Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
PAN A2001-00017

Patientnämnden

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

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 förändringar har skett sedan delår 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

Förvaltningens databas och förvaltning av medarbetarnas datorer sköts av SF-IT. Dessa säkerställer att adekvat kontroll sker samt att uppdateringar görs regelbundet. Förvaltningen har en IT-säkerhetssamordnare som kommunicerar med SF-IT. Inga kända avvikelser har rapporterats.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
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

1.1.2 Sekretss och konfindentialitet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14150	4	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	1		David Waleh



Konsekvens Patienters/anmälares sekretesskydd bryts.
4

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 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

Genomgång av rapporterade avvikelser skedde under året.
Fyra sekretessavvikelser skedde under året, varav en rapporterades till datainspektionen och nämnden.
Avvikelserna har återförts på ärendemöte där alla handläggare deltagit

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
2.11 Rutin för sekretess och konfidentialitet	2019-01-13	2019-12-31	

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir, Christina Hegefjärd

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 regionens datorbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).

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

Kommentar

1.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.2.1 Hot och våld

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
14148	6	Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare.	Steinunn Ásgeirsdóttir
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Kan inverka negativt på kvaliteten i verksamheten då utsatt personal mår dåligt psykiskt och även	David Waleh
	Konsekvens		

3	fysiskt och kan leda till högre frånvaro.

Kommentar

Inga förändringar har skett sedan delår 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 inte förekommit några hotfulla situationer på förvaltningen under året, stor restriktivitet råder vad gäller bokade besök och inga oplanerade besök tas emot. Dock förekommer hot i telefon.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
2.9 Rutin för hot och våld	2019-01-13	2019-12-31	

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir

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

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 förändringar har skett sedan delår 2019.

Kontrollmoment

Namn
Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar
Kontrollansvarig
David Waleh

Frekvens
Kontinuerligt.

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

Kommentar

Medarbetarundersökningar görs årligen 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. Förvaltningschefen håller enskilda samtal med medarbetarna årligen.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
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.

Åtgärd

Kommentar

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 förändringar har skett sedan delår 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.

Kontrollmoment

Behovs och kompetensinventering görs inför varje nyrekrytering.

Kommentar

Patientnämndens förvaltning har följt regionens rutiner för nyrekrytering. Inga avvikelser har skett.

Åtgärd

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

Åtgärdsansvarig
Steinunn Ásgeirsdóttir

Åtgärdsbeskrivning
För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutin för prioritering vid nyanställning. Rutinen utgår från regionens centrala policy för rekrytering.

Kommentar

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**	

2 **Konsekvens** 3	Ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i analysunderlaget. Mindre nöjdhet hos anmälare och vårdgivare.	**Risksamordnare** David Waleh

Kommentar

Då antalet patientnärenden har minskat något jämfört med samma period föregående år, har sannolikheten ändrats till "2" från tidigare "3".

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.
Ett ökat antal ärenden kan leda till ökad arbetsbelastning för personalen, längre handläggningstider och otillräcklig kompetens vilket leder till försämrad kvalitet i analysunderlaget. 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 gällande ärendeutveckling, fördelning av ärenden samt ekonomisk utveckling har skett. Kontroll sker kontinuerligt.

Under året har en enkät skickats ut till personer som haft klagomålsärenden hos förvaltningen för att följa upp deras nöjdhet med förvaltningens handläggning samt tillgänglighet- Resultatet från enkäten visar på en positiv uppfattning av förvaltningens handläggning och tillgänglighet.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
2.6 Rutin för konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden samt ökad komplexi-tet	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

Åtgärd

Antalet patientärenden har inte ökat jämfört med föregående år och anställningen av handläggare i början av året gav en avlastande effekt. För att effektivisera ärendehanteringen har förvaltningen också påbörjat en digitaliseringsprocess.