Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237
PAN A1909-00114

Patientnämnden

Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment, delårsuppföljning

Innehållsförteckning

1 Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment 3

1 Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

1.1 Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar

1.1.1 Bevarande av data i förvaltningens databas

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14152	8	Registrerade uppgifter förloras.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete, och förvaltningen kan inte fullgöra analysarbetet, vilket kan påverka patientsäkerheten.	David Waleh
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för back up följs. Viruskontroll samt upp-datering av virusskydd.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
Innan hösten 2018 hade förvaltningen en egen server vars backup sköttes av tre medarbetare. Från och med hösten 2018 sköts förvaltningens servrar av SLL IT.

Kommentar

Kontrollmoment

I förvaltningens databas finns värdefulla uppgifter rörande länets hälso- och sjukvård samt tandvård. Som framkommit ovan utgör dessa underlag för vårdens kvalitetsarbete. Om uppgifterna förloras kan återrapporteringen till vården bli inkorrekt, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbetet.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.13 Rutin för bevarande av data i förvaltningens databas	2019-01-13	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir, Johan Karlsson, Christina Hegefjärd

Åtgärdsbeskrivning
•Såväl viruskontroll som uppdatering av virusskyddet sker automatiskt.

•Förvaltningen har rutiner för hantering av backuptagning och återläsning. För att minimera förlust av data vid eventuella problem med server/hårdvara görs säker-hetskopiering varje natt. Band byts dagligen av IT-ansvarig. Vid dennas frånvaro de-legeras uppgiften till medarbetare som är väl förtrogna med förfaringssättet.

•Återläsning av data från band görs av IT-support enligt checklista vid regelbundna besök var fjärde till sjätte vecka.

Kommentar

Patientnämnden
Förvaltningen har inte stött på några problem gällande bevarande av data.

1.1.2 Sekretss och konfindentialitet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14150	4	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	1	Patienters/anmälares sekretesskydd bryts.	David Waleh

Konsekvens
4

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll av loggning samt avvikelserapportering. Anmälan till Datainspektionen (GDPR).
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
2-3 gånger årligen respektive kontinuerligt.

Beskrivning
I samband med handläggning av patient- och stödpersonsärenden 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.

Kommentar

Inga avvikelser har skett i kontroll av loggning samt avvikelserapporteing.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.11 Rutin för sekretess och konfidentialitet **Åtgärdsansvarig** Steinunn Ásgeirsdóttir, Christina Hegefjärd	2019-01-13	2019-12-31	●	■

Åtgärder

Åtgärdsbeskrivning
•Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.

•Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.

•Dörren låses när arbetsrummet lämnas.

•Förvaltningens lokaler är låsta. Personalen använder tag för att passera. För besökare sker inpassering via en reception som kontaktar personal innan besökare ges till-träde.

•Personalen har genomgått Stockholms läns landstings datorbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).

•Förvaltningens IT-ansvarig följer genom en loggningsfunktion vilka av de anställda som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet.

Kommentar

Patientnämnden
Förvaltningen ser att insatta åtgärder är tillräckliga för att upprättehålla sekretess och konfidentialiet.

1.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.2.1 Hot och våld

14148

Riskvärde
6

Sannolikhet
2

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare.

Konsekvens
Kan inverka negativt på kvaliteten i verksamheten då utsatt personal mår dåligt psykiskt och även fysiskt och kan leda till högre frånvaro.

Riskägare
Steinunn Ásgeirsdóttir

Risksamordnare
David Waleh

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
Rutiner för hot och våld har uppdaterats och tre medarbetare har gått en utbildning gällande dessa. Information om utbildningens innehåll har förmedlats till de resterande medarbetarna på förvaltningen.

Kommentar

Förvaltningens personal kan utsättas för hot av olika slag, både vid telefonsamtal med missnöjda patienter/anmälare 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.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.9 Rutin för hot och våld **Åtgärdsansvarig** Steinunn Ásgeirsdóttir	2019-01-13	2019-12-31		

Åtgärder

Åtgärdsbeskrivning
För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner, bland annat rörande användning av larm vid besök i förvaltningens lokaler. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskilt rutin. Del av personalen har gått en utbildning om bemötande, hot och våld. Uppgifter om personalens bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är enligt offentlighets- och sekretessför-ordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården samt vid IVO. Samtliga medarbetare ansvarar för att säkerställa att alla som vistas i lokalerna är behöriga.

Kommentar

Patientnämnden
Genom kommunikation och information om hot och våld, har medarbetarna på förvaltningen fått verktyg för hur hot och våld ska bemötas i vardagen.

1.2.2 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14149	9	Personalen far illa av den ökande arbetsbelastning som följer med större komplexitet i ärendehantering samt införande och hantering av digitala system.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet		
	3	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
→	**Konsekvens**	Brister i den sociala arbetsmiljön.	David Waleh
	3		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar
Kontrollansvarig
David Waleh

Kontrollmoment

Frekvens
Kontinuerligt.

Beskrivning
Förvaltningschefen håller regelbundet samtal med medarbetarna och medarbetarenkäten hanteras samt utvärderas årligen.

Kommentar

Medarbetarundersökningar görs för att följa upp den psykosociala arbetsmiljön som har visat generellt goda resultat, dock har ledning blivit varse om att det finns en upplevelse av ökad arbetsbelastning, vilket kan påverka den psykosociala arbetsmiljön negativt. Sedan 2016 arbetar förvaltningen med balanserade styrkort, som tydliggör arbetsbelastningen på såväl övergripande som individuell nivå.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.10 Rutin för ansträngd psykosocial arbetsmiljö	2019-01-11	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir

Åtgärdsbeskrivning
Förvaltningschefen följder de enskilda medarbetarna vid planeringssamtal samt vid be-hov. Den psykosociala arbetsmiljön följs i de årliga medarbetarundersökningarna.

Kommentar

Medarbetarenkäten 2018 indikerar att den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats väsentligt jämfört med tidigare år.

Åtgärder

Siffror för 2019 saknas.

1.3 Systematisk kompetensförsörjning

1.3.1 Kompetensförsörjning

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14153	6	Kompetensförlust vid pensionsavgångar samt avslut.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Avsaknad av kompetens	David Waleh
	Konsekvens		
	2		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning följs.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Vid personalomsättning och nyrekrytering.

Beskrivning
Patientnämndens förvaltning följer regionens rutiner för nyrekrytering samt kompetensförsörjning.

Behovs och kompetensinventering görs inför varje nyrekrytering.

Kontrollmoment

Kommentar

Medelåldern bland de anställda är något högre än i vården som helhet. Detta medför att ett par medarbetare kommer att avgå med pension de närmaste åren.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.14 Rutin för kompetensförsörjning	2019-01-11	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir

Åtgärdsbeskrivning
För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutiner för prioritering vid nyanställning. Vid lika meriter ges företräde för manliga sökande, personer med funktions-hinder, yngre samt personer med annan etnisk bakgrund än svensk.

Kommentar

Patientnämnden
För att säkerställa att kompetensen inte går förlorad via pensionsavgångar och vid avslut, har förvaltningen under året säkerställt kompetensförsörjningen genom att se över verksamhetens behov för framtida uppdrag samt strävat efter en diversifierad åldersspridning.

1.4 Vård i rätt tid

1.4.1 Konsekvenser av ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexitet

Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14252		

	6	Ökning av antalet klagomålsärenden	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i analysunderlaget. Mindre nöjdhet hos anmälare och vårdgivare.	David Waleh
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

Inga förändrar har skett sedan budget 2019.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll att ärendeutvecklingen följs. Kontroll av fördelning av ärenden till handläggare. Kontroll att anmälarnas och vårdens nöjdhet med förvaltningens handläggning följs. Kontroll av förvaltningens tillgänglighet. Kontroll att utvecklingen beskrivs i samtliga ekonomiska dokument.
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Ärendeutvecklingen och fördelningen till handläggare följs varje månad.
Telefontillgängligheten följs upp cirka en gång årligen.
Anmälarnas och vårdens nöjdhet följs upp vid enkätunder-sökningar minst vart tredje år.
Kontinuerlig kontroll att utvecklingen beskrivs i ekonomiska dokument.

Beskrivning
Förvaltningen tar emot klagomål och synpunkter på vården. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarligare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats.

Det har med tiden lett till att lagstadgade informationsinsatser gentemot vården och allmänhet/patienter minskat successivt i antal.
Medarbetarundersökningar har tidigare visat på brister i den psykosociala arbetsmiljön, vilket beskrivs närmare under 2.10.
Det ökade antalet ärenden kan leda till ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i ana-lysunderlaget. Mindre nöjdhet hos anmälare och vårdgivare.

Vid årsskiftet 2017-2018 inträdde lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård. Den nya lagen öppnar upp för att patientnämnden successivt från och med 2018 får ett ökat antal klagomålsärenden att handlägga, vilket orsakas av en begränsning av den utredningsskyldighet som till och med 2017 åligger Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt att patientnämnderna tillsamman med vårdgivarna ska utgöra första linjen i det nya

Kontrollmoment

klagomålssystemet.

Kommentar

Inga avvikelser har skett. Kontroll sker kontinuerligt.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.6 Rutin för konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexitet	2019-01-13	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir, Maja Wessel, Lillemor Humlekil

Åtgärdsbeskrivning
Nämndsekreteraren sammanställer och rapporterar antalet inkomna ärenden till nämnden. Controllern följer upp fördelningen av skriftliga- och e-postärenden till handläggare samt varje handläggares pågående ärenden varje månad.

Därutöver görs fördjupade ärendeuppföljningar vid varje tertialsskifte. Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.

Controllern följer upp kvaliteten i förvaltningens handläggning genom enkäterundersökningar riktade till anmälare i skriftliga ärenden respektive vårdgivare minst vart tredje år.

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

Kommentar

Antalet patientärenden förväntas öka. Förvaltningen har som mål att ha tillräckligt många handläggare som kan ta mot och hantera dessa ärenden. För att effektivisera ärendehanteringen har förvaltningen påbörjat en digitaliseringsprocess.

Åtgärder