändrad <input type="checkbox"/> (0 p) Ökar <input type="checkbox"/> (-1 p)
6. Hur påverkar investeringen utsläppen till luft, mark och/eller vatten? Kommentar:	Minskar <input type="checkbox"/> (1 p) Oförändrade <input type="checkbox"/> (0 p) Ökar <input type="checkbox"/> (-1 p)

7. a) Kommer miljö- och hälsofarliga ämnen att undvikas i apparatur och tillhörande förbrukningsmaterial utifrån SLL:s utfasningslistor enligt mål 4 och mål 5 i Miljö Steg 5? b) Om nej, vilka ämnen kan <u>inte</u> undvikas?	Ja <input type="checkbox"/> (1p) Nej <input type="checkbox"/> (-1p)
8. Kommer krav att ställas på hur utrustningen kan återanvändas/återvinnas när den är uttjänt?	Ja <input type="checkbox"/> (1p) Nej <input type="checkbox"/> (-1p)
9. Innebär investeringen att transporter/biltrafik totalt sett kommer att minska eller öka?	Minskar <input type="checkbox"/> (2 p) Oförändrad <input type="checkbox"/> (0 p) Ökar <input type="checkbox"/> (-2 p)
Resultat av miljöbedömningen:	_____ poäng

Användarinstruktioner

Syftet med denna frågelista är att integrera miljöhänsyn i ett tidigt skede i investeringsprocessen. Frågelistan ska användas i samband med objektsbeskrivningar för specificerade objekt inom maskin och inventarier. Vid frågor kontakta SLL Miljö, tfn 08-737 38 02.

Det är av stor vikt att alla relevanta frågor och kontaktuppgifter besvaras samt att ansvarig chef signerar!

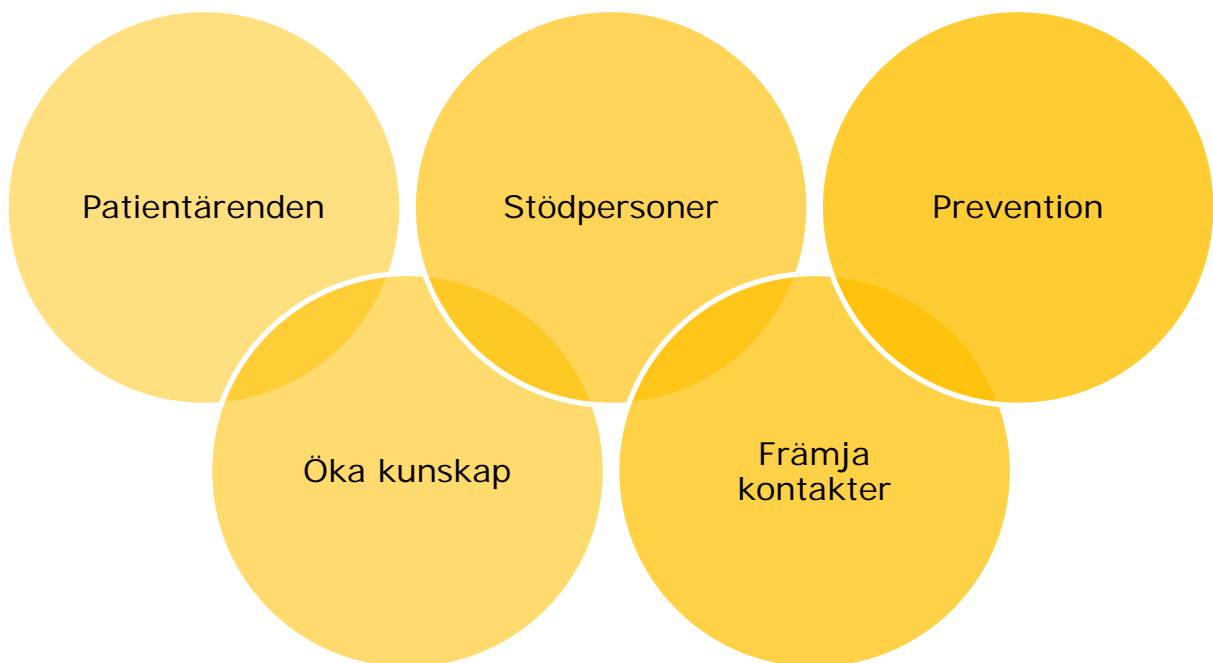
Poäng 0-8: investeringen är positiv ur miljösynpunkt.

Poäng (-3)-(-1): investeringen är tveksam ur miljösynpunkt.

Poäng (-8)-(-4): investeringen är negativ ur miljösynpunkt. Miljöhänsyn bör noga vägas mot andra aspekter såsom pris, funktion m m.

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 Avvikelseberättelser	9
3.4.2 Integrering av kvalitets- och miljöledning	9
4 Uppföljning 2013	10
5 Aktivitetsplan 2014	10

1 BAKGRUND

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

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

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

2 EFFEKTMÅL

Patientnämnden ska bidra till att stärka patientens ställning och att förbättra vården. Nämndens kvalitetsmål utgår därför från de fem verksamhetsområden som definierats i den kvalitetspolicy som gäller från och med 2012; patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande verksamheter, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter.

2.1 Patientärenden

De mål som rör förvaltningens patientärenden avser såväl anmälarnas nöjdhet som vårdens nytta av förvaltningens handläggning av ärenden. För de mål som endast berör förvaltningens verksamhet har angetts att 90 procent av anmälarna ska vara nöjda. I de fall förvaltningen inte självständigt kan påverka att målet uppnås har angetts att 80 procent ska vara nöjda.

Målen följs upp bland annat genom enkätundersökningar minst vart tredje år. De senaste genomfördes under 2013. Förvaltningen tillfrågade då anmälare i 300 nyligen avslutade skriftliga ärenden om deras nöjdhet med bemötande, handläggning med mera. Den senaste undersökningen rörande vårdgivarnas nöjdhet genomfördes under 2011. Förnyad undersökning kommer att genomföras under våren 2014.

2.2 Mål avseende patienter/anmälare

2.2.1 Information om patientnämnden och dess förvaltning

Mål: Minst 80 procent av dem som söker kontakt med patientnämndens förvaltning ska anse att informationen om verksamheten var lätt att finna och lätt att förstå.

Strategi: Information ska finnas tillgänglig på hemsidan och i broschyrer hos vårdgivare samt på högkostnadskortet.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Redovisning: I särskild rapport.

Ansvarig: Controller.

2.2.2 Tillgänglighet

Det ska vara lätt att få kontakt med patientnämndens förvaltning. De som skickar brev eller e-post får inom ett par dagar skriftlig bekräftelse på att förvaltningen mottagit deras skrivelse. Därefter ska de snarast, senast inom tolv arbetsdagar, få kontakt med en handläggare. De som ringer till förvaltningen under kontorstid ska i normalfallet få kontakt vid sitt första försök. Om personalen inte kan ta emot samtal ska den som ringer få besked av telefonväxeln eller telefonsvarare när personalen kan nås.

Mål: Minst 90 procent av dem som kontaktar förvaltningen ska vara nöjda med tillgängligheten.

Strategi: Rutiner för tillgänglighet.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år. Telefontillgängligheten i skriftliga ärenden följs därutöver upp genom förvaltningens egen dokumentation i ett urval av ärenden.

Redovisning: I särskild rapport.

Ansvarig: Controller.

2.2.3 Information

Information och råd ska ges sakligt och korrekt. Det ska framgå vad förvaltningen kan hjälpa till med och vad andra klagomålsinstanser kan göra.

Mål: Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med den inledande informationen.

Strategi: Rutiner för den information som ges vid den första kontakten med en anmälare.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Redovisning: I särskild rapport.

Ansvarig: Controller.

2.2.4 Bemötande

Enskilda ska med förtroende kunna vända sig till förvaltningen och bemötas med vänlighet och respekt samt känna att deras frågor och problem tas på allvar.

Mål: Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med personalens bemötande.

Strategi:Handledning, utbildning och falldiskussioner.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Redovisning: I särskild rapport.

Ansvarig: Controller.

2.2.5 Handläggning av ärenden

Ärenden ska handläggas snabbt och på ett opartiskt sätt. Den enskildes önskemål utgör, inom ramen för verksamhetens uppdrag, bas för de insatser som genomförs.

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

2.3 Mål avseende vården

2.3.1 Information i missivskrivelse vid begäran om yttrande

Av missivskrivelsen ska tydligt framgå vad anmälaren vill ha svar på eller kommentarer till. Informationen ska vara tillräcklig för att mottagaren ska kunna besvara och bemöta patientens synpunkter.

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

2.3.2 Handläggarnas opartiskhet

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

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

2.3.3 Patientnämndens betydelse för vården

Klagomål, synpunkter och annan information som kommer till förvaltningens kännedom kan, när de förmedlas till vården, bidra till patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

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

Ansvarig: Controller.

2.3.4 Patientnämndens betydelse för patienterna

Mål: Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att nämndens verksamhet är viktig för patienterna.

Strategi: Förmedla information till anmälare, ta emot klagomål och synpunkter samt förmedla dessa till vården.

Uppföljning: Enkät till anmälare minst vart tredje år.

Redovisning: I särskild rapport.

Ansvarig: Controller.

2.4 Mål avseende stödpersonsverksamheten

Under 2013 avslutades ett omfattande arbete med att kvalitetssäkra hela stödpersonsverksamheten. I detta arbete ingick att se över befintliga mål samt att ta fram nya/ytterligare indikatorer och mål.

2.4.1 Förordnande av stödpersoner

Mål: Samtliga som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, och som ansöker om stödperson, ska i normalfallet få en passande sådan förordnad senast inom tre arbetsdagar efter att ansökan inkommit till förvaltningen. För personer som isoleras enligt smittskyddslagen ska detta ske inom sju arbetsdagar. För tvångsvårdade enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ska det i normalfallet ske senast inom sju arbetsdagar efter att domen vunnit laga kraft.

Strategi: Rutiner för handläggning av ansökningar om stödperson.

Uppföljning: Genom förvaltningens egen dokumentation.

Redovisning: I verksamhetsberättelse för stödpersonsverksamheten.

Ansvarig: Stödpersonssamordnaren

2.4.2 Utbildning och stöd till stödpersoner

De som förordnas som stödpersoner ska ha genomgått en grundutbildning bestående av tre gånger tre timmar. Denna innefattar psykiatriska diagnoser som är vanliga vid tvångsvård, information från en erfaren stödperson, juridik avseende tvångslagar samt sekretess- och smittskyddslagen och praktiska tips gällande stödpersonernas uppdrag. Här ingår rättigheter och skyldigheter gällande kontakt med och redovisning till förvaltningen samt förhållningssätt gentemot vårdgivare och patienter.

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

Mål: Minst 90 procent av stödpersonerna ska vara nöjda med den information och utbildning samt det stöd förvaltningen ger.

Strategi: Utbildning för nyrekryterade stödpersoner samt två fortbildningstillfällen årligen.

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

orsaker till avbrutna uppdrag.

Redovisning: I verksamhetsberättelse för stödpersonsverksamheten.

Ansvarig: Stödpersonssamordnaren

2.5 Övriga mål

Utöver ovan beskrivna kvalitetsmål finns ett stort antal mål med annan inriktning. Dessa specificeras i separata dokument som verksamhetsplan, intern kontrollplan, jämställdhets- och mångfaldsplan, miljöledningssystem med flera.

3 AKTIVITETER

3.1 Patientärenden

3.1.1 Uppföljning av registrering av patientärenden

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

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

3.1.2 Registrering av läkemedelsärenden

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

Vid den månatliga uppföljningen av registreringen i Vårdsynpunkter sker viss kontroll av ärenden avseende läkemedelsbehandling. För att registreringen ska bli enhetlig och korrekt behövs såväl en tydlig definition som rutiner för uppföljning av registreringen, vilket kommer att utarbetas.

Ansvarig: Handläggare med särskilt ansvar för läkemedelsärenden.

3.1.3 Återföring av data till vården och övriga intressenter

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

Ansvarig: Controller.

3.1.4 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder

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

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

3.1.5 Årlig analys av fördjupningsområden

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

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

3.1.6 Uppföljning av handläggningstider

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

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

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

3.1.7 Telefonkontakt i skriftliga ärenden

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

Ansvarig: Förvaltningschefen beslutar om uppföljning ska genomföras.

3.1.8 Återföring av data till Inspektionen för vård och omsorg

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

Ansvarig: Controller.

3.2 Stödpersonsverksamheten

3.2.1 Registrering av stödpersonsärenden

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

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

3.3 Förebyggande arbete

3.3.1 Öka kunskapen om patientnämnden hos vårdpersonal

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

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

3.3.2 Öka kunskapen om patientnämnden hos patienter och allmänhet

Informationsmaterial skickas till enskilda och patient-/intresseorganisationer. Hemsidan ska vara uppdaterad. Personal deltar i föreläsningar och mässor, till exempel 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 avvikelsen 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

Aktivitetsplan 2014

- Vårdgivarenkät (uppföljning av mål 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 och 2.3.4, controller)
- Uppföljning av handläggningstid vid förordnande av stödperson (mål 2.4.1, stödpersonssamordnaren)
- Uppföljning av utbildning och stöd till stödpersoner (mål 2.4.2, stödpersonssamordnaren)
- Uppföljning av registrering av patientärenden (aktivitet 3.1.1, controller och respektive handläggare).
- Definition av läkemedelsärenden (aktivitet 3.1.2, ansvarig för läkemedelsärenden)
- Expediering av statistik, uppdatering av sändlista för automatiska rapporter (aktivitet 3.1.3, controller)
- Registrering och återföring av förbättringsåtgärder i patientärenden (aktivitet 3.1.4, samtliga handläggare, nämndsekreterare, controller)
- Val av fördjupningsområden (aktivitet 3.1.5, förvaltningschefen och respektive handläggare)
- Uppföljning av handläggningstider (aktivitet 3.1.6, controller och respektive handläggare)
- Återföring av årsdata till IVO och Socialstyrelsen (aktivitet 3.1.8, controller)
- Uppföljning av registrering av stödpersonsärenden (aktivitet 3.2.1, controller och respektive handläggare)
- Utskick av informationsmaterial till vården, informationsmöten med vården, deltagande i föreläsningar och vid mässor (aktivitet 3.3.1, registrator, kommunikatör och respektive handläggare)
- Utskick av informationsmaterial till enskilda och intresseorganisationer, uppdatering av hemsidan, deltagande i föreläsningar och vid mässor (aktivitet 3.3.2, registrator, kommunikatör och respektive handläggare)
- Avvikelseberapportering (aktivitet 3.4.1, samtlig personal, kvalitetsansvariga och förvaltningschefen)
- Integrering av kvalitets- och miljöledning (aktivitet 3.4.2, miljösamordnare)
- Två kvalitetseftermiddagar (kvalitetsansvariga)
- Utbildningsinsats gällande telefontjänstgöringen (kvalitetsansvariga)
- En kvalitativ utbildningsinsats gällande telefontjänstgöringen kommer att ske under hösten (kvalitetsansvariga)

Ansvariga: Ingela Jersenius
Mats Haapanen

Aktiviteter: Kvalitetsplan 2014

Planerade aktiviteter utgör underlag för förvaltningens kvalitetsarbete under perioden april 2014 till och med mars 2015. Uppföljningen av kvalitetsarbetet kommer att redovisas i kvalitetsbokslutet maj 2015.

AVVIKELSERAPPORTERING

Rapportering av avvikelser är en skyldighet för samtliga anställda vid förvaltningen och utgör viktigt underlag för kvalitetsförbättringar.

I uppdraget ingår att

- sammanställa och redovisa avvikelser för förvaltningschefen på kvalitetsmöten
- redovisa avvikelser och förbättringsförslag på arbetsplatsträffar.

REGISTRERING AV LÄKEMEDELSÄRENDEN

I Vårdsynpunkter noteras läkemedelsärenden med bevakningsområdet Läkemedel. Vid den månatliga uppföljningen sker kontroll av registreringen. För att registreringen ska bli enhetlig och korrekt behövs en definition av vad som är ett läkemedelsärende för att underlätta handläggningen.

I uppdraget ingår att

- skapa en definition av läkemedelsärenden
- månatligen kontrollera registreringen i Vårdsynpunkter

GRANSKNING AV STÖDPERSONSVERKSAMHETEN

I uppdraget ingår att

- utifrån avslutade förordnanden under 2013 granska registreringen avseende riskbedömning, avslut av förordnande, diarieföring, dokumentation och antalet enkätsvar. Resultatredovisning sker under 2014.

KVALITETSAKTIVITETER

Under årets avser kvalitetsansvariga att fokusera på förvaltningens telefon- och e-postärenden. Vi skall i denna aktivitet arbeta med vända på stenar metoden.

Planen för förvaltningens första kvalitetsdag är att reflektera över hur stor del av förvaltningens telefonärenden som inte blev ärenden med skrivelser. Andra faktorer som vi också skall reflektera över i dessa ärenden är genus, ålder, problemområde samt vårdtyp. Uppföljning och redovisning av resultatet skall ske på ett informationsmöte på förvaltningen.

En motivationshöjande kvalitativ utbildningsinsats gällande telefontjänstgöringen kommer att ske under hösten.

Den andra kvalitetsdagen skall förvaltningen fokusera på e-postärenden med samma upplägg och arbetsmetod som tidigare omnämnts.

Förvaltningschefen och kvalitetsansvariga skall säkerställa och följa upp bemaningen av förvaltningens telefonschema.

Intern kontroll 2014

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande interna kontrollplan. Syftet med denna är att säkerställa att förvaltningens verksamhet bedrivs enligt fastställda mål och riktlinjer och att resurserna används effektivt och ändamålsenligt. I dokumentet beskrivs, analyseras och värderas identifierade risker och en plan för den interna kontrollen 2014 presenteras. Därutöver redovisas förvaltningens arbete enligt föregående års interna kontrollplan.

Riskerna har värderats med avseende på:

1. de konsekvenser bristande kontroll kan medföra. Här används graderingen allvarlig, kännbar, lindrig och försumbar.
2. graden av sannolikhet att den ska inträffa. Här används graderingen sannolik, möjlig, mindre sannolik och osannolik.

Riskerna har värderats och poängberäknats enligt nedanstående modell:

Konsekvens ↓				
Allvarlig	1	2	3	4
Kännbar	1	2	3	3
Lindrig	0	1	2	2
Försumbar	0	0	1	1
Sannolikhet →	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik

Riskvärderingen ligger till grund för prioritering. Hur riskerna värderats redovisas nedan.

2 RISK- OCH VÄSENTLIGHETSANALYS

Två olika typer av risker kan identifieras, de är antingen av ekonomisk art eller relaterade till kvaliteten i förvaltningens arbete. Då verksamheten är reglerad i lag förutsätts att anslag för verksamhetens drift ges. Nämndens verksamhet har liten omslutning, vilket i sig innebär mindre risk för ekonomiska felaktigheter eller oegentligheter samt mindre allvarliga konsekvenser i den händelse något ändå skulle inträffa.

De kvalitetsrisker som kan ses bedöms huvudsakligen vara sekundära till de ekonomiska risker som kan uppstå till följd av öknings i verksamheten eller uppdraget som inte kompenseras ekonomiskt. Förvaltningen har under de senaste åren erfarit öknings inom samtliga verksamhetsområden, d v s såväl antalet patientärenden som antalet ansökningar om stödperson.

Den nya patientsäkerhetslag (2010:659) och de ändringar i lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m m som trädde i kraft 2011-01-01 har medfört ett flertal nya uppdrag för förvaltningen i form av utökade och riktade informationsinsatser mot såväl allmänhet som hälso- och sjukvårdens personal.

Förvaltningens möjligheter att vidta åtgärder för att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna är i princip obefintliga.

De risker som redovisas nedan omvärderades i samband med revidering 2011, varvid ett fåtal förändringar genomfördes. Ytterligare ändringar har inte genomförts.

2.1 Utbetalningar från lönesystemet

Under 2012 förändrades utbetalningen av ersättning till stödpersonerna. Denna hade tidigare utbetalats en gång per kvartal, detta görs nu månadsvis. Efter denna ändring uppgick nettolönen för kontoret till cirka 780 tkr per månad, varav cirka 550 tkr avsåg löner och 230 tkr ersättning till stödpersonerna.

Risk	Felaktiga utbetalningar från lönesystemet
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.1.1 Rutiner

Utbetalningar godkänns i två steg. Nettolönen godkänns omkring den 20:e varje månad. Vid det tillfället jämförs en banklista i lönesystemet Heroma med en komprimerad lista som upptar alla enheter som använder Heroma. Banklistan upptar nettolönen för varje person som erhåller utbetalning från Heroma samt en summering för samtliga upptagna personer. Den person som godkänner nettolönen kontrollerar att rimliga nettolöner utbetalas per person och jämför även totalbeloppen med tidigare perioder.

Förvaltningschefen går tillsammans med personalhandläggaren igenom utanordningslista och attesterar därefter listan. Denna upptar bruttolön per person och anger även avdrag för olika typer av frånvaro.

2.1.2 Uppföljning 2013

Under 2013 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga utbetalningar från lönesystemet.

2.2 Leverantörsbetalningar

Risken för felaktiga utbetalningar finns men bedöms av flera skäl som liten. Verksamheten är relativt begränsad varför felaktiga utbetalningar uppmärksammas förhållandevis lätt. Omsättningen per år avseende leverantörsbetalningar uppgick 2013 till cirka 6 100 tkr. Av dessa utgjorde interna leverantörer cirka 430 tkr samt lokalhyra 2 030 tkr. Resterande del uppgick således till cirka 3 640 tkr eller cirka 200 tkr per månad.

Förvaltningen följer landstinget fastställd finanspolicy. Säkerheten i utbetalningssystemet har successivt höjts under de senaste åren, t ex genom att utbetalningsfiler placeras i kataloger i datasystemen som endast utanordnare har tillgång till samt genom att utbetalningsfilerna krypteras under den tid de behandlas. Landstingets bankkontosystem innehåller en spärr så att en utbetalning vid ett visst tillfälle aldrig kan överstiga banksaldo plus beviljad kredit.

Risk	Felaktiga betalningar vid leverantörsfakturor
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Vid varje utbetalning
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.2.1 Rutiner

Fakturor attesteras av förvaltningschefen eller ställföreträdare varefter utbetalning sker via utanordnare hos landstingsstyrelsens förvaltning, Lsf. En tänkbar risk är att fakturor eller betalningar hos förvaltningen eller Lsf under semesterperioder handläggs av personal som är obekant med storleken på verksamheten. Hittills har dock nivån på verksamheten alltid varit låg under sådana perioder. Endast medarbetare som är mycket väl insatta i verksamheten ges attesträtt.

2.2.2 Uppföljning 2013

Under 2013 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga betalningar av leverantörsfakturor.

2.3 Opartiskhet

Risken för opartiskhet bedöms som mycket liten. Förvaltningens personal får inte vara engagerad i verksamhet som nämnden kan ha synpunkter på.

Risk	Opartiskhet som involverar förvaltningens personal
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Osannolik
Kontrollmetod	Kontroll av personalens eventuella bisysslor Kontroll att riktlinjer för engagemang i annan verksamhet följs
Kontrollfrekvens	Vid nyanställning samt minst vartannat år
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.3.1 Rutiner

Information om riktlinjer för bisyssla ges vid nyanställning av personal då också förvaltningens blankett rörande bisyssla fylls i. Information om bisyssla för samtliga personal inhämtas därutöver minst vart annat år. Förvaltningschefen bedömer och beslutar om bisysslan är tillåten.

2.3.2 Uppföljning 2013

Under 2013 har två handläggare nyanställts. I samband med detta har kontrollerats att de inte har uppdrag i verksamheter som nämnden kan ha synpunkter på och blankett rörande bisyssla har lämnats. Samtlig personal besvarade i januari 2014 frågor om bisyssla. Av svaren framkommer att ingen har någon bisyssla.

2.4 Avtal med kommuner och stadsdelar

Patientnämnden har sedan 1992 avtal med länets samtliga kommuner och stadsdelar att sköta den lagstadgade patientnämndsverksamheten för deras hälso- och sjukvård samt den allmänna omvårdnad som ges i samband med denna. Nuvarande avtal omfattar 1 410 tkr per år och löper tills vidare.

Risk	Uppsägning av avtalet
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.4.1 Rutiner

I samband med tidigare förlängningar av avtalet har utvärderingar gjorts. Då båda parter är nöjda med samarbetet bedöms risken att avtalet ska säga upp som mindre sannolik.

2.4.2 Uppföljning 2013

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2013.

2.5 Avtal med Svensk tandhygienistförening

Sedan 2004 handlägger förvaltningen, genom en överenskommelse med Sveriges tandhygienistförening, även ärenden som rör privata tandhygienister verksamma i Stockholms län. Nuvarande avtal löper tills vidare.

Risk	Uppsägning av avtalet
Konsekvens	Lindrig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.5.1 Rutiner

Då tidigare utvärdering visat att båda parter är nöjda med samarbetet bedöms risken för att avtalet sägs upp som mindre sannolik.

2.5.2 Uppföljning 2013

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2013.

2.6 *Avtal med privata tandvårdsgivare*

Sedan 2011 handlägger förvaltningen, genom en särskild överenskommelse ärenden rörande Distriktstandvården AB. Nuvarande avtal löper tills vidare. Från och med 2013 har förvaltningen motsvarande överenskommelse med Aqua Dental AB.

Risk	Uppsägning av avtalen
Konsekvens	Lindrig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.6.1 Rutiner

Kontinuerliga kontakter har förekommit med Distriktstandvården AB. Dessa visar att båda parter är nöjda med samarbetet.

2.6.2 Uppföljning 2013

Eftersom samtliga parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder utöver kontinuerliga kontakter vidtagits under 2013.

2.7 *Ökning av antalet patientärenden*

Antalet patientärenden har under de senaste åren uppgått till knappt 5 000 per år. Under 2013 inkom 5 442 ärenden, vilket var en ökning med två procent. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarigare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats. De minskade dock med tre procent under 2013.

Ytterligare en risk för ökning av antalet patientärenden har tillkommit under 2013. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inlämnade i oktober 2013 en promemoria rörande förslag på ändringar i patientsäkerhetslagen till Socialdepartementet. Man föreslog att IVO skulle få överlämna inkomna klagomål till berörd patientnämnd eller vårdgivare för utredning och själv endast använda informationen på aggregerad nivå för riskanalys och tillsyn.

I den händelse antalet patientärenden och/eller de skriftliga ärendena ökar utan motsvarande ekonomisk kompensation kommer belastningen på befintlig personal att öka. Följden blir då att handläggningstiderna ökar och att utredningarnas kvalitet minskar. Nämnden kan i en sådan situation även se en risk för försämrad tillgänglighet för allmänheten. Detta skulle sam-

mantaget innebära en förlust för vården som helhet då de personer som kontaktar förvaltningen har råkat illa ut och tappat förtroendet för vården. Genom hög tillgänglighet samt professionellt bemötande och hög kvalitet i utredningarna kan förtroendet återställas och en kostbar rundgång i vården undvikas.

En omfattande utveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem har genomförts under 2011 och 2012. Detta har förenklat och rationaliserat handläggningen av patientärenden avsevärt. Risken för ökad belastning på personalen som följd av fortsatt ökning av antalet ärenden kvarstår dock på sikt.

Risk	Fortsatt ökning av antalet patientärenden
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att ärendeutvecklingen följs Kontroll att anmälarnas nöjdhet följs genom en patientenkät minst vart tredje år Kontroll att vårdgivarnas nöjdhet följs genom en vårdgivarenkät minst vart tredje år Kontroll av förvaltningens tillgänglighet
Kontrollfrekvens	Ärendeutvecklingen följs varje månad Tillgängligheten följs upp två gånger årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.7.1 Rutiner

Antalet inkomna ärenden följs kontinuerligt och rapporteras till nämnden vid samtliga sammanträden. Därutöver görs uppföljningar vid varje kvartalsskifte.

Kvaliteten i förvaltningens handläggning följs genom enkäterundersökningar riktade till anmälare respektive vårdgivare minst vart tredje år. Den senaste, som avsåg anmälare, genomfördes under hösten 2013 och kommer att sammanställas under våren 2014. Resultaten av enkäterna leder ofta till nya eller förändrade rutiner.

Förvaltningens telefontillgänglighet följs förutom i enkäten riktad till anmälare även vid andra tillfällen genom egenkontroller och telefonintervjuer med uppringande.

Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.

Förvaltningen följer noga utvecklingen gällande IVOs förslag till ändring i patientsäkerhetslagen. Under 2013 bemötte nämnden på eget initiativ IVOs promemoria i form av ett yttrande till departementet.

2.7.2 Uppföljning 2013

För att följa risken för förlängda handläggningstider har antalet inkomna ärenden följts upp varje månad. Även fördelningen av skriftliga- och e-postärenden till handläggare samt varje handläggares pågående ärenden har följts varje månad. Därutöver görs en särskild genomgång av skriftliga ärenden som varit öppna mer än ett år varje månad.

Under en tvåveckorsperiod hösten 2013 genomförde förvaltningen en telefonenkät för mätning av telefontillgängligheten bland drygt 400 uppringande personer. Den visade att telefontillgängligheten var god, 98 procent av de tillfrågade ansåg att det var mycket eller ganska lätt

att få kontakt med förvaltningen. 61 procent fick kontakt utan någon som helst väntetid, inom två minuter hade 92 procent fått kontakt och inom fyra minuter hade 96 procent fått det.

2.8 Hot och våld

Förvaltningens personal kan utsättas för hot av olika slag, både vid telefonsamtal med missnöjda patienter och när dessa kommer på personliga besök i förvaltningens lokaler. Det har inträffat att patienter ringt handläggarna i bostaden, även nattetid. Våld mot personal har förekommit vid enstaka tillfällen i samband med besök hos förvaltningen.

Hot och våld kan i förlängningen inverka menligt på kvaliteten i verksamheten då det kan leda till att berörd personal mår dåligt psykiskt, och ibland även fysiskt, samt blir sjukskrivna och i slutändan kanske väljer att söka annat arbete, vilket medför förlust av kompetens. Personalen har stor erfarenhet av att möta människor som befinner sig i en krissituation.

Risk	Hot och våld från missnöjda patienter
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen

Uppgifter om personalen kan enligt offentlighetsprincipen lämnas ut, såvida dessa inte av någon anledning är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller bland annat enligt 21 kapitlet 3 § offentlighets- och sekretesslagen för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Landstingsförbundet hemställde 2003 till socialdepartementet att ändring skulle ske så att den då gällande sekretessförordningen skulle utvidgas till att omfatta personaladministrativ verksamhet hos patientnämnderna och att uppgifter om personnummer, hemtelefonnummer och bostadsadress och andra jämförbara uppgifter för stödpersoner inom psykiatri skulle komma att omfattas av samma sekretesskydd som motsvarande uppgifter gör för anställda inom hälso- och sjukvården. En ändring enligt detta förslag skulle öka personalens trygghet. I skrivande stund har inte någon sådan ändring gjorts i nuvarande offentlighets- och sekretessförordning.

2.8.1 Rutiner

För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner rörande besök i förvaltningens lokaler. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskild rutin. Den 1 april 2013 infördes det i offentlighets och sekretessförordningen (2009:641) att sekretess gäller i personaladministrativ verksamhet hos patientnämnden för uppgift om en enskilds bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter avseende personalen, uppgift i form av fotografisk bild som utgör underlag för tjänstekort samt uppgift

om närstående till personalen, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den som uppgiften rör eller någon närstående till honom eller henne lider men. Detta innebär att sekretessen har förstärkts på området mot vad som tidigare gällde.

Uppföljning 2013

Under 2013 har kontrollerats att befintliga rutiner vad gäller mottagande av besökare i förvaltningens lokaler följts. Vid något tillfälle har avvikelser rapporterats och behandlats vid förvaltningens möten varvid personalen har påmints om gällande rutiner.

2.9 Ökning av antalet ansökningar om stödperson

Stödpersonsverksamheten regleras av en rättighetslag och är därmed såväl volym- som kostnadsmissigt omöjlig att styra. Nämnden har ingen särskild budget för stödpersonsverksamheten. Kostnaderna för denna tas från landstingsbidraget.

En ökning av stödpersonsverksamheten utan motsvarande ekonomisk kompensation skulle få stora konsekvenser. Eftersom förvaltningen är skyldig att tillhandahålla stödpersoner till dem som så önskar måste såväl ekonomiska som handläggarresurser under dessa omständigheter överföras från övrig verksamhet, vilket skulle innebära krympande utrymme för patientärenden och förebyggande arbete.

Under det första kvartalet 2013 noterades en kraftig nedgång av antalet ansökningar om att få en stödperson. Samma nedgång noterade förvaltningen under 2011. Då tillskrevs samtliga chefsöverläkare i verksamheter som bedriver tvångsvård med begäran om en förklaring, vilket ledde till en kraftig ökning av ansökningar och förordnaden. Under 2013 tillskrevs cheföverläkarna återigen med ett än kraftigare resultat. Totalt förordnades 300 stödpersoner under året, vilket var 42 procent fler än föregående år.

Risk	Ökning av antalet ansökningar om stödperson
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att utvecklingen följs Kontroll av handläggningstid vid nya förordnanden
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.9.1 Rutiner

Kontinuerlig uppföljning av antalet inkomna ansökningar om stödperson och handläggningstid när nya stödpersoner förordnas.

2.9.2 Uppföljning 2013

Under 2013 har såväl antalet ansökningar om stödperson som handläggningstiden vid nya förordnanden följts kontinuerligt.

2.10 Onödiga kostnader för stödpersonverksamheten

Vården är enligt lag skyldig att anmäla till patientnämndens förvaltning när en tvångsvårdad patient önskar stödperson. Förordnade stödpersoner ersätts med arvode respektive kostnadsersättning omfattande totalt 1 500 kr per månad. Uppdraget pågår så länge patienten är tvångsvårdad och kan förlängas med fyra veckor därefter.

Vården är skyldig att informera patientnämndens förvaltning när tvångsvården upphör. Om detta inte kommer till förvaltningens kännedom avslutas inte förordnandet och utbetalningarna till stödpersonen fortsätter. I många fall har tvångsvården övergått till frivillig vård, vilket stödpersonerna inte informerats om.

I en del fall kan det, på olika sätt, komma till förvaltningens kännedom att tvångsvården har upphört utan att vården informerat om detta.

Risk	Utebliven information om när tvångsvården för patienter som har stödperson upphör.
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Månadsrapporter från stödpersonen samt kontakter med vården vid misstanke om att information uteblivit.
Kontrollfrekvens	Varje månad samt kontinuerligt.
Ansvarig	Handläggare av stödpersonverksamheten.

2.10.1 Rutiner

För att få ersättning rapporterar stödpersonerna varje månad till förvaltningen, där aktiviteter tillsammans med patienten redovisas. I den händelse ingen rapport kommer tas kontakt med stödpersonen. Om det visar sig att stödpersonen inte haft någon kontakt på grund av att tvångsvården upphört, och vården inte informerat förvaltningen om detta, tas kontakt med vården.

Kontakt med vården tas även när handläggaren tror att tvångsvård kan ha upphört utan att förvaltningen informerats. Om så är fallet och detta inneburit onödiga kostnader för förvaltningen hanteras detta enligt nedan.

Förvaltningen har i enlighet med ett principärende i oktober 2011, där problemet med bristande information rörande avslutad tvångsvård lyftes till vårdgivarna på en övergripande nivå, utarbetat nya rutiner för hantering av ärenden där vården inte har informerat om att tvångsvården upphört och detta medfört kostnader för ersättning för stödpersonen utöver tiden för tvångsvård inklusive fyra veckors förlängning.

Dessa innebär att förvaltningen dokumenterar händelsen i en avvikelserapport. Därefter sänder förvaltningschefen en särskild skrivelse till sjukvårdsdirekören vid Stockholms läns sjukvårdsområde med en kopia av denna samt faktura avseende överskjutande kostnader.

2.10.2 Uppföljning 2013

Inga avvikelser rörande utebliven information till förvaltningen har förekommit.

2.11 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag

Den absoluta majoriteten av stödpersonerna sköter sina uppdrag oklanderligt. I några fall har det dock förekommit att man inte besökt sin patient enligt befintliga riktlinjer.

Risk	Stödpersoner underlåter att ha kontakt med patienter enligt befintliga riktlinjer
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Rapporter från stödpersonen
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.11.1 Rutiner

I samband med den kvalitetssäkring av stödpersonens verksamhet som genomfördes under 2011 och 2012 infördes nya rutiner som innebär att stödpersonerna varje månad rapporterar sina kontakter med patienterna. Ersättning utbetalas endast efter att rapporten inkommit till och godkänts av förvaltningen. Om rapport uteblir tar handläggaren kontakt med stödpersonen.

I de fall det framkommer att stödpersonen utan giltigt skäl har underlåtit att fullgöra sitt uppdrag avslutas förordnandet och ny stödperson förordnas.

2.11.2 Uppföljning 2013

De nya rutinerna har medfört att två stödpersonsuppdrag avslutats under året.

2.12 Informationssäkerhet – sekretess/konfidentiellt

I samband med handläggning av patient- och stödpersonens ärenden registreras personuppgifter i förvaltningens statistikprogram. Dessa är sekretessbelagda och lämnas, till skillnad från övriga uppgifter rörande t ex vilken vårdgivare som avses och vilka synpunkter som framförs, aldrig ut.

Risk	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Osannolik
Kontrollmetod	Avvikelsesrapportering
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.12.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.

- När arbetsrummet lämnas ska dörren låsas.
- Förvaltningens server finns i ett eget låst rum. Under kontorstid krävs en särskild nyckel till serverrummet, utanför kontorstid krävs två olika nycklar
- Förvaltningens lokaler är låsta. Personalen använder tag för att passera. För besökare sker inpassering via en reception som kontaktar personal innan besökaren ges tillträde.
- Personalen har genomgått Stockholms läns landstings datorbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).
- För att kunna följa vilka som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet infördes under 2011 en loggningsfunktion.

2.12.2 Uppföljning 2013

Uppföljning har skett genom avvikelserapportering. Samtlig personal genomgick under 2013 landstingets DISA-utbildning. Loggningslistorna följs regelbundet, all personal kontrolleras två till tre gånger per år.

2.13 Informationssäkerhet - registrering i förvaltningens databas

Eftersom de uppgifter som samlas i förvaltningens databas utgör underlag för kvalitetsarbete hos enskilda vårdgivare är det angeläget att uppgifterna är riktiga, samt att handläggarna bedömer och registrerar enskilda ärenden på ett likartat sätt.

Risk	Felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att utbildning och uppföljning av registrering genomförs samt avvikelserapportering
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.13.1 Rutiner

Regelbunden uppföljning av bedömning och registrering.

2.13.2 Uppföljning 2013

Uppföljning av registreringen sker varje månad. Då kontrolleras att den är såväl fullständig som korrekt. Ärendedatabasen innehåller särskilda uppföljningsrapporter som anger när en uppgift saknas eller är felaktigt registrerad.

2.14 Informationssäkerhet - bevarande av data i förvaltningens databas

I förvaltningens databas finns värdefulla uppgifter rörande länets hälso- och sjukvård samt tandvård. Som framkommit ovan utgör dessa underlag för vårdens kvalitetsarbete.

Risk	Uppgifter som registrerats i förvaltningens databas förloras
-------------	--

Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Kontroll att backuprutiner följs
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.14.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Såväl viruskontroll som uppdatering av virussyddet sker automatiskt.
- Förvaltningen har rutiner för hantering av backuptagning och återläsning. För att minimera förlust av data vid eventuella problem med server/hårdvara görs säkerhetskopiering varje natt. Band byts dagligen av IT-ansvarig. Vid dennes frånvaro delegeras uppgiften till medarbetare som är väl förtrodda med förfaringssättet.
- Återläsning av data från band sker regelbundet för att kontrollera att inläsningen fungerat och kan återanvändas.

2.14.2 Uppföljning 2013

Avvikelser rörande detta redovisas i nämndens handlingsplan för informationssäkerhet och IT. Återläsning görs av it-support enligt checklista vid regelbundna besök var fjärde till sjätte vecka. Inga problem med virussyddet har rapporterats av SLL-it.

2.15 Kompetensförsörjning

Då en viss livserfarenhet krävs hos personalen för att de ska kunna ge adekvata råd och stöd till dem som kontaktar förvaltningen är medelåldern bland de anställda högre än i vården som helhet. Detta medför att flera medarbetare kommer att avgå med pension de närmaste åren.

Risk	Kompetensförlust vid pensionsavgångar
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för nyrekrytering följs
Kontrollfrekvens	Vid personalomsättning
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.15.1 Rutiner

För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutiner, fastställda i nämndens jämställdhets- och mångfaldsplan. Samtliga som rekryterats de senaste åren har varit yngre än genomsnittsåldern för personalen som helhet, i ett par fall avsevärt yngre.

2.15.2 Uppföljning 2013

Under våren 2013 anställdes en handläggare som ersättare för en medarbetare som lämnat sin tjänst och ytterligare en som vikarie för en medarbetare som varit föräldraledig under större delen av 2013. Båda var yngre än genomsnittet för samtliga anställda.

3 UPPFÖLJNING AV RISKER 2013

Enligt föregående års interna kontrollplan har förvaltningen, som framgått ovan, under 2013 följt upp och kontrollerat identifierade risker. Ytterligare åtgärder har enligt nämndens bedömning inte behövt vidtas.

Sju av de 15 ovan redovisade riskerna följs upp varje månad (2.1, 2.2, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11 och 2.13), övriga följs upp med glesare mellanrum och/eller vid behov.

4 ÅTGÄRDSPLAN 2014

Hur de identifierade riskerna värderats framgår av nedanstående diagram.

Konsekvens ↓				
Allvarlig	Prioritetsnivå 1 Mål: 2.3, 2.12	Prioritetsnivå 2 Mål: 2.2, 2.11, 2.13	Prioritetsnivå 3 Mål: 2.8, 2.10, 2.14	Prioritetsnivå 4 Mål: 2.7, 2.9
Kännbar	Prioritetsnivå 1	Prioritetsnivå 2 Mål: 2.1, 2.4	Prioritetsnivå 3	Prioritetsnivå 3 Mål: 2.15
Lindrig	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 1 Mål: 2.5, 2.6	Prioritetsnivå 2	Prioritetsnivå 2
Försumbar	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 1	Prioritetsnivå 1
Sannolikhet →	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik

4.1 Prioritetsnivå 4

Två risker (2.7 och 2.9) uppnår det högsta värdet. Dessa avser ökade antal inkomna patientärenden respektive ansökningar om stödperson. Båda kan få allvarliga konsekvenser för kvaliteten i förvaltningens arbete. Utvecklingen kommer att följas mycket noga.

4.2 Prioritetsnivå 3

Av de fyra risker som uppnår värdet 3 avser en hot och våld (2.8). Här har förvaltningen rutiner för att förebygga våld vid besök i de egna lokalerna samt för hur verbala hot ska bemötas och hanteras. Dessa kommer att följas upp.

En risk avser onödiga kostnader för stödpersonsverksamheten (2.10) som uppstår då vården underlåter att informera förvaltningen när tvångsvård upphör. Här finns rutiner rörande avvikelshantering som kommer att följas upp.

En risk är relaterad till förvaltningens ärendedatabas och avser bevarandet av registrerade data (2.14). Här finns rutiner vars efterlevnad kommer att kontrolleras.

En risk avser kompetensförlust vid kommande pensionsavgångar (2.15) och grundar sig på att personalens genomsnittliga ålder är relativt hög. Efterlevnaden av befintliga rutiner kommer att kontrolleras.

4.3 Prioritetsnivå 2

Fem risker uppnår värde 2. För två av dessa, utbetalningar från lönesystemet (2.1) och leverantörsbetalningar (2.2) finns tydliga rutiner, varför inga åtgärder utöver uppföljning och kontroll erfordras. En risk avser uppsägning av avtal med kommuner och stadsdelar (2.4). Inte heller här bedöms annan åtgärd än uppföljning av avtalet och kontroll att så sker vara nödvändig.

En risk avser stödpersoner som mottar ersättning trots att de underlåter att fullfölja sina uppdrag enligt befintliga riktlinjer ((2.11)). De rutiner som infördes under 2012 och som kopplar utbetalningen av ersättningen till en rapport över kontakterna med patienten torde vara tillräckliga.

En risk avser felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas (2.13). Detta följs dock upp kontinuerligt.

4.4 Prioritetsnivå 1

Slutligen återstår fyra risker värderade till nivå 1. För kontroll av personalens opartiskhet (2.3) finns tydliga rutiner, varför ingen ytterligare åtgärd än kontroll av att dessa följs bedöms behövas. Risker för uppsägning av avtalen med Svensk tandhygienistförening (2.5) respektive övriga privata tandvårdsgivare (2.6) har värderats till denna nivå med hänsyn till att verksamheten är liten. Avtalen följs upp och kontroll att så görs sker. Även för sekretess vid databehandling (2.12) finns tydliga rutiner som kommer att följas upp och kontrolleras.

4.5 Åtgärder 2014

Som framgår ovan kommer förvaltningen under 2014 att kontrollera de ovan redovisade riskerna enligt vad som angetts i avsnitt 2. Rapportering till nämnden kommer att ske senast vid sammanträde i början av 2015. Med anledning av nämndens verksamhet och uppdrag bedöms detta vara tillfyllest.