Handläggare: Lillemor Humlekil

PAN 2018-02-20 P 3
TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-01-30

PaN A1711-00213-43

Årsrapport 2017

Ärendet

I ärendet presenteras årsrapport för 2017.

Resultatet för 2016 visar på ett överskott om 2,6 mkr, vilket beror främst på att skatteverket meddelat nämnden att de inte kommer att eftertaxeras gällande arbetsgivaravgifter på stödpersonernas omkostnadsersättningar.

Under 2016 inkom 7 636 ärenden rörande klagomål och patientsynpunkter, vilket var en marginell förändring jämfört med föregående år. Även för stödpersonsverksamheten sågs endast små skillnader.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta årsrapport för 2017
- insända handlingarna i ärendet till SLL Ekonomi och landstingsrevisorerna
- omedelbart justera paragrafen.

Steiunnn Ásgeirsdóttir
Förvaltningschef

Bilagor
Årsrapport 2017 med bilagor

Stockholms läns landsting

Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

ÅRSRAPPORT 2017 P 4 | PaN A1711-0021343
2018-01-29 | LS2017-0126

Patientnämndens förvaltning

ÅRSRAPPORT 2017

Innehållsförteckning

1. Inledning 5

2. Styrning 6
2.1 Styrning av verksamheten 6
2.1.1 Lagar 7
2.1.2 Reglemente 7
2.2 Uppdrag 8
2.2.1 Uppdrag i budget 8
2.2.2 Uppdrag under löpande år 8
2.3 Efterlevnad av styrande dokument 9
2.3.1 Styrningsrapport 9
2.3.2 Specifika ägardirektiv 9
2.3.3 Landstingets finanspolicy 9
2.4 Intern styrning och kontroll 9

3. Mål 10
3.1 Ekonomi i balans 10
3.2 Landstingsfullmäktiges beslutade mål 10
3.2.1 Medborgare och kund 10
3.2.2 Verksamhet/förnyelse 10
3.2.3 Medarbetare 11
3.2.4 Ekonomi 11
3.3 Tryggad kompetensförsörjning 11
3.3.1 Kompetensförsörjning 12
3.4 Tillgänglighet och kvalitet samt övriga lokala mål 12

4. Verksamhet 12
4.1 Väsentliga händelser 2017 12
4.2 Effektivare landsting 13
4.3 Verksamhetsförändringar 13
4.3.1 Utveckling personalvolym 14
4.3.2 Utveckling helårsarbeten samt verksamhetsförändringars effekt 14
4.3.3 Sjukfrånvaro 14
4.4 Produktion 14
4.4.1 Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvården 15
4.4.2 Stödpersonsverksamheten 19
4.4.3 Statistik 20
4.4.4 Information 20
4.4.5 Förebyggande arbete 20

4.4.6 Ärenden med förbättringsåtgärder 21
4.4.7 Förbättringsåtgärder per vårdtyp 22
4.4.8 Förbättringsåtgärder i ärenden rörande kvinnor och män 22
4.4.9 Förvaltningens bidrag till ökad patientsäkerhet i vården 23
4.4.10 Övrigt 24
4.5 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv 25
4.6 Produktivitet 25

5. Ekonomi 26
5.1 Resultatutveckling 26
5.1.1 Verksamhetskostnadsutveckling 27
5.1.2 Bemanningskostnader 28
5.1.3 Avvikelser – årets utfall mot årsbudget 28
5.1.4 Förändring – årets resultat mot föregående år 29
5.1.5 Externa intäkter och kostnader 29
5.1.6 Övriga kostnader 29
5.1.7 Avskrivningar och finansnetto 30
5.2 Resultatdisposition 30
5.3 Investeringar 30
5.4 Balansräkning 30
5.5 Kassaflödesanalys 31

6. Verksamhetsstöd 31
6.1 Miljö 31
6.1.1 Miljöprogram 2017–2021 31
6.1.2 Ledningssystem 32
6.1.3 Övrig redovisning 32
6.2 Socialt ansvarstagande 34
6.2.1 Jämställdhet och jämlikhet 34
6.2.2 Nationella minoriteter 35
6.2.3 Barnkonventionen 35
6.2.4 Arbete för tillgänglighet 36
6.2.5 Uppförandekod för leverantörer 37
6.2.6 Folkhälsa 37
6.3 Säkra processer 38
6.3.1 Informationssäkerhet 38
6.3.2 Säkerhet 38
6.4 Digitaliseringsgrad 39
6.4.1 Uppföljning av landstingets digitaliseringsarbete 39

7. Personal och utbildning 39
7.1 Verksamhetsförändringar och verksamhetsutveckling 39
7.2 Kompetensförsörjning 40
7.3 Utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling 40
7.4 Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare 40
7.5 Mål och resultatorienterade chefer 41

8. Ledningens åtgärder 41

9. Pågående rättsprocesser (tvister) 41

10. Förväntad utveckling 2018 41

11. Övrigt 42

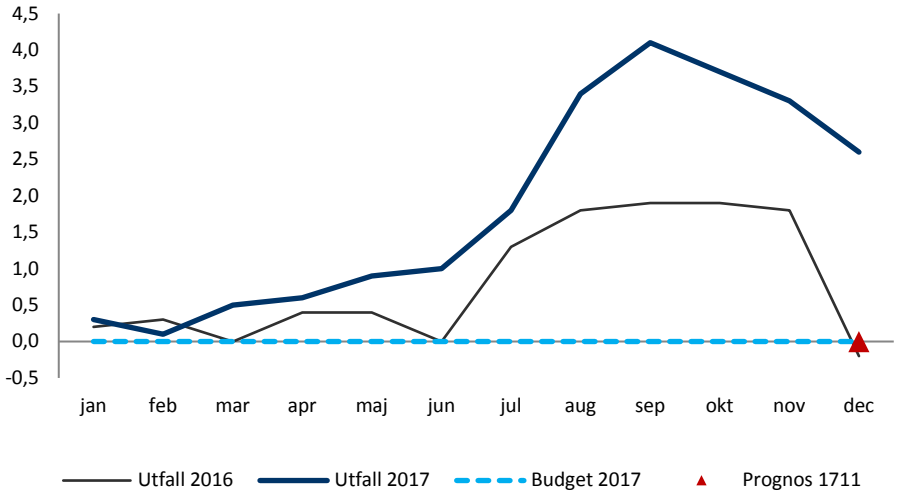
12. Nämnd-/styrelsebehandling 42

13. Bilagor 43

1. Inledning

De värden som rapporterats i Cognos Controller avseende budget, utfall och prognos ska användas och analyseras genomgående i dokumentet.

Resultatutveckling



Patientnämndens resultat för 2017 är plus 2,6 mkr jämfört med minus 0,2 mkr föregående år. Resultatet är 2,6 mkr bättre än 2017 års budget. Det positiva resultatet beror främst på att skatteverket meddelat nämnden att de inte kommer att eftertaxera gällande arbetsgivaravgifter på stödpersonernas omkostnadsersättningar.

Under 2017 inkom 7 636 ärenden, vilket var 13 ärenden färre än föregående år. Inga avgörande förändringar gällande klagomålens fördelning på vårdtyp och problemområden kan ses.

Många av de ärenden som hanteras av förvaltningen leder till förbättringsåtgärder hos vårdgivarna. De åtgärder som vidtas kan avse en övergripande nivå eller endast omfatta det enskilda ärendet. Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vårdgivare. Det kan självfallet också förekomma att åtgärder vidtagits utan att det kommit till förvaltningens kännedom.

En stor del av de ärenden som inkom under senare delen av 2017 var vid årets slut fortfarande under utredning och alla förbättringsåtgärder hade inte kommit till förvaltningens kännedom. Därför har samtliga ärenden som avslutats under 2017, oavsett när de inkom, analyserats avseende förbättringsåtgärder.

Under året avslutades totalt cirka 1 970 ärenden. Förbättringsåtgärder hade vidtagits i 545 av dessa, det vill säga 28 procent, vilket var 8 procent färre än 2016.

I 362 ärenden hade åtgärder vidtagits på en övergripande nivå och 239 hade föranlett åtgärder för att rätta till misstag i det enskilda ärendet. Då båda typerna av åtgärder kan förekomma i samma ärende var antalet åtgärder större än antalet ärenden.

Under året har ett principärende behandlats i nämnden. Detta avsåg en gravid kvinna med influensasymtom som nekades vård. Därutöver har återföring i fem tidigare principärenden inkommit och godkänts av nämnden.

Dessa har avsett:

- succesiv ökning av klagomål på brister i vårdgarantin
- bristfällig information och ej inhämtat samtycke i samband med smärtsam behandling
- avsaknad av rutiner för informationsöverföring mellan ambulanssjukvård och hemtjänst
- remiss skickad till privat vårdgivare som inte debiterar enligt offentlig taxa
- brister i vårdgarantin vid neuropsykiatriska utredningar.

Förvaltningen har även till uppgift att förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen. Denna verksamhet regleras i rättighetslagar och förvaltningen är således skyldig att skyndsamt tillhandahålla stödpersoner i den utsträckning de efterfrågas.

Antalet ansökningar om stödperson har minskat något jämfört med föregående år. Under 2017 genomfördes 281 förordnanden, jämfört med 304 under 2016.

Efterfrågan på statistiska sammanställningar av förvaltningens patientärenden har ökat kontinuerligt. Förvaltningen har ett system som automatiskt sammanställer och skickar rapporter via e-post såväl varje månad som på årsbasis. Dessa hade vid årsskiftet drygt 1 200 mottagare. Därutöver tillkommer cirka 150 sammanställningar som har expedierats manuellt.

Det arbete mot en högre digitaliseringsgrad, som dels ger ett utökat stöd vid handläggning av ärenden, dels underlättar kontakter mellan förvaltningen och såväl patienter, anmälare och stödpersoner som vården, som inletts under 2017 kommer att slutföras under våren 2018.

2. Styrning

2.1 Styrning av verksamheten

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.

Enligt lag om patientnämndsverksamhet m.m. ska nämnden rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter. Enligt landstingsstyrelsens reglemente åligger det nämnden bland annat att uppmärksamma ansvarig nämnd och förvaltningar på risker eller otillfredsställande vård och behandling samt att verka för kvalitetssäkring och hög patientsäkerhet i länets hälso- och sjukvård. Förvaltningen sammanställer ett mycket stort antal statistiska rapporter som sänds till vården på månads- respektive årsbasis.

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 utifrån vissa aspekter svår att styra, såväl vad gäller volym som fördelning över tid.

2.1.1 Lagar

Patientnämndens uppdrag utgår främst från lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. (ersattes 2018-01-01 av lag 2017:372 om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården), 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).

2.1.2 Reglemente

Enligt det reglemente som landstingsfullmäktige fastställt ålåg det till och med 2017 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 rättshjälpen 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 landstingets 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 innefatta 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 landstingets 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 berörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklingsarbete i vården.
12. att senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år.
13. att göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn.
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller tvångsisoleras med stöd av smittskyddslagen.

Utöver vad som beskrivits ovan styrs verksamheten av mål och riktlinjer som framkommer i ett stort antal dokument av olika slag, såväl landstingets olika policyer och riktlinjer som internt framtagna dokument som intern kontrollplan, kvalitets- och miljömål med mera.

2.2 Uppdrag

Lokala styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer har beslutats i nämnd januari 2017.

2.2.1 Uppdrag i budget

Förvaltningen har under året inlett ett arbete för ökad digitalisering avseende administrativ hantering av ärenden och möjlighet till digital kontakt med såväl anmälare som vård. Detta kommer att slutföras under våren 2018.

2.2.2 Uppdrag under löpande år

Inga nämndspecifika uppdrag har givits.

2.3 Efterlevnad av styrande dokument

2.3.1 Styrningsrapport

Av förvaltningens styrningsrapport för 2017 framgår att:

- inga avsteg gjorts från gällande reglemente.
- samtliga policyer och riktlinjer följts.
- nämnden följt landstingets policy för intern kontroll och att denna varit god.
- förvaltningschefens har lämnat försäkran om internkontroll.

2.3.2 Specifika ägardirektiv

Inte aktuellt för patientnämnden.

2.3.3 Landstingets finanspolicy

Nämnden följer landstingets finanspolicy.

2.4 Intern styrning och kontroll

Nämnden har en intern kontrollplan enligt landstingets riktlinjer, se bilaga 1, Intern kontrollplan 2017. Denna följs upp och uppdateras årligen. I planen för 2017 identifierades 14 riskområden. Uppföljning har visat att den interna kontrollen varit god. Samtliga identifierade risker har följts upp och kontrollerats enligt planen. För närvarande finns inga risker som behöver åtgärdas, det vill säga som är gula eller röda enligt trafikljusmodellen. Uppföljningen av riskerna för 2017 redovisas i Rutiner för intern kontroll 2017, bilaga 2.

3. Mål

3.1 Ekonomi i balans

Mål och indikator	Utfall 2017	Mål 2017	Utfall 2016	Uppfyllt 2017
EKONOMI I BALANS				
Ett resultat i balans				
Ett positivt resultat före omställningskostnader	2,6	0	-0,2	Ja ●
Ett positivt resultat före omställningskostnader[1)]				
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar				Nej ●
Drift lånefinansieras inte		0 %	0 %	
Ersättningsinvesteringar lånefinansieras inte		0 %	0 %	
Hållbar investeringsutveckling				
Nettokapitalkostnadernas andel av de samlade skatteintäkterna		≤ 11 %		
Nettoskuldernas andel av de samlade skatteintäkterna		≤ 120 %		

[1)] För förvaltningar/bolag avses det av fullmäktige beslutade resultatkravet

3.2 Landstingsfullmäktiges beslutade mål

Landstingets övergripande mål avseende medborgare och kund, verksamhet/förnyelse, medarbetare respektive ekonomi har brutits ned och anpassats till den lokala verksamheten. Nedanstående mål som definierades för 2017 formulerades i styrkort för såväl grupper som enskilda medarbetare.

3.2.1 Medborgare och kund

Förvaltningen ska:

- lämna individanpassad information till allmänheten
- ha hög tillgänglighet med god kvalitet
- synas externt.

3.2.2 Verksamhet/förnyelse

Förvaltningen ska:

- fortsätta den inledda digitaliseringsprocessen
- ha/följa standardiserade processer
- värna om medborgarnas sekretess och integritet.

3.2.3 Medarbetare

Förvaltningen ska:

- arbeta systematiskt med KOLL
- ha en god arbetsmiljö
- möjliggöra kollegialt lärande.

3.2.4 Ekonomi

Förvaltningen ska:

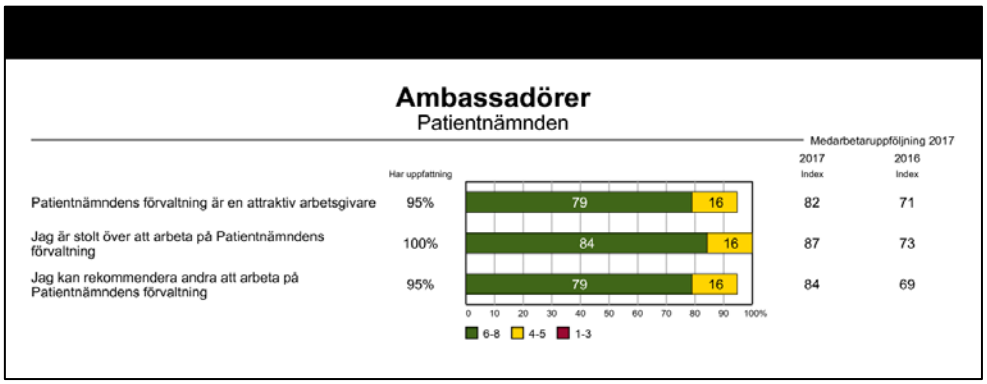
- ha en budget i balans
- arbeta med styrkort.

3.3 Tryggad kompetensförsörjning

Mål och indikator	Utfall 2017	Mål 2017	Utfall 2016	Uppfyllt 2017
TRYGGAD KOMPETENSFÖRSÖRJNING				
Attraktiv arbetsgivare				
Stolta och motiverade medarbetare (medarbetarindex)	76	≥ 75	75	Ja ●
Mål- och resultatorienterade chefer (ledarskapsindex)	85	≥ 76	76	Ja ●
Totalindex stolta och motiverade medarbetare	79	≥ 74	73	Ja ●

Medarbetarenkäten 2017 visar en förbättring på flertalet områden, särskilt inom kategorin ledarskapsindex.

Index för Ambassadörer har ökat tydligt jämfört med föregående undersökning, vilket framgår nedan.



3.3.1 Kompetensförsörjning

Personal- och kompetensförsörjningsplan bifogas som bilaga D2. Förvaltningen arbetar enligt Koll och ProCompetence. Identifierade behov av kompetensutveckling anges även i medarbetarnas individuella styrkort.

3.4 Tillgänglighet och kvalitet samt övriga lokala mål

Verksamheten ska prioritera följande inriktningsmål fastställda av landstingsfullmäktige:

- 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 verksamhetsområden: patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande arbete, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter.

Nämnden har en övergripande kvalitetspolicy (fastställd 2012, uppdaterad 2015) samt en plan avseende mål och aktiviteter, se bilagorna 3 och 4.

Planen 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. De mål som rör 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/vårdgivarna ska vara nöjda. I de fall förvaltningen inte självständigt kan påverka att målet uppnås har angetts att 80 procent ska vara nöjda.

De mål som anges i nämndens mål och handlingsplan följs upp bland annat genom enkätundersökningar minst vart tredje år. Resultatet av den undersökning som genomfördes under våren 2016 och riktade sig till 330 anmälare som haft skriftliga ärenden hos förvaltningen redovisas i bilaga 5.

Under våren 2017 genomfördes en undersökning riktad till drygt 350 vårdenheter som hade två eller fler skriftliga ärenden under 2016. Resultatet av denna redovisas i bilaga 6.

4. Verksamhet

4.1 Väsentliga händelser 2017

Nämnden svarade positivt på en remiss kring samlokalisering av landstingets centrala förvaltningar där patientnämnden ingår. Förvaltningen tycker att det är positivt att samlokalisera centrala förvaltningar och arbeta utifrån

ett nytt arbetssätt som gäller digitalisering, utökad samverkan och aktivitetsbaserade arbetsplatser under förutsättning att särskild hänsyn tar till förvaltningens behov av tysta rum, sekretess, besöksrum och utökad säkerhet.

Under året har förvaltningen arbetat med förberedelser inför det nya arbetssättet bland annat genom en verksamhetsförändring som presenterades för medarbetarna i början av januari 2018. Förändringen innebär ett större fokus på medarbetarnas kompetens både vad gäller akademisk profession, erfarenhet samt inte minst social kompetens.

En kulturresa har påbörjats inom förvaltningen för att möta nya utmaningar i samband med både samlokaliseringen och den nya lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som trädde i kraft den 1 januari 2018. Samarbete och samverkan både internt och externt är mycket viktiga incitament i den nya organisationen. Verksamhetsförändringen kommer att genomföras år 2018.

Under året inleddes ett utvecklingsarbete för att utöka digitaliseringen, vilket möjliggör att anmälningar kan lämnas digitalt via 1177 samt att kommunikation med såväl anmälare/patienter/stödpersoner som vården kan ske digitalt med bibehållen sekretess. Systemet ger ett förstärkt IT-stöd och förenklar därmed handläggningen av ärendena.

4.2 Effektivare landsting

Förvaltningen deltar i landstingets effektiviseringsarbete genom att kontinuerligt förbättra den egna verksamheten. Under 2017 inleddes ett arbete mot ökat digitalisering vilket beskrivs närmare i avsnitt 6.4.

Därutöver har samtliga uppdrag och tjänster granskats, vilket har resulterat i ett förslag om verksamhetsförändring som kommer att genomföras under 2018.

4.3 Verksamhetsförändringar

Inga förändringar rörande verksamhetens innehåll eller uppdrag har skett under 2017.

På sikt förväntas antalet patientärenden öka och medföra behov av ytterligare handläggarresurser. Den nya lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården kommer sannolikt att innebära att patientnämnden får ett betydligt större antal klagomålsärenden att hantera. För att kunna bidra till patientcentrering och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården får patientnämnderna en utökad skyldighet att analysera inkomna ärenden.

4.3.1 Utveckling personalvolym

Personalvolym/helårsarbete Antal	Bokslut 2017	Budget 2017	Avvik AC-BU	Bokslut 2016	Föränd %
Helårsarbeten, avtalad tid (närvaro- och frånvarotid)			**0**		
Extra tid		_	_		
Förändring X ex avslutat uppdrag			*0*		
Förändring Y ex nya vpl. X-avd			*0*		
Förändring Z ex ny avdelning			*0*		
Förändring YY			*0*		
Förändring ZZ			*0*		
Totalt förändring	**0**			**0**	

4.3.2 Utveckling helårsarbeten samt verksamhetsförändringars effekt

Personalvolym/helårsarbete Antal	Bokslut 2017	Budget 2017	Avvik AC-BU	Bokslut 2016	Föränd %
Helårsarbeten, avtalad tid (närvaro- och frånvarotid)	22,0	22,0	0,0	22,0	0,0 %
Extra tid		_	_		

4.3.3 Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaromått	Bokslut 2017	Bokslut 2016	Föränd %-enh	Budget 2017	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	2,4	3,5	-108,0 %		242,0 %

Sjukfrånvaron är generellt låg, några könsskillnader kan inte ses, åtgärder för att sänka densamma är inte aktuella. Dock finns beredskap för åtgärder i den händelse sjukfrånvaron skulle öka.

4.4 Produktion

Nämndens olika verksamhetsområden beskrivs nedan.

4.4.1 Patientärenden - klagomål på hälso- och sjukvården

Under 2017 inkom 7 636 ärenden till förvaltningen, vilket var 13 ärenden färre än föregående år. Av ärendena avsåg 5 procent rådgivning, information och hänvisning. I dessa fall har anmälaren kontaktat förvaltningen för att få information utan att något klagomål framförts. I en del fall kan ett problem ligga bakom kontakten, men anmälaren har önskat information om vilka rättigheter man som patient har i en specifik fråga eller hur hon/han själv kan gå tillväga för att lösa problemet.

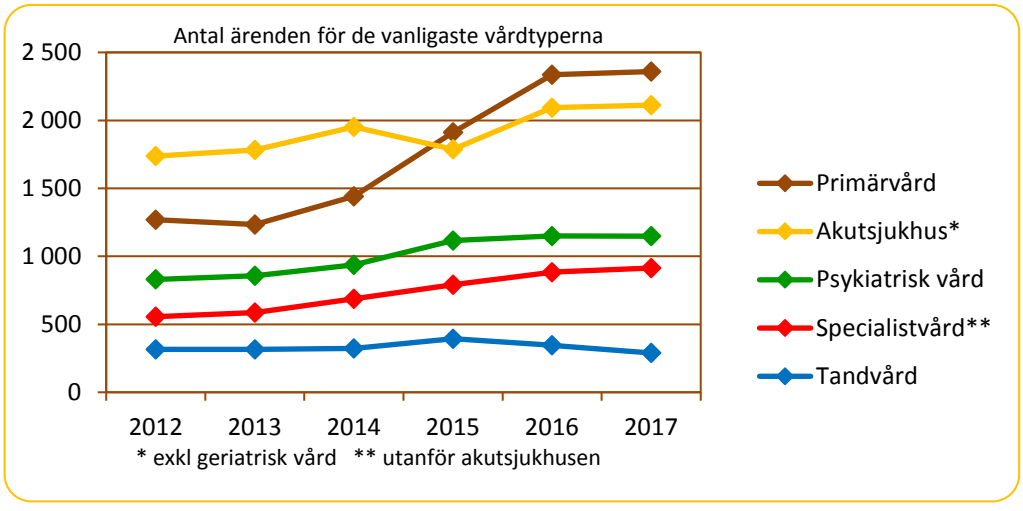
Ärenden kan inkomma i form av skrivelser, telefonsamtal eller e-postbrev samt vid personliga besök. Det vanligaste sättet för anmälare att ta kontakt med förvaltningen var per telefon. Detta skedde i 62 procent av samtliga ärenden. I 29 procent av ärendena togs den inledande kontakten med e-post och i resterande 9 procent bestod den första kontakten av en skrivelse.

I de fall anmälaren önskar att förvaltningen utreder ärenden som inkommit per telefon eller e-post, vanligtvis genom att inhämta yttrande från vården, ändras registreringen till skrivelse. De skriftliga ärendena, som vanligtvis är mer komplexa än övriga, har ökat kontinuerligt de senaste åren och mer än fördubblats den senaste tioårsperioden. Under 2017 uppgick de till 2 494, vilket var 3 procent färre än 2016.

I förvaltningens statistikprogram kan två klagomål/synpunkter registreras i samma ärende, vilket var fallet i 28 procent av ärendena under 2017. Klagomålen i dessa ärenden avser alltid samma vårdgivare. Ärenden av detta slag är vanligtvis mer komplicerade och kräver mer utredningsresurser än ärenden som endast innehåller ett klagomål. Jämfört med 2016 ökade antalet ärenden som innehåll två klagomål/synpunkter med 40 procent.

Ärenden per vårdtyp

Under 2016 inkom fler ärenden avseende primärvård än vård vid akutsjukhus, vilket har bestått även under 2017. Diagrammet nedan sida visar utvecklingen för de vanligaste vårdtyperna.



Utöver ovanstående vårdtyper, som redovisas närmare nedan, förekom även ärenden avseende kommunal vård, habilitering, geriatrik samt övrig vård. För dessa var antalet klagomål dock begränsat, varför en närmare redovisning av dessa inte bedöms meningsfull.

Primärvård

Klagomål på primärvården har ökat de senaste åren. Under 2017 inkom 2359 sådana ärenden, vilket var 31 procent av samtliga ärenden och en marginell ökning jämfört med 2016.

Ärendeutvecklingen för de vanligaste problemområdena framgår av nedanstående tabell.

Primärvård, ärenden per problemområde		
	2017	2016 - 2017
Problem	Antal	Förändring, %
Vård och behandling	987	+ 4
Kommunikation	450	+ 9
Organisation och tillgänglighet	384	+ 10
Administrativ hantering	199	+ 8
Patientjournal och sekretess	124	+ 4
Ekonomi	95	- 52
Vårdansvar	36	- 23

Majoriteten av klagomålen på vård och behandling avsåg problem relaterade till undersökning/utredning, behandling samt läkemedel. En stor del av klagomålen på kommunikation avsåg bristande bemötande. Många klagomål avseende organisation och tillgänglighet avsåg delproblemen tillgänglighet respektive lång väntan på besökstid.

Klagomålen på ekonomi minskade tydligt jämfört med 2016. Detta beror på att klagomålen på den så kallade 24-timmarsregeln, som innebär att patienter får betala full patientavgift för besök som avbokats senare än 24 timmar före besöket, som infördes 2016 minskat.

Närakuter/husläkarjourer

Förvaltningen har sedan inledningen av 2016 särskilt följt klagomål avseende akutmottagningar. Under 2017 inkom 150 ärenden avseende dessa mottagningar i primärvården, vilket var 30 procent fler än föregående år. Vartannat klagomål avsåg vård och behandling, huvudsakligen undersökning/utredning, behandling och diagnos. I 23 procent av ärendena framfördes klagomål på organisation och tillgänglighet, huvudsakligen att man nekats besökstid. I 17 procent av ärendena hade anmälaren synpunkter på kommunikation, som stor utsträckning avsåg bemötande.

Akutsjukhus
I 2 112 ärenden framfördes klagomål på akutsjukhus, exklusive geriatriska kliniker. De utgjorde 28 procent av samtliga ärenden och ökade marginellt jämfört med 2016.

I 55 procent av ärendena hade anmälarna synpunkter på vård och behandling. Därefter följde kommunikation, till exempel bemötande, information och samverkan med patient/anmälare med 17 procent samt organisation och tillgänglighet med 9 procent. Den tydligaste förändringen utgjordes av en minskning av klagomålen på organisation och tillgänglighet med 16 procent.

Akutmottagningar

Totalt inkom 476 ärenden avseende akutsjukhusens akutmottagningar, vilket var 13 procent fler än 2016. I 57 procent av dessa framfördes synpunkter på vård och behandling, huvudsakligen undersökning/utredning behandling och diagnos.

Det förekom även synpunkter på brister i bemötande. Lång väntetid på akutmottagningen föreföll inte att utgöra något större problem under året, sådana synpunkter framkom i 27 ärenden.

Psykiatrisk vård
I 15 procent av ärendena framfördes klagomål på psykiatrisk vård. Totalt 1 148 ärenden inkom, vilket var en marginell förändring jämfört med föregående år.

Jämfört med föregående år sågs endast marginella skillnader mellan klagomålens fördelning på problemområden, med undantag av vård och behandling som ökade med 12 procent. Totalt inkom 579 sådana ärenden. Av dessa avsåg 52 procent brister rörande behandling och ytterligare 26 procent var relaterade till läkemedel.

Specialistvård utanför akutsjukhus
Ärenden avseende specialistvård utanför akutsjukhusen avser ett stort antal större och mindre mottagningar. Totalt 914 ärenden inkom under 2017. De utgjorde 12 procent av samtliga ärenden och ökade med 4 procent jämfört med 2016.

Drygt hälften av ärendena avsåg vård och behandling. Dessa ökade med 13 procent jämfört med 2016. Därefter följde kommunikation med 17 procent av ärendena.

De vanligaste specialiteterna var ortopedi och obstetrik-gynekologi som stod för 20 respektive 13 procent av ärendena.

Tandvård
Antalet ärenden som avser tandvård har under många år uppgått till strax över 300. Under 2015 ökade antalet tydligt, för att året därpå minska till ungefär den tidigare nivån. Minskningen fortsatte under 2017, då 289 ärenden inkom, vilket var 14 procent färre än 2016.

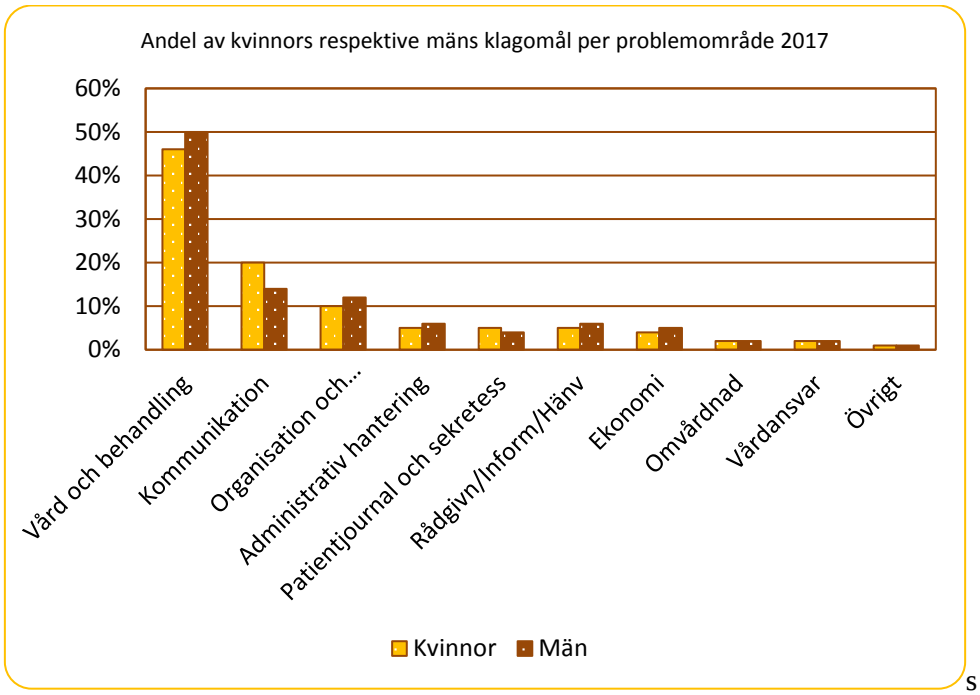
Närmare 60 procent av ärendena avsåg vård och behandling, därefter följde ekonomiska frågeställningar med cirka 20 procent.

Övrig vård

I 7 procent av ärendena framfördes klagomål på övrig vård, totalt 563 ärenden, vilket var 8 procent färre än föregående år. Här registreras ärenden som avser landstingsövergripande frågor samt bland annat ambulanssjukvård, medicinsk fotvård, hjälpmedel och syncentraler.

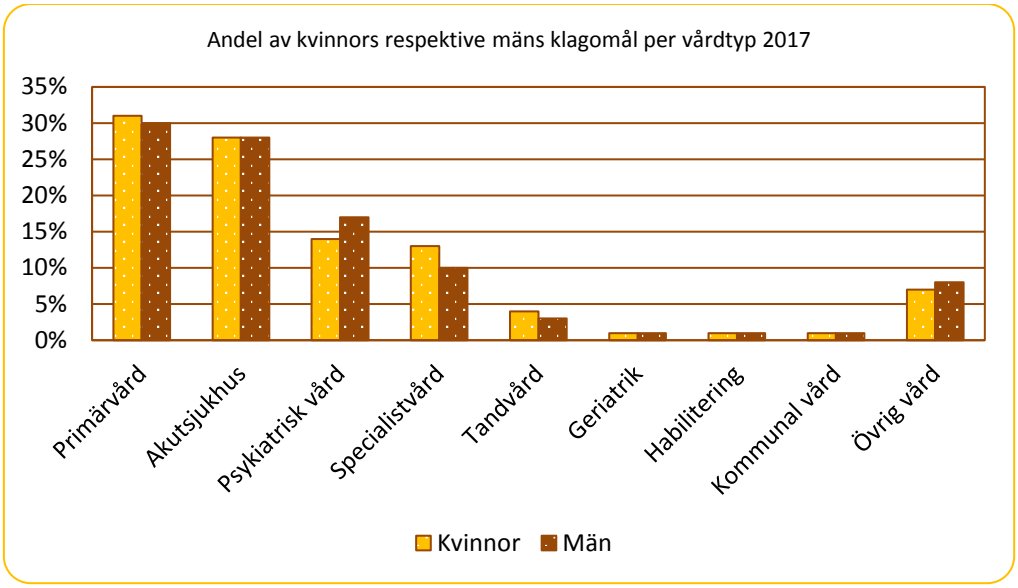
Ärenden per kvinnor och män

Under 2017 avsåg 63 procent av ärendena kvinnor. Andelen har under de senaste åren varierat mellan 61 och 63 procent. Kvinnors och mäns klagomål fördelade sig tämligen likartat mellan problemområdena. Kvinnor klagade mer än män på kommunikationsbrister, vilket innefattar bemötande, delaktighet och information, medan män i större utsträckning än kvinnor klagade på brister rörande vård och behandling samt organisation och tillgänglighet. I övrigt var skillnaderna små, vilket framgår av nedanstående diagram.



s

Även vad gällde kvinnors och mäns klagomål på vårdtyper var skillnaderna relativt små. Synpunkter på primärvård och specialistvård utanför akutsjukhusen var något vanligare bland kvinnor, medan klagomål på psykiatrisk vård var något vanligare bland män. Ärendenas fördelning mellan olika vårdtyper framgår av diagrammet på nästa sida.



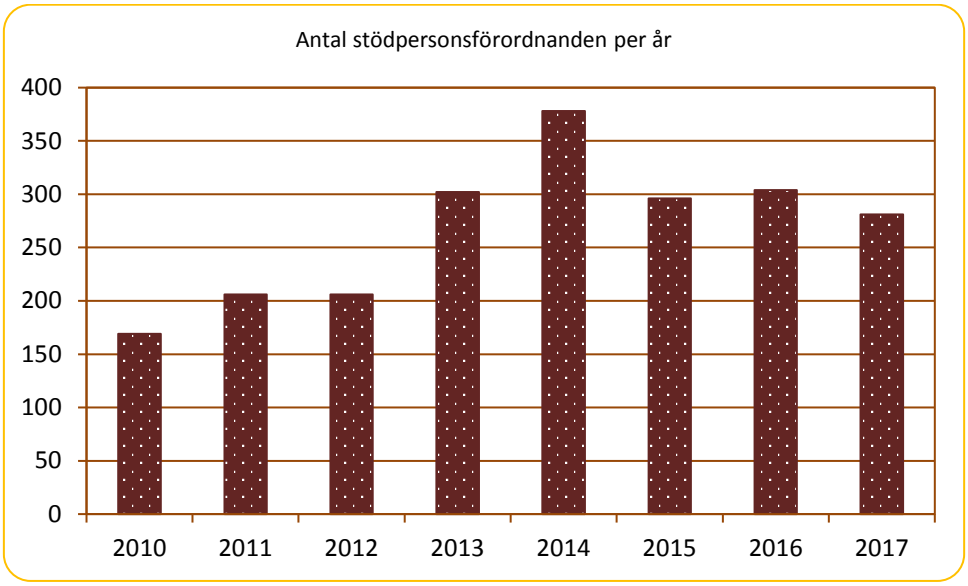
4.4.2 Stödpersonsverksamheten

Patientnämndens förvaltning har enligt 30 och 31 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) en skyldighet att förordna stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin. Det gäller även patienter som vårdas enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) eller isoleras enligt smittskyddslagen (2004:168).

Under 2017 genomfördes 281 nya förordnanden, vilket var 23 färre än 2016.

Den sista december 2017 hade 191 patienter stödperson, vilket var 23 fler än vid föregående årsskifte.

Diagrammet nedan visar utvecklingen per år sedan 2010.



Varje förordnande medför en kostnad om minst 1 500 kr per månad. Därutöver kan reseersättning för stödpersonerna i samband med besök hos patienterna tillkomma.

4.4.3 Statistik

Data sammanställs rutinmässigt på årsbasis i en rapport som tillställs Socialstyrelsen/IVO och övriga som är intresserade. Den anmäls också i landstingsfullmäktige.

Ett ökande antal av länets vårdgivare följer regelbundet sina ärenden hos förvaltningen och tillsänds rapporter över dessa varje månad respektive år. Inte minst när det gäller det ökande intresset för patientsäkerhet har vårdgivarna stor nytta av att ta del av förvaltningens erfarenheter. Därutöver efterfrågas erfarenheterna av Hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med nyteckning och förlängning av avtal med vårdgivare samt av de tre sjukvårdsstyrelserna.

Dessa rapporter sammanställs och skickas automatiskt med e-post. Månadsrapporterna hade vid utgången av 2017 cirka 1 200 mottagare och årsrapporterna något fler.

Den kunskap om vården i länet som förvaltningens ärendehantering genererar efterfrågas även av andra enheter, såväl inom som utanför landstinget. Under 2017 expedierades utöver ovanstående automatiska rapporter cirka 150 manuellt framtagna sammanställningar.

4.4.4 Information

Förutom framtagande och sammanställning av data enligt ovan har förvaltningens personal gjort besök hos vårdgivare samt patient- och intresseföreningar för att informera om verksamheten samt om ärenden som varit aktuella. Personalen föreläser även vid utbildningstillfällen för utländska läkare, kuratorer, undersköterskor, medicinska sekreterare och vid grundutbildningar för blivande tandläkare, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Sammanlagt har 52 sådana informationstillfällen genomförts under 2017.

4.4.5 Förebyggande arbete

Genom sitt förebyggande arbete bidrar patientnämnden till ökad kvalitet i hälso- och sjukvården. Nämnden föreslår förbättringsåtgärder i så kallade principärenden. Detta är ärenden av allvarlig karaktär eller sådana som får allvarliga följder. Det kan också vara ärenden rörande ett vanligt förekommande eller aktuellt problem.

Under året har ett principärende behandlats i nämnden. Detta avsåg en gravid kvinna med influensasymtom som nekades vård.

Därutöver har återföring i fem tidigare principärenden inkommit och godkänts av nämnden. Dessa har avsett:

- succesiv ökning av klagomål på brister i vårdgarantin.
- bristfällig information och ej inhämtat samtycke i samband med smärtsam behandling.

- avsaknad av rutiner för informationsöverföring mellan ambulanssjukvård och hemtjänst.
- remiss skickad till privat vårdgivare som inte debiterar enligt offentlig taxa.
- brister i vårdgarantin vid neuropsykiatriska utredningar.

Förvaltningen kan genom sitt ärendehanteringsprogram enkelt följa olika typer av problem som bedöms vara av speciellt intresse eller särskilt allvarliga och vidta lämpliga åtgärder för att uppmärksamma vården på missförhållanden.

Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vårdgivare. Åtgärderna kan avse en övergripande nivå eller endast det enskilda ärendet.

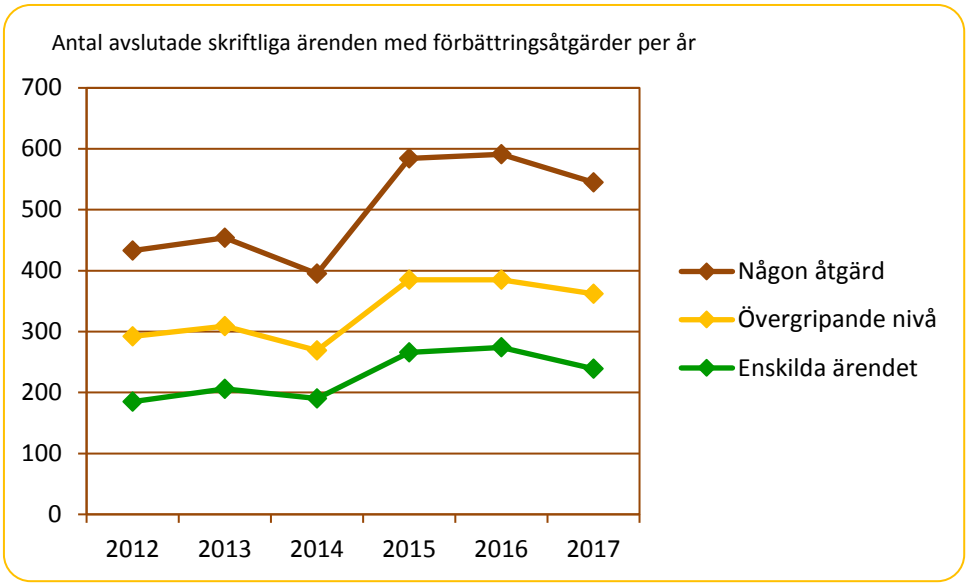
4.4.6 Ärenden med förbättringsåtgärder

Många av de ärenden som hanteras av förvaltningen leder till förbättringsåtgärder hos vårdgivarna. De åtgärder som vidtas kan avse en övergripande nivå eller endast omfatta det enskilda ärendet.

Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vårdgivare. Det kan självfallet också förekomma att åtgärder vidtagits utan att det kommit till förvaltningens kännedom.

En stor de av de ärenden som inkom under senare delen av 2016 var vid årets slut fortfarande under utredning och alla förbättringsåtgärder hade inte kommit till förvaltningens kännedom. Därför har samtliga ärenden som avslutats under 2016, oavsett när de inkom, analyserats avseende förbättringsåtgärder.

Diagrammet nedan visar antalet ärenden med förbättringsåtgärder under 2012 till 2017.

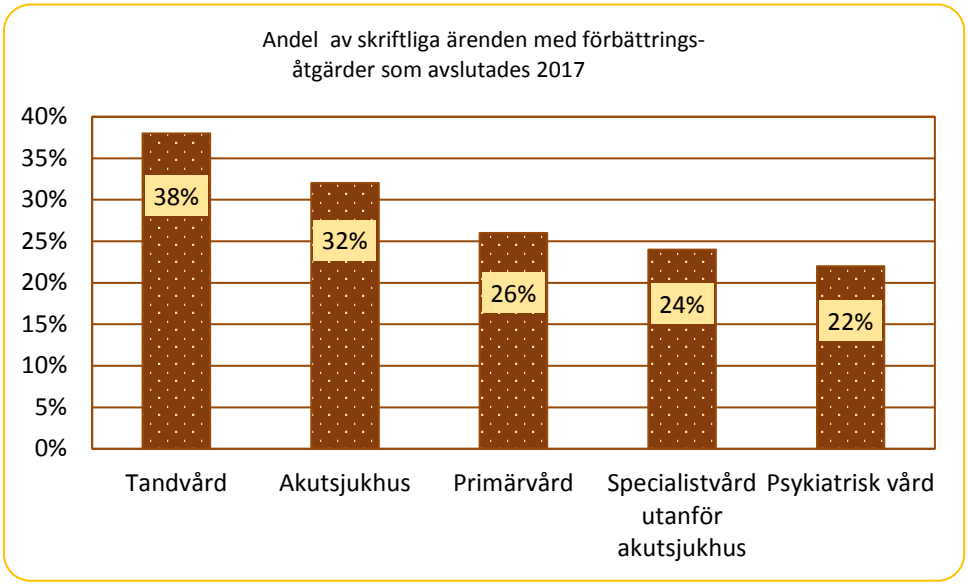


Under året avslutades totalt cirka 1 970 ärenden där yttranden hade inhämtats från vården. Förbättringsåtgärder hade vidtagits i 545 av dessa, det vill säga 28 procent, vilket var 8 procent färre än 2016.

I 362 ärenden hade åtgärder vidtagits på en övergripande nivå och 239 hade föranlett åtgärder för att rätta till misstag i det enskilda ärendet. Då båda typerna av åtgärder kan förekomma i samma ärende var antalet åtgärder större än antalet ärenden.

4.4.7 Förbättringsåtgärder per vårdtyp

Andelen ärenden med dokumenterade förbättringsåtgärder varierar mellan vårdtyperna, vilket framgår av diagrammet nedan.



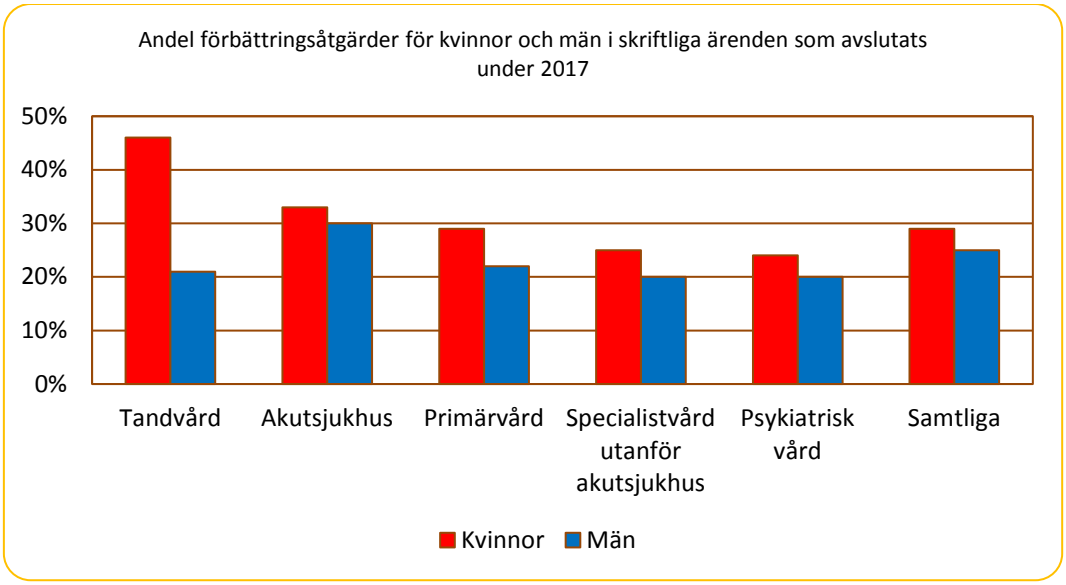
Den högsta andelen förbättringsåtgärder sågs som tidigare i ärenden som avsåg tandvård. Antalet ärenden var dock begränsat. En vanlig åtgärd var att man krediterade eller ersatte patienter för kostnader som inte klargjorts tillräckligt tydligt i förväg.

4.4.8 Förbättringsåtgärder i ärenden rörande kvinnor och män

Under 2017 kunde skillnader mellan könen ses. Förbättringsåtgärder hade vidtagits i 29 procent av de ärenden som gällde kvinnor och 25 procent av dem som gällde män.

Åtgärder på övergripande nivå hade vidtagits i 19 procent av kvinnornas och 16 procent av männens ärenden. Åtgärder i det enskilda ärendet hade vidtagits i 13 procent av kvinnornas och 11 procent av männens ärenden.

Mäns och kvinnors andelar ärenden med förbättringsåtgärder varierar något mellan vårdtyperna, vilket framgår av diagrammet på nästa sida.



Den stora skillnaden mellan män och kvinnor i tandvård har inte setts under tidigare år. Sannolikt kan den åtminstone delvis förklaras med att antalet ärenden är relativt begränsat.

4.4.9 Förvaltningens bidrag till ökad patientsäkerhet i vården

De ärenden som inkommer till patientnämndens förvaltning utgör en värdefull kunskapskälla och det är angeläget att erfarenheterna tas tillvara i vårdens patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsaspekter finns med i många av nämndens ärenden avseende alla former av hälso- och sjukvård och på alla nivåer.

I förvaltningens utredningar av ärenden uppmärksammas bakomliggande problem och faktorer. Förvaltningen har i många fall kunnat bidra till att rutiner i vården förbättrats, vilket i sin tur lett till ökad patientsäkerhet.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har utarbetat åtta åtgärdspaket omfattande vanliga vårdskador. Dessa innehåller information till vården bland annat om vilka rutiner som ska följas och beskrivningar av dessa. Förvaltningen följer ärenden avseende:

- vårdrelaterade infektioner
- fall och fallskador
- trycksår
- undernäring
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- läkemedelsrelaterade problem.

Vårdrelaterade infektioner
Ärendena ökade jämfört med föregående år, från 84 till 107. Drygt hälften av klagomålen avsåg akutsjukhus där ortopedi och obstetrik-gynekologi utgjorde de vanligaste specialiteterna. Klagomålen avsåg huvudsakligen vård och behandling.

Fall och fallskador
Under 2017 inkom 15 ärenden avseende omvårdnadsrelaterade fall och fallskador, vilket är samma antal som föregående år. I fyra fall vardera hade olyckorna skett vid akutsjukhus respektive i kommunal vård.

Trycksår
I 11 ärenden framkom att patienten fått trycksår under vårdtiden, vilket var fyra färre än föregående år. Patienterna var oftast äldre och vården hade i stor utsträckning skett på akutsjukhus.

Undernäring
I ett fåtal ärenden framfördes synpunkter relaterade till undernäring. Dessa avsåg akutsjukhus respektive kommunal vård. Ett betydligt större antal ärenden avsåg andra brister rörande kost och nutrition, till exempel att maten var osmaklig, att specialkost inte kunde erbjudas eller att patienten inte fick någon mat alls.

Läkemedelsrelaterade klagomål
Förvaltningen kan inte särskilja ärenden rörande läkemedelsfel i vårdens övergångar från övriga läkemedelsrelaterade problem.

Ärenden avseende läkemedelsproblem har ökat kontinuerligt. Under 2017 inkom 1 068 sådana ärenden, vilket var 6 procent fler än föregående år.

Totalt 36 procent av ärendena avsåg primärvård, 24 procent psykiatrisk vård och 21 procent vård vid akutsjukhus.

4.4.10 Övrigt

Intresset för att få ta del av förvaltningens erfarenheter ökar successivt för varje år och medarbetarna deltar ofta vid utbildningar och konferenser som berör patientsäkerhetsfrågor inom länet. I november 2017 anordnades landstingets patientsäkerhetsdagar och förvaltningen deltog inför dessa i både styr- och arbetsgrupper. Under själva konferensen var förvaltningen också brett representerad; i den inledande paneldebatten deltog förvaltningschefen och dessutom höll stödpersonssamordnaren ett miniseminarium där hon presenterade en genomförd enkät rörande vad patienter som har stödpersoner tycker om detta. Därtill presenterades en poster som illustrerade under året inkomna läkemedelsärenden. Förvaltningen hade också en egen monter.

För att ytterligare möjliggöra att erfarenheterna tas tillvara är förvaltningen knuten till landstingets centrala patientsäkerhetskommitté.

Förvaltningens medarbetare bevakar kontinuerligt vissa områden och medverkar därmed också i olika seminarier och konferenser.

Dessutom var patientnämnden representerad vid den internationella patientsäkerhetskonferensen, International Forum on Quality and Safety in Health Care, i London under våren.

4.5 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

Förvaltningens databas innehåller för närvarande knappt 85 000 ärenden avseende klagomål och synpunkter på vården. Vid registrering anges bland annat patientens kön samt ålder i tioårsgrupper. I ett fåtal ärenden är patientens kön inte känt. Vanligen har kontakten i dessa ärenden skett helt med e-post. Ibland har anmälarens namn inte framgått, ibland har det inte varit möjligt att avgöra könet även om namnet angetts. Anmälarnas kön och ålder följs och analyseras samt redovisas i ett särskilt avsnitt i förvaltningens kvartalsrapporter samt i andra redovisande dokument.

Under 2017 avsåg 63 procent av ärendena kvinnor. Andelen har under de senaste åren varierat mellan 61 och 63 procent.

Majoriteten av medarbetarna, med undantag av de senast anställda har deltagit i landstingets certifierade mångfalds- och jämställdhetsutbildning. I denna ingår att göra en mindre studie med inriktning mot jämställdhet. Underlag för dessa har hämtats i förvaltningens databas.

4.6 Produktivitet

Avser ej Patientnämnden

5. Ekonomi

Förvaltningen har per den 31 december 2017 ett ekonomiskt överskott. Till stor del beror detta på att ett par tjänster varit vakanta under varierande tid under året, samt att skatteverket meddelat att nämnden inte kommer att eftertaxeras gällande arbetsgivaravgifter på stödpersonernas omkostnadsersättning. Medel för detta har reserverats men inte betalats in till skattemyndigheten. Därutöver har vissa effektiviseringar gjorts inom administrationen.

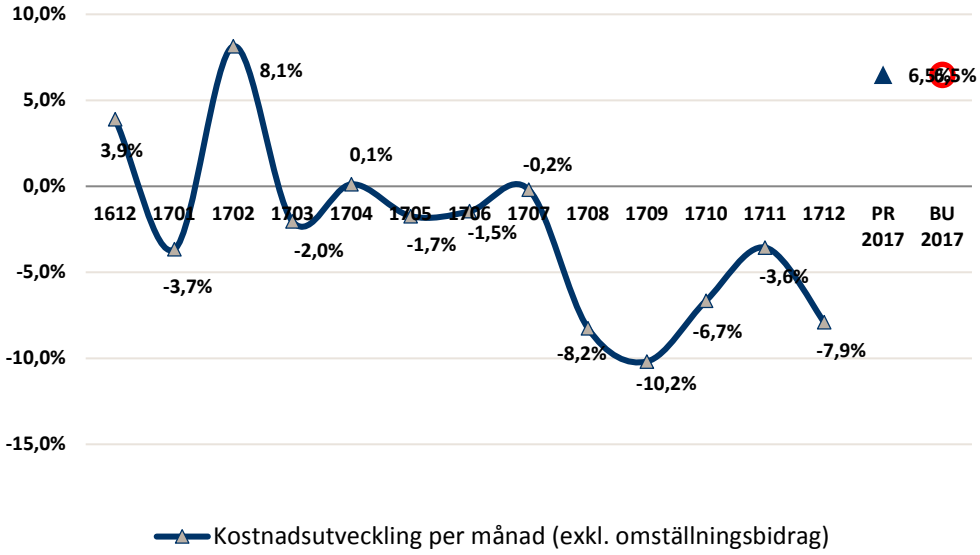
5.1 Resultatutveckling

Resultaträkning Mkr	Bokslut 2017	Budget 2017	Avvik AC-BU	Bokslut 2016	Föränd %
Försäljning övriga tjänster	1,5	1,5	0,0	1,6	-6,3 %
Landstingsbidrag	23,3	23,3	0,0	22,5	3,6 %
Övriga intäkter	0,1		0,1	0,0	
Verksamhetens intäkter	**24,9**	**24,8**	**0,1**	**24,1**	**3,3 %**
Bemanningskostnader	-17,4	-19,3	1,9	-20,7	-15,9 %
Verks ankn tjänster	-0,1	-0,1	0,0	0,0	
Lokal- och fastigh kostnader	-1,8	-1,9	0,1	-1,8	0,0 %
Övriga kostnader	-3,0	-3,5	0,5	-1,8	66,7 %
Verksamhetens kostnader	**-22,3**	**-24,8**	**2,5**	**-24,3**	**-8,2 %**
Avskrivningar	0,0		0,0	0,0	
Finansnetto			0,0		
Resultat före bokslutsdispositioner och skatt	**2,6**	**0,0**	**2,6**	**-0,2**	
Koncernbidrag			0,0		
Justerat resultat	**2,6**	**0,0**	**2,6**	**-0,2**	
Bokslutsdispositioner			0,0		
Resultat efter bokslutsdispositioner och skatt	**2,6**	**0,0**	**2,6**	**-0,2**	

Resultatet blev 2,6 mkr bättre än budgeterat. De övervägande förändringarna mellan 2016 och 2017 års resultat är förändringar i stödpersonsverksamheten, vilket innebar minskade kostnader från 5,7 mkr till 2,2 mkr.

Ersättningen för primärtjänster från kommunerna har minskat från 1,6 mkr till 1,5 mkr.

5.1.1 Verksamhetskostnadsutveckling



Kostnadsutvecklingen för år 2017 har varit positiv. Till stor del beror det på att ett par tjänster varit vakanta under varierande tid, däribland förvaltningschefstjänsten som var obesatt under januari och februari, samt att skatteverket meddelat att nämnden inte kommer att eftertaxeras gällande arbetsgivaravgifter för stödpersonernas omkostnadsersättning, vilka reserverats men som nu inte behöver inbetalats till skattemyndigheten. Därutöver har vissa effektiviseringar gjort inom administrationen.

5.1.2 Bemanningskostnader

Bemanningskostnader Mkr	Bok-slut 2017	Budget 2017	Avvik AC-BU	Bok-slut 2016	För-änd %
Summa personalkostnader	-17,4	-19,3		-20,7	-15,9 %
varav förändring sem- och löneskuld	-0,1		-0,1	0,0	
varav lönekostnad	-17,2	-19,2	2,0	-20,6	-16,5 %
varav sjuklönekostnad	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0 %
Inhyrd personal		0,0	0,0		
varav läkare			0,0		
varav sjuksköterskor			0,0		
varav övrig personal			0,0		
Summa bemanningskostnad	-17,4	-19,3	-0,1	-20,7	-15,9 %
varav omställningskostnader			0,0		
Bemanningskostnad exkl omställningskostn	-17,4	-19,3	-0,1	-20,7	-15,9 %

Lönekostnaderna, vilka utgör den största delkomponenten av personalkostnaderna, har minskat med 15,9 procent, det vill säga 3,3 mkr jämfört med årsbokslut 2016. Minskningen består främst av tillfällig minskning av personal.

5.1.3 Avvikelser – årets utfall mot årsbudget

Orsak, textkommentar Mkr	Intäkt Avvik AC-BU 2017	Kostnad Avvik AC-BU 2017	Resultat Avvik AC-BU 2017
Intäkter	0,1		0,1
Personalkostnader		1,9	1,9
Lokalkostnader		0,1	0,1
Övriga kostnader		0,5	0,5
Ev ej analyserad restpost			0,0
Summa avvikelse	0,1	2,5	2,6

Bemanningskostnaderna har minskat med 1,9 mkr i jämförelse med budget vilket har berott på vakanta tjänster och senarelagd rekrytering av personal.

5.1.4 Förändring – årets resultat mot föregående år

Orsak, textkommentar Mkr	Intäkt Förändring AC 2017-2016	Kostnad Förändring AC 2017-2016	Resultat Förändring AC 2017-2016
Intäkter	0,8		0,8
Personalkostnader		3,3	3,3
Lokalkostnader		0,0	0,0
Övriga kostnader		-1,2	-1,2
Ev ej analyserad restpost			0,0
Summa avvikelse	0,8	2,1	2,9

De övervägande förändringarna mellan 2016 och 2017 års resultat är att personalkostnaderna har minskat med 3,3 mkr.

5.1.5 Externa intäkter och kostnader

SLL-extern resultaträkning, Mkr	SLL-externt Bokslut 2017	SLL-externt Bokslut 2016	Förändr %	SLL-externt Budget 2017	Avvik AC-BU
Verksamhetens intäkter	1,5	1,6	-6,3 %		2
Verksamhetens kostnader	-4,1	-3,5	17,1 %		-4
Avskrivningar					0
Finansnetto					0
Resultat	-2,6	-1,9	36,8 %	0	-3

Externa kostnader har ökat med 0,6 mkr i jämförelse med år 2016. Detta beror på ökade IT-kostnader.

5.1.6 Övriga kostnader

Konsultkostnader

IT-tjänster uppgår till 1,6 mkr varav 1,4 mkr avser externa IT-tjänster.

5.1.7 Avskrivningar och finansnetto

Avskrivningarna uppgick till 40 tkr, kommer att minska under 2018.

5.2 Resultatdisposition

Det egna kapitalet består av följande

Året resultat	2 579 mkr
Lokalt eget kapital	458 tkr
Totalt eget kapital	3 037 mkr

5.3 Investeringar

Förvaltningen har investerat i 4 Ipads och 4 datorer under året.

5.4 Balansräkning

Balansräkning Mkr	2017-12-31	2016-12-31	Förändring
Tillgångar			
Anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Omsättningstillgångar	6,6	4,5	2,1
varav kassa och bank	5,4	3,6	1,8
SUMMA TILLGÅNGAR	6,6	4,5	2,1
Eget kapital	3,0	0,3	2,7
Avsättningar (samt ev. minoritetsintresse)			0,0
Skulder	3,6	4,2	-0,6
Långfristiga skulder			0,0
Kortfristiga skulder	3,6	4,2	-0,6
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	6,6	4,5	2,1

Tillgångarna har ökat med 2,1 mkr, varav kassa och bank med 1,8 mkr från 2016 års bokslut till 2017 års bokslut. Eget kapital har ökat med 2,7 mkr beroende på att 2017 års resultat är plus 2,6 mkr medan 2016 års resultat var minus 0,2 mkr. Skulderna har minskat från 4,2 mkr 2016 års bokslut till 3,6 mkr i 2017 års bokslut.

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys Mkr	2017-12-31
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	1,6
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-0,1
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	0,2
Årets kassaflöde	1,7

Kassaflödet under 2017 innebar att likvida medel ökade från 3,6 mkr till 5,3 mkr.

6. Verksamhetsstöd

6.1 Miljö

Patientnämndens förvaltning är sedan 2004 miljöcertifierad enligt ISO 14001. Sedan slutet av 2013 ingår förvaltningen i ett gemensamt miljöledningssystem (Gem MLS) tillsammans med LSF, HSF, Kulturförvaltningen, Tillväxt- och regionplaneförvaltningen samt AB SLL Intern Finans. Detta leds av ett särskilt råd bestående av förvaltningschefer respektive VD från ingående verksamheter.

Det operativa utvecklingsarbetet utreds, planeras och utförs av samordningsgruppen på rådets uppdrag, där miljösamordnaren för patientnämndens förvaltning ingår. Samordningsgruppen har ett större miljösamordnaruppdrag än övriga miljösamordnare inom ledningssystemet.

Externa revison har genomförts och tidigare uppkomna avvikelser har åtgärdats. Landstingsrevisionerna påpekade under det gånga året på behovet av att kvalitetssäkra miljödata. Då problemet inte enbart gäller patientnämndens förvaltning är detta ett ärende för det gemensamma ledningssystemet där samordningsgruppen arbetar med frågan.

6.1.1 Miljöprogram 2017–2021

Förvaltningen har lokala och gemensamma miljömål tillsammans med de andra enheterna som ingår i Gem MLS och arbetar aktivt med miljöfrågor genom att följa Miljöprogram 2017–2021 och uppfylla de krav som är relevanta för verksamheten. Dessvärre kan förvaltningen och det gemensamma ledningssystemet inte implementera hela miljöprogrammet då endast en punkt av programmet är tillämplig för förvaltningens verksamhet och det

gäller delmål sju som berör mobilitet och digitalisering. Detsamma gäller redovisningen enligt anvisningsdokumentet för redovisning av miljöparametrar. Enligt landstingets miljöpolitiska program lämnas nedanstående redovisning för förvaltningens miljöarbete.

6.1.2 Ledningssystem

Förvaltningens miljöarbete integreras i den ordinarie verksamheten genom att knyta an till kvalitetsarbetet och budgetprocessen. Särskild rutin för miljökonsekvensbedömning finns. Hänsyn tas till resultatet av de eventuella miljökonsekvensbedömningar som görs vid ombyggnationer eller större investeringar. Detta har tidigare gjorts vid ombyggnationer av kontorsutrymmen och anskaffning av rörelsestyrd belysning i våtutrymmen med en tidigare mål- och handlingsplan.

Förvaltningen kommer att integrera alla processer för att ytterligare knyta ihop sambandet mellan miljö, ekonomi och kvalitet. Arbetet kommer att fortskrida som en ständigt pågående process, inte minst då den kommande omarbetade ISO-standarden kräver detta.

För övrigt är förvaltningens miljösamordnare diplomerad internrevisor för miljö och integrerade ledningssystem i miljö, kvalitet och arbetsmiljö.

Det gemensamma certifierade miljöledningssystemet har miljömålshierarki. Överst gäller landstingets miljöpolitiska program. Fokusområden från miljöpolitiska programmet har brutits ner i en övergripande, gemensam mål- och handlingsplan samt en lokal mål- och handlingsplan för patientnämndens förvaltning. Under året har personalen gått igenom den checklista som följer upp lagkrav och miljömål.

6.1.3 Övrig redovisning

Klimatneutrala tjänster
Personalen reser med kollektiva transportmedel. De fåtaliga taxiresorna görs företrädesvis med bilar som använder förnybara bränslen. Tåg är alltid ett förstahandsalternativ vid inrikesresor.

Enligt den gemensamma mål- och handlingsplanen för GemMLS ska förvaltningar och bolag minska resandet med flyg till Malmö, Göteborg och Sundsvall och i stället använda mera klimatneutrala färdmedel

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 dylikt är i viloläge. I dagsläget går det inte få fram uppgifter för den egna elförbrukningen då det inte finns en separat elmätare för förvaltningen. Dessutom ingår kostnad för el och uppvärmning i månadshyran. Förvaltningen har en annan hyresvärd än Locum.

Läkemedel
Patientnämndens förvaltning använder varken lustgas eller läkemedel i sin verksamhet, men uppmärksammar om det i inkommande ärenden finns frågor som berör läkemedel och miljö.

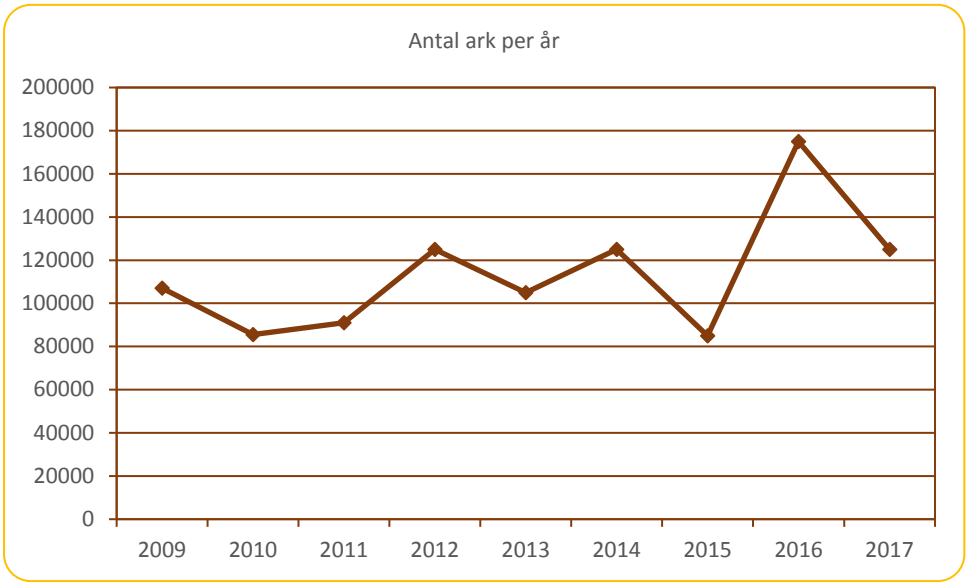
Kemikalier/farligt avfall
Förvaltningen använder inte kemikalier i sin kärnverksamhet. De kemikalier som används är maskindiskmedel samt de medel som används vid städning. Hyresvärden, KLF Fastighets AB som är miljöcertifierad, ansvarar för upphandling av städtjänst.

Förvaltningen har införskaffat laddningsbara batterier för att få ner antalet förbrukade batterier. Under året har förvaltningen behövt komplettera med en ny uppsättning batteriladdare och batterier. Kvaliteten/livslängden på återuppladdade batterier är inte den bästa.

Matavfall
Förvaltningen har bestämt att inte avskilja komposterbart matavfall då mängderna är för små för att det ska kunna tas omhand och omvandlas till naturgas.

Produkter och Upphandling
Förvaltningen gör inköp med hjälp av landstingets upphandlade leverantörer. All frukt samt te och kaffe köps in av upphandlade leverantörer. Miljökonsekvensbedömning görs vid behov och resurssnålhet och kretsloppstänkande beaktas så långt det är möjligt. I dagsläget är det inte realistiskt att målsätta pappersförbrukningen. Förvaltningen bevakar dock denna, då den är den enskilt största miljöaspekten. Som ett led i detta har ett digitaliseringsprojekt startats vid förvaltningen, vilket kommer att effektivisera arbetsprocesserna och minska pappershanteringen.

Diagrammet nedan visar förvaltningens pappersförbrukning sedan 2009.



Kommunikation
Miljöfrågorna kommuniceras vid APT, mail och Intranät. Alla nämndens tjänsteutlåtanden konsekvensbedöms utifrån miljö, patientsäkerhet och jämställd vård.

Under våren har förvaltningens miljösamordnare deltagit i utbildning vid SIS för att ta del av nyheter rörande den omarbetade miljöstandarden som ska vara implementerad före 2018 års utgång. Dessvärre har förvaltningens anställda inte kunnat göra den elektroniska miljöutbildningen då den varit inaktuell.

6.2 Socialt ansvarstagande

6.2.1 Jämställdhet och jämlikhet

Ja	Delvis	NEJ
Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning X	Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning

Likvärdig behandling av alla invånare
Alla medborgare har oavsett ålder och kön, sexuell läggning, könsidentitet, etnisk och kulturell bakgrund, eventuell funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper med mera samma möjligheter att vända sig till patientnämndens förvaltning. De som har synpunkter på vården eller ansöker om stödperson kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

Vid handläggning av ärenden framkommer vanligen anmälarens kön och ålder. Därutöver framgår ibland att anmälaren har en funktionsnedsättning. I en del fall framkommer även anmälarens etniska och kulturella bakgrund. Det är dock tämligen ovanligt att förvaltningen i samband med ärendehandläggning får kunskap om anmälares sexuella läggning och könsidentitet.

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 till exempel väntrum har samtliga broschyrer en karaktäristisk utformning.

Majoriteten av de anställda talar tämligen god engelska, och i några fall ytterligare ett europeiskt språk. I övrigt finns personal som talar serbokroatiska, mandarin, kantonesiska, persiska samt i viss utsträckning japanska, hebreiska och arabiska. Vid kontakter med anmälare som inte kan kommunicera på svenska eller något annat språk som talas av de anställda används tolk och skrivelser mellan förvaltningen, anmälaren och vården 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.

Förvaltningen analyserar och redovisar könsuppdelad statistik och följer i övrigt utvecklingen.

I händelse av att förvaltningen genom sina ärenden får kännedom om brister i jämlikhet och jämställdhet i vården kommer ansvariga att informeras om detta.

6.2.2 Nationella minoriteter

Ja	Delvis	NEJ
Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning X*	Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning

* I den utsträckning det är tillämpligt för verksamheten.

Förvaltningen har informationsbroschyrer på totalt 15 språk, däribland samtliga minoritetsspråk. Webbsidan har information på finska och engelska. Vid kontakter med anmälare som inte kan kommunicera på svenska eller något annat språk som talas av de anställda används tolk och skrivelser mellan förvaltningen, anmälaren och vården översätts. Två av de anställda talar finska.

6.2.3 Barnkonventionen

Ja	Delvis	NEJ
Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning.	Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning. X	Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning.

Förvaltningen har vid flera tillfällen under det gånga året arbetat med frågan hur vi bäst når barnen. Kontakter har även tagits med ansvarig handläggare för social hållbarhet i syfte att få ytterligare uppslag för att ta fram lämplig kommunikation och hitta kommunikationskanaler som vänder sig till barn.

Under året har en medarbetare deltagit i utbildning med rörande kommunikation med inriktning på sociala medier i syfte att nå barn och ungdomar.

6.2.4 Arbete för tillgänglighet

Ja	Delvis	NEJ
Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning X	Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning

Under 2017 har förvaltningen utifrån policyn Delaktighet för personer med funktionsnedsättning och dess tillämpningsanvisningar tagit fram en handlingsplan för verksamheten. Förvaltningen har utsett en handläggare med särskilt ansvar för området.

Möta människor med respekt

- Under 2017 har fyra medarbetare gått de certifierade jämställdhets- och jämlikhetsutbildningen. Förvaltningen följer ärenden där anmälaren har upplevt särbehandling eller diskriminering, dessa är dock relativt få. Representanter för DO har besökt förvaltningen.

Användarvänlig kommunikation

- En av förvaltningens handläggare har särskilt ansvar för att utveckla och följa upp kommunikativ användarvänlighet. Under året har skriftligt material systematiskt setts över avseende enkelt och begripligt språk samt formgivning för bästa läsbarhet.
- Förvaltningen har under 2017 inlett ett arbete för att ta emot och hantera klagomål digitalt, vilket kommer att öka tillgänglighet och användarvänlighet vid kontakterna med förvaltningen.
- De som inte själva har möjlighet att göra en skriftlig anmälan till förvaltningen får hjälp med detta. I de fall anmälaren föredrar att skriva på annat språk än svenska ombesörjer förvaltningen översättning av samtliga skrivelser som utväxlas mellan anmälaren, förvaltningen och vården under handläggningen. Samtliga medarbetare kan använda tolk- och förmedlingstjänster som teletal, texttelefon md mera.
- Den som ringer förvaltningen under kontorstid får som regel kontakt med en handläggare.

Fysisk tillgänglighet

Förvaltningen har få besök. Lokalerna är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Dock saknar förvaltningen toalett med utrymme för rullstol. Sådana finns på flera andra våningsplan i fastigheten och kan enkelt nås med hiss.

Öppenhet och samverkan

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

Allas arbetsförmåga tillvaratas

Vid rekrytering under 2017 har kravprofiler och annonser tagits hänsyn så att personer med funktionsnedsättning inte diskrimineras.

6.2.5 Uppförandekod för leverantörer

Ej aktuellt för Patientnämnden

6.2.6 Folkhälsa

Förvaltningens bidrag till landstingets folkhälsoarbete består av en databas med ett omfattande statistiskt material med cirka 85 000 registrerade ärenden avseende länets hälso- och sjukvård sedan juni 2002. Detta kan utgöra ett tillskott i arbetet med att analysera och förstå både vård- och folkhälsoperspektivet i patienternas möten med vården.

Under året inleddes en särskild kartläggning av klagomål avseende psykiatrisk vård, som kommer att fullföljas under 2018.

Därutöver bidrar förvaltningen till de egna medarbetarnas hälsa genom att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön samt tillvarata medarbetarnas resurser.

Har förvaltningen under året:

- antagit en handlingsplan för genomförande av landstingets folkhälsopolicy och landstingets handlingsplan för hälsa?

Ja	Nej	Kommentar
	X	Delar av förvaltningens arbete ansluter redan till eller har indirekt bäring på landstingets folkhälsopolicy trots avsaknad av egen plan. En handlingsplan för genomförande av landstingets folkhälsopolicy vid patientnämndens förvaltning kommer att utarbetas under 2018.

- haft en anställd med särskilt ansvar för folkhälsofrågor och/eller folkhälsoarbete?

Ja	Nej	Kommentar
X		Tillsattes under hösten 2017.

- fattat beslut som ligger i linje med landstingets folkhälsopolicy eller på annat sätt verkat för att genomföra policyn?

Ja	Nej	Kommentar - Om ja, ge gärna exempel
X		Patientnämnden har informerats om och antagit folkhälsopolicyn.

- utfört annat folkhälsoarbete utöver det som redan nämnts? Om ja, ge exempel.

Ja	Nej	Kommentar - Om ja, ge gärna exempel på sådant arbete
	X	Patientnämnden har under 2017 uppdragit till förvaltningen att analysera inkomna synpunkter och klagomål på psykiatrisk vård. Resultatet kommer att redovisas i en rapport under våren 2018. Denna kan indirekt bidra till folkhälsoarbetet exempelvis genom att ansvariga inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och vårdgivare också får tillgång till den.

6.3 Säkra processer

6.3.1 Informationssäkerhet

Ja	Nej	Kommentar
X		Förvaltningen har genomfört egenkontroll av regelefterlevnad och arbetat med informationssäkerhet under år 2017 på strategisk nivå genom att deklaration besvarats och godkänts i Compliance-portalen.

6.3.2 Säkerhet

Ja	Delvis	Nej
Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning X	Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning

Plan för beredskap, kris och kontinuitet har reviderats liksom förvaltningens riktlinjer för säkerhet. Styrdokument är beslutade i nämnd.

6.4 Digitaliseringsgrad

6.4.1 Uppföljning av landstingets digitaliseringsarbete

Förvaltningen har under 2017 inlett ett utvecklingsarbete mot ökad digitalisering avseende såväl kommunikation med anmälare/patienter/stödpersoner och vården som enklare och säkrare hantering av dessa ärenden internt i verksamheten. Ett nytt ärendehanteringssystem som beräknas tas i bruk under våren 2018 har utvecklats.

Systemet medför att klagomål kan anmälas digitalt via 1177 samt att all kommunikation med anmälarna kan ske digitalt med bibehållen sekretess. Ur ett medborgarperspektiv kan grupper som inte så ofta vänder sig till förvaltningen, till exempel yngre, nås när kommunikationen i större utsträckning sker digitalt. Så snart det är genomförbart kommer även kontakter med vården att ske digitalt.

Den digitala kommunikationen medför att den interna handläggningen av ärenden förenklas och effektiviseras. Därutöver ger systemet ett tydligt förstärkt IT-stöd vid handläggningen. Sammantaget leder detta till att förvaltningen kan ta emot och hantera ett större antal ärenden till en mindre kostnad.

7. Personal och utbildning

Personalen vid patientnämndens förvaltning arbetar huvudsakligen med patientärenden och utredningar samt information och utbildning riktad till allmänhet och vårdpersonal. Därutöver tillkommer rekrytering, utbildning och administration kring stödpersonsverksamheten för patienter som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen.

Personalgruppen bestod vid utgången av 2017 av 20 personer, varav en förvaltningschef, 16 kvalificerade handläggare med ekonomisk och juridisk kompetens samt legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård och tandvård samt tre administratörer vid nämndens expedition.

Under året har en ny förvaltningschef tillträtt sin tjänst, en handläggare har avgått med pension och två har nyanställts.

7.1 Verksamhetsförändringar och verksamhetsutveckling

Patientnämnden har inget att anföra avseende 2017.

7.2 Kompetensförsörjning

Personalomsättningen har som tidigare varit relativt liten. Under 2017 har en förvaltningschef och två handläggare anställts, samtliga kvinnor. Förvaltningen har aldrig upplevt några svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.

Förvaltningen har rutiner för rekrytering och anställning. Vid lika meriter företräde ges till manliga sökande, personer med funktionsnedsättning och sökande med annan etnisk bakgrund än svensk.

Förvaltningen arbetar sedan 2017 enligt KOLL/ProCompetence. Identifierade behov av kompetensutveckling anges även i medarbetarnas individuella styrkort.

Samtliga utom de senast anställda har skattat sin kompetens.

7.3 Utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling

Nya lagar, inte minst lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som trädde i kraft 2018-01-01 och GDPR, har föranlett utbildningsinsatser. Därutöver har särskilda satsningar gjorts gällande diskriminering; med stöd av diskrimineringsombudsmannen har hela personalgruppen arbetat med frågor gällande ofredande och sexuella trakasserier. Även frågor rörande patientsäkerhet har varit aktuella.

Under 2017 har fyra medarbetare gått den certifierade mångfalds- och jämställdhetsutbildningen. Enskilda medarbetare har också deltagit i utbildning med inriktning på till exempel kommunikation inom sociala medier i syfte att nå barn och ungdomar samt diarie- och arkivhantering inför VIR (verksamhetsbaserad informationsredovisning).

7.4 Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare

Lön sätts individuellt efter kompetens och prestation.

Förvaltningen har en policy mot kränkande särbehandling och 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.

Förvaltningens lokaler är tillgängliga och arbetsmiljön bedöms lämplig för personer med funktionsnedsättning. Dock saknas toalett som rymmer en rullstol. Sådana finns dock på flera andra våningsplan i fastigheten och kan enkelt nås med hiss. Möjlighet till ombyggnad av förvaltningens toaletter finns.

Flertalet medarbetare har genomgått den certifierade jämställdhets- och jämlikhetsutbildningen. Samtlig personal, med undantag av de senast anställda, har genomfört de webbaserade utbildningarna inom mångfaldsområdet respektive *Att undanröja hinder*.

Förvaltningen har tydliga rutiner för rekrytering. Vid lika meriter ges företräde för manliga sökande, personer med funktionshinder, yngre samt personer med annan etnisk bakgrund än svensk.

Inga anmälningar har gjorts till Arbetsmiljöverket. Skyddsronder har påvisat behov av mindre åtgärder som tätning av ett fönster, flyttning av belysning i ett rum samt behov av solfilm på södervända fönster.

Resultatet frånundersökningen 2017 har redovisats i avsnitt 3.3. Förvaltningen kommer att analysera resultatet och vid behov vidta åtgärder.

7.5 Mål och resultatorienterade chefer

Förvaltningens utvecklingschef har en upparbetad kompetensutvecklingsplan. Hon har deltagit i en ledarutbildning under 2017, går för närvarande ytterligare utbildning samt har anmälts till de årliga chefsdagarna i landstingets regi under våren.

8. Ledningens åtgärder

Det finns inga möjligheter att vidta åtgärder för att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna. De som har synpunkter på vården, ansöker om stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

Då antalet inkommande klagomålsärenden har ökat kontinuerligt till och med 2016 (men kvarlegat på denna nivå under 2017) har förvaltningen effektiviserat handläggningsprocesser, förtydligat mål och upprättat personliga styrkort med prioritering och precisering av uppdraget. Telefontillgängligheten har förbättrats genom att antalet ingående linjer mångdubblats.

Det arbete mot en högre digitaliseringsgrad, som dels ger ett utökat stöd vid handläggning av ärenden, dels underlättar kontakter mellan förvaltningen och såväl patienter, anmälare och stödpersoner som vården, som inletts under 2017 kommer sannolikt att slutföras under 2018.

9. Pågående rättsprocesser (tvister)

Patientnämnden har inga pågående rättsprocesser eller tvister.

10.Förväntad utveckling 2018

Under januari 2018 har ett effektiviseringsarbete inletts, där alla uppdrag och tjänster granskats, vilket resulterat i ett förslag om en verksamhetsförändring som kommer att genomföras under första halvåret 2018.

I princip finns inga möjligheter att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna då de som har synpunkter på vården, ansöker om stödperson eller önskar statistiska sammanställningar kontaktar förvaltningen utifrån egna behov och önskemål.

Nämnden finner det inte troligt att antalet patientärenden eller ansökningar om stödperson kommer att minska. Även om vissa typer av problem kan minska som en följd av nämndens och vårdens förebyggande insatser tyder andra faktorer på en utveckling även i motsatt riktning. Sjukvården befinner sig i en ständig utveckling. Både befolkningen och antalet patienter ökar i antal. Det har genomförts och planeras organisatoriska förändringar, bland annat i samband med att Nya Karolinska Solna togs i drift, samtidigt som det skapas nya patientströmmar mellan de olika vårdgivarna. Allt detta kan komma att påverka mängden ärenden som anmäls till patientnämnden.

Patientnämnden ska enligt 2 § i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, som trädde i kraft den 1 januari 2018, ta särskild hänsyn till barnets bästa så att deras frågor och synpunkter på den vård som de har fått, skyndsamt besvaras. Med anledning av detta kommer förvaltningen att revidera rutiner gällande ärendehandläggning.

Till detta kommer att ett förväntat stort antal klagomålsärenden som tidigare utretts av IVO från och med 2018 kommer att hänvisas till patientnämnden.

Förvaltningens fysiska informationsinsatser i form av möten kommer att framöver ytterligare begränsas, och fokus kommer att ligga på sammanhang där verkliga träffar är den optimala informationskanalen. Troligtvis kommer detta att gälla för vissa prioriterade målgrupper som patienter och deras organisationer, chefer och andra anställda inom vården, samt företrädare för landstingets politiska ledning.

I dag arbetar förvaltningen med aktiva informationsinsatser gentemot flera av dessa målgrupper och det kommer troligtvis att fortsätta. Denna tydligare målgruppsinriktning och prioritering har medfört att antalet externa informationstillfällen under året har minskat något.

Under 2017 genomfördes 39 sådana insatser, till exempel informationsmöten, utbildningstillfällen och träffar med intresseorganisationer. Förvaltningen planerar att utöka den information som finns tillgänglig på webbplatsen med presentations- och undervisningsmaterial som kan laddas ned av vården, organisationer med flera.

11. Övrigt

Samma redovisningsprinciper har använts som i den senaste årsrapporten.

12. Nämnd-/styrelsebehandling

Årsrapporten för januari-december 2017 behandlas i nämnden den 20 februari 2018.

13. Bilagor

A Återrapportering uppdrag
C Investeringar
D2 Personal- och kompetensförsörjningsplan 2018
E1 Övriga avsättningar ansvarsförbindelser och tvister
E2 Åtgärdsprogram
E3 Konsultkostnader
F1 Efterlevnad av policyer och andra styrdokument
F2 Styrningsrapport förvaltning
F4 Försäkran internkontroll
F5 Uppföljning av upphandling och inköp
G1 Uttalande från förvaltningsledning

Externa pensionsutbetalningar

1 Intern kontrollplan 2017
2 Rutinbilaga till intern kontrollplan 2017
3 Kvalitetspolicy 2012 uppdaterad januari 2015
4 Kvalitet - Mål och aktiviteter 2017
5 Rapport patientenkät 2016
6 Vårdgivarenkätrapport 2017

Stockholms läns landsting

Bilaga A

Förvaltning/Bolag: Patientnämnden

ÅTERRAPPORTERING UPPDRAG. BUDGET OCH LÖPANDE. ÅRSRAPPORT DEC 2017

Ursprung	LS-nummer	Att-sats nummer/ Datum	Att-sats	Ansvarig nämnd/ styrelse	Uppdrag åtgärdat (Ja, Delvis, Nej)	Kommentar
Löpande 2016	LS 2015-0093 LS 1407-0877	LF 2016-03-15	att uppdra åt nämnder, styrelser och bolag inom Stockholms läns landsting att utarbeta styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer för säkerhet.	PaN	Delvis	Lokala styrdokument har utarbetats under 2016 och beslutats i nämnd 2017.

Stockholms läns landsting

Bilaga C

(fyll i färgade celler)

Förvaltning/Bolag: Patientnämnden

Investeringsutfall 2017.

Period 2017-12-31

Mkr	Årets investeringsutgifter (mkr) Bokfört 2017	Budget 2017	Avvikelse Bokfört-Budget	Upparbetnings-grad 2017 (%)	Total utgift (mkr) Ackumulerad total utgift t o m 2017-12-31	Budgeterad total utgift (2017 års inv.plan)	Budgeterad total utgift (2018 års inv.plan)	Upparbetnings-grad totalt (%)	Beräknad tidpunkt för färdigställande (år)	Kommentar Förklaring till eventuell avvikelse
1 Specificerade objekt										
Strategiska investeringar										
Trafikslag*										
Objekt 1			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
Objekt 2			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
etc			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
Ersättningsinvesteringar										
Trafikslag*										
Objekt 1			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
Objekt 2			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
etc			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
Rationaliseringsinvesteringar										
Trafikslag*										
Objekt 1			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
Objekt 2			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
etc			0	#DIVISION/0!				#DIVISION/0!		
2 Ospecificerade objekt totalt			0	#DIVISION/0!						
Varav strategiska investeringar			0	#DIVISION/0!						
Varav ersättningsinvesteringar			0	#DIVISION/0!						
Varav rationaliseringsinvesteringar			0	#DIVISION/0!						
Summa strategiska investeringar			0	#DIVISION/0!						
Summa ersättningsinvesteringar			0	#DIVISION/0!						
Summa övriga investeringar			0	#DIVISION/0!						
Summa investeringsutgifter totalt			0	#DIVISION/0!						

**) Gäller endast Trafiknämndens rapportering, resterande verksamheter tar bort denna underrubrik. Med trafikslag avses tunnelbana, lokalbana, buss, pendeltåg, sjötrafik, färdtjänst ect.*

Personal- och kompetensförsörjningsplan 2018

Personalförsörjning

Personalen vid patientnämndens förvaltning arbetar huvudsakligen med patientärenden och utredningar samt information och utbildning riktad till allmänhet och vårdpersonal. Därutöver tillkommer rekrytering, utbildning och administration kring stödpersonsverksamheten för patienter som tvångsvårdas i psykiatrin eller isoleras enligt smittskyddslagen.

Personalgruppen bestod vid utgången av 2017 av 20 personer, varav en förvaltningschef, 16 kvalificerade handläggare med ekonomisk och juridisk kompetens samt legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård och tandvård samt tre administratörer vid nämndens expedition. Under januari 2018 kommer två nyrekryterade medarbetare att träda i tjänst, en förvaltningsjurist och en verksamhetscontroller.

Personalomsättningen är relativt liten och orsakas huvudsakligen av pensionsavgångar. Förvaltningen har aldrig upplevt några svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Personer som talar minoritetsspråken finska och i viss mån jiddisch har rekryterats. Dock har det varit svårt att rekrytera manliga handläggare med rätt kompetens. Under 2017 har en förvaltningschef och två handläggare anställts, samtliga kvinnor.

Förvaltningen har rutiner för rekrytering och anställning. Enligt nämndens jämställdhets- och mångfaldsplan ska vid lika meriter företräde ges till manliga sökande, personer med funktionsnedsättning och sökande med annan etnisk bakgrund än svensk.

Kompetensförsörjning

Förvaltningen arbetar från och med 2017 enligt KOLL/ProCompetence. Identifierade behov av kompetensutveckling anges även i medarbetarnas individuella styrkort.

Under 2018 kommer två till fyra anställda att gå den certifierade jämlikhets- och jämställdhetsutbildningen. Med anledning av att förvaltningen under våren tar ett nytt ärendehanteringssystem i bruk kommer utbildning för all personal att genomföras under inledningen av året.

Stockholms läns landsting

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Förvaltning/Bolag **Patientnämnden** Period 2017-12-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2017	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

[1] För varje avsättning ska anges: osäkerhet om belopp el tidpunkt för utflöde av resurser samt eventuella gottgörelser som kan erhållas

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2017	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

[1] För varje avsättning ska anges: osäkerhet om belopp el tidpunkt för utflöde av resurser samt eventuella gottgörelser som kan erhållas

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
TOTALT	0	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
TOTALT	0

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund. (BFNAR 2012:1)

Informell avsättning (informell förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett företags handlande genom att företaget på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller ett tillräckligt detaljerat, aktuellt uttalande har visat externa parter att företaget påtar sig vissa skyldigheter och därigenom har skapat en välgrundad förväntan hos dessa parter om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter. (BFNAR 2012:1)

Informella avsättningar finns inte i landsting och kommuner, avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelse i landstinget - se punkt c nedan.

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra framtida händelser inträffar eller uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följande förutsättningar gäller:
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckigt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen eller landstinget kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva ett utflöde av resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förpliktelse enligt denna rekommendation. (RKR Rek 10.2)

Skuld för avslutad tvist
Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlorat i första instans) och inget överklagande är aktuellt, är det klart vilket belopp som ska betalas och när. Gäller även i de fall ett myndighetsbeslut inte överklagas.

Stockholms läns landsting

Bilaga E2. Åtgärdsprogram

Förvaltning/Bolag: Patientnämnden

Period **2017-12-31**

Nr	Åtgärd	Kommentar	Ackumulerad effekt utfall 2017, mkr	Budgeterad effekt 2017, mkr	Budgeterad effekt 2018, mkr

Konsultkostnader

Bilaga E3

Förvaltning/Bolag **Patientnämnden**

Belopp anges i kronor.

Konsultkostnader i resultaträkningen[1]

Leverantör	Belopp	Ändamål
TOTALT	**0**	

[1)] Skall anges av förvaltning/bolag med konsultkostnader som överstiger 10 mkr under räkenskapsåret. Avser kostnader som rapporteras på koncernkonton 7542, 7561, 7562, 7563 och 7569. Avser SLL-externa köp.

Konsultkostnader som ingår i årets investeringar[2]

Leverantör	Belopp	Projekt
TOTALT	**0**	

[2)] Skall anges av förvaltning/bolag med investeringar som överstiger 100 mkr under räkenskapsåret.

Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

BILAGA F1
EFTERLEVNAD AV POLICYER

Efterlevnad av policyer och andra styrande dokument 2017

Förvaltning/bolag *skriv förvaltningens/bolagets namn här*				
Styrande dokument/policyer *Styrdokument - kategori*	**Följer alla**	**Följer delvis**	**Följer ej**	**Kommentarer**
Styrning och ledning				
Arbetsordningar, reglemente och delegationsordning	X			
Internkontroll	X			
Internationellt arbete				Ej tillämplig
Ägarstyrning	X			
Verksamhetsstöd				
Ekonomi	X			
Forskning och utbildning				Ej tillämplig
Informationsförvaltning	X			
Investeringar och fastigheter	X			
IT	X			
Kommunikation	X			
Miljö	X			
Personal	X			
Socialt ansvarstagande	X			
Säkerhet och krisberedskap (inkl informationssäkerhet)	X			
Upphandling	X			
Antikorruption	X			
Kärnverksamhet				
Hälso- och sjukvård				Ej tillämplig
Kollektivtrafik				Ej tillämplig
Regionplanering				Ej tillämplig

Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Förvaltning

STYRNINGSRAPPORT 2017

Innehållsförteckning

1. Återrapportering av styrande direktiv 3
1.1 Efterlevnad av fastställt reglemente....3
1.2 Efterlevnad av policyer och styrdokument 3

2. Intern styrning och kontroll....3
2.1.1 Kontrollmiljö....3
2.2 Riskbedömning och kontrollaktiviteter 4
2.3 Uppföljning 4
2.4 Försäkran om internkontroll.... 4

3. Behandling av styrningsrapporten.... 4

Styrningen utgår från kommunallagen, gällande lagar för den specifika verksamheten som bedrivs samt de direktiv som Stockholms läns landsting lämnat, exempelvis reglemente och policyer.

1. Återrapportering av styrande direktiv

1.1 Efterlevnad av fastställt reglemente

Inga avsteg har gjorts från patientnämndens reglemente enligt LS 1011-0949, LS 1205-0730.

1.2 Efterlevnad av policyer och styrdokument

Förvaltningen har följt samtliga policyer och andra styrande dokument som är tillämpliga för verksamheten.

2. Intern styrning och kontroll

Patientnämndens förvaltning följer landstingets Policy för internkontroll, LS 1303-0431, och har en årlig intern kontrollplan som syftar till att uppnå verksamhetens mål avseende

- effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- tillförlitlig finansiell rapportering
- efterlevnad av tillämpliga lagar, förordningar och interna regler.

I förvaltningens interna kontrollplan med tillhörande rutindokument beskrivs, analyseras och värderas identifierade risker och en plan för den interna kontrollen redovisas.

2.1.1 Kontrollmiljö

I nämndens arbetsordning och instruktioner för förvaltningschefen säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden har vidare fastställt ett antal grundläggande riktlinjer av betydelse för arbetet med den interna kontrollen, bland annat markerar nämnden vikten av att det finns tydliga och dokumenterade instruktioner och policys.

Förvaltningschefen rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Förvaltningschefen ansvarar för det system för internkontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten. Här ingår bland annat riktlinjer för olika befattningshavare för att de skall förstå och inse betydelsen av sina respektive roller för upprätthållandet av god internkontroll.

Landstingsrevisorerna har under 2017 sedvanligt granskat den interna kontrollen (löpande granskning av internkontroll) samt presenterat en årsrapport.

Landstingsrevisorerna slår fast att:

- det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms som tillfredsställande
- nämnden har riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom verksamhetskritiska processer och att dessa är tillräckliga
- årsbokslutet i allt väsentligt är upprättat enligt god redovisningssed och landstingets anvisningar samt ger en rättvisande bild av årets resultat och ställning
- räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

2.2 Riskbedömning och kontrollaktiviteter

Patientnämnden fattade den 21 februari 2017 beslut om intern kontrollplan för 2017. Denna är bilagd årsrapporten. Kontroller avseende 2017 har utförts planenligt.

2.3 Uppföljning

Nämnden utvärderar kontinuerligt den information som förvaltningschefen lämnar. Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit vid den interna kontrollen och externa revisionen. Uppföljningen av internkontrollplanen 2017 är bilagd till årsrapporten. Uppföljningen har visat att den interna kontrollen varit god. Samtliga identifierade risker har följts upp och kontrollerats enligt planen. För närvarande finns, enligt trafikljusmodellen, endast gröna risker.

2.4 Försäkran om internkontroll

Förvaltningschefen har i särskild bilaga till årsrapporten lämnat försäkran att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom bolaget i enlighet med Policy för Internkontroll LS 1303-0431.

3. Behandling av styrningsrapporten

Denna styrningsrapport ingår som en bilaga till årsrapporten 2017 och har nämndbehandlats 2018-01-30.

Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Försäkran internkontroll

Till landstingsstyrelsen

Denna försäkran lämnas i anslutning till inrapportering av årsbokslut per 31 december 2017, och avser Patientnämndens förvaltning.

Försäkran kring internkontroll utgår från Policy för internkontroll för Stockholms läns landsting och bolag, LS 1303-0431, punkt 4.2.

Härmed avges försäkran att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom förvaltningen.

Stockholm 2018-01-29

Förvaltningschef

UPPFÖLJNING AV LANDSTINGETS UPPHANDLING OCH INKÖP 2017

1. Upphandlat år 2017

Här avses annonserade upphandlingar som avslutats under år 2017, det vill säga där avtal tecknats. Avrop, beställning och förnyad konkurrensutsättning på föregående års ramavtal tas inte med. Upphandlingsvärdet avser det sammanlagda avtalsvärdet, inklusive optionsår. Mkr betecknar miljoner kronor.

Ange antalet upphandlingar över 534 890 kr (det vill säga gränsen för direktupphandling) för LOU samt det totala upphandlingsvärdet för dessa. Särskilj egna upphandlingar, samordnade upphandlingar och de upphandlingar som ni gett SLL Upphandling i uppdrag att utföra.

De verksamheter som går under LUF anger upphandlingar över 993 368 kr (det vill säga gränsen för direktupphandling).

Upphandlingar över 534 890 kr för LOU samt 993 368 kr för LUF år 2017		
Upphandling	Antal upphandlingar, totalt	Totalt upphandlings-värde (Mkr)
Egna upphandlingar		
Samordnad upphandling[1]		
Uppdrag till SLL Upphandling		

Eventuell kommentar: Ej relevant för patientnämnden

Direktupphandlingar och upphandlingsvärde

Ange antalet direktupphandlingar och det totala upphandlingsvärdet för dessa.

Antal direktupphandlingar och upphandlingsvärde år 2017		
Upphandling	Antal	Totalt upphandlings-värde (Mkr)
Mellan 100 000 kr och 534 890 för LOU och 993 368 för LUF		

[1] Samordnad upphandling är när två eller flera nämnder/styrelser eller bolag gemensamt anskaffar varor och tjänster av samma slag. Den part som genomför den samordnade upphandlingen redovisar denna i enkäten.

Över 534 890 för LOU och 993 368 för LUF med synnerliga skäl		

Eventuell kommentar: Ej relevant för patientnämnden

2. Miljöprogram och uppförandekod

Miljöprogram

I hur många upphandlingar (exklusive direktupphandlingar) där avtal har tecknats år 2017 har landstingets miljöprogram beaktats? Avser upphandlingar över 534 890 kr för LOU och 993 368 kr för LUF.

Upphandlingar där landstingets miljöprogram beaktats år 2017	
	Antal upphandlingar, totalt
Egna upphandlingar	
Samordnad upphandling	
Uppdrag till SLL Upphandling	

Antal genomförda leverantörsuppföljningar av miljökrav:
Antal leverantörsuppföljningar som lett till åtgärd:
Om det lett till åtgärd, beskriv denna:

Uppförandekod

I hur många av de av nationellt prioriterade riskområdena[2] har krav ställts på landstingets uppförandekod, genom bifogad uppförandekod och/eller särskilda kontraktsvillkor.

Upphandlingar där krav ställts på landstingets uppförandekod år 2017	
	Antal upphandlingar, totalt
Egna upphandlingar	
Samordnad upphandling	
Uppdrag till SLL Upphandling	

Antal övriga upphandlingar där krav ställts i på uppförandekod utöver de nationellt prioriterade riskområdena, genom bifogad uppförandekod och/eller särskilda kontraktsvillkor.

Upphandlingar där krav uppförandekod utöver prioriterade områden år 2017	
	Antal upphandlingar, totalt
Egna upphandlingar	
Samordnad upphandling	
Uppdrag till SLL Upphandling	

Vilken uppförandekod har använts:
Antal genomförda leverantörsuppföljningar av uppförandekoden:

[2] De prioriterade områdena är IT, textil, handskar, operationsartiklar, instrument, medicinteknisk utrustning, läkemedel och livsmedel.

Antal leverantörsuppföljningar som lett till åtgärd:
Om det lett till åtgärd, beskriv denna:

Finns det särskilda kontraktsvillkor som är kopplade till uppförandekoden vid upphandling:
Ja ☐ Nej ☐

Har ni identifierat prioriterade riskområden utöver de nationellt prioriterade riskområdena:
Ja ☐ Nej ☐
Om ja, vilka:

3. Avtal

I vilken utsträckning utnyttjar er verksamhet samordnade upphandlingsavtal:
Alltid X Sällan ☐
Ofta ☐ Aldrig ☐
Om svar ”sällan” eller ”aldrig”, ange orsak:

4. Elektroniska beställningssystem

Använder ni elektroniska beställningssystem?
Ja X Nej ☐
Om ja, vilket system används:
Clock Work ☐ Annat X
Om annat ange vad: Staples och Medicarrier
Om nej, finns planer på ett införande:
Ja ☐ Nej ☐
Eventuell kommentar:

5. Kvalitet i upphandlingsarbetet

I mars 2010 antog landstingsfullmäktige en ny upphandlingspolicy.

Finns det en dokumenterad lokal upphandlingspolicy som följs?		Finns det en dokumenterad och standardiserad upphandlingsprocess som följs?	
2016	2017	2016	2017
Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐

Eventuell kommentar: Ej relevant för patientnämnden

6. Upphandlingsstrategi, riskanalys och kvalitetssäkring

Hur många upphandlingar har en dokumenterad upphandlingsstrategi som bland annat innehåller: mål, marknads-, risk- och spendanalys samt hållbarhet. I vilken utsträckning finns en dokumenterad riskanalys (där

väsentliga risker identifieras och bedöms) med kvalitetssäkringsmoment (där flera personer granskar underlag före annonsering och tilldelningsbeslut)?

Gäller upphandlingar över 534 890 kr för LOU och 993 368 kr för LUF.

Upphandlingsstrategi, riskanalys och kvalitetssäkring		
	Antal med genomförd och dokumenterad upphandlingsstrategi	Antal upprättade strategier innehållande dokumenterad riskanalys och kvalitetssäkringsmoment
Egna upphandlingar		
Samordnad upphandling		
Uppdrag till SLL Upphandling		

Eventuell kommentar: Ej relevant för patientnämnden.

7. Uppföljning

Har ni en organisation som säkerställer aktiv uppföljning av villkor i och köpta volymer på ingångna avtal:

Ja ☐ Nej ☐

Beskriv denna:

Om nej, ange varför:

Genomför ni seriositetskontroller via skattemyndigheten (bland annat att företag betalar skatt och sociala avgifter) under pågående avtalsperiod:

Ja ☐ Nej ☐

Om nej ange varför:

Följer ni regelmässigt upp avtal ekonomiskt (så det framgår hur mycket och vad som köpts) under pågående avtalsperiod:

Ja ☐ Nej ☐

Beskriv om ni gör annan regelmässig uppföljning av avtal:

Hur många avtal[3] (till exempel serviceavtal och försörjningsavtal[4]) har ni följt upp ekonomiskt under år 2017? Hur många sådana avtal har ni totalt?

Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF	Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som följts upp ekonomiskt

[3] Avser avtal med årligt avtalsvärde över 2 000 000 kr för LOU och LUF.

[4] Försörjningsavtal avser städning, mat och tvätt.

Hur många avslutade avtal[5] (till exempel serviceavtal och försörjningsavtal) under 201 har följts upp avseende villkor i avtalet under avtalstiden? Hur många sådana avtal har avslutats under året?

Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som avslutats under år 2017	Antal avslutade avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som följts upp avseende villkor i avtalet under avtalstiden	Antal avslutade avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, utan särskilda villkor i avtalet

8. Små och medelstora företag

Har förfrågningsunderlag anpassats (till exempel avseende ekonomiska krav, teknisk förmåga, annans kapacitet eller avgränsning av anbudsområden) så att små företag[6] har möjlighet att delta i det konkurrensuppsökande skedet? Gäller upphandlingar över 534 890 kr för LOU och 993 368 kr för LUF.

Ja ☐ Nej ☐

Antal upphandlingar där förfrågningsunderlaget anpassats:
Antal upphandlingar där små företag erhållit avtal:
Om nej, ange varför:

9. Medarbetarstatistik

Här anges hur många genomsnittligt antal årsarbetare (**ej personer**) som arbetar med inköp (beställning/avrop) respektive upphandlingar.

OBS! Om en medarbetare i sin tjänst till viss del har att upphandla/göra inköp så uppskattar ni hur stor respektive del är). De som avropar ute i vården skall ej tas med här.

	Upphandlare		Inköpare (beställning/avrop)	
	2016	2017	2016	2017
Antal heltidstjänster:				

Eventuell kommentar: En försumbar andel av administratörernas arbetstid.

10. Överprövningar

Ange antal unika överprövningsmål (så kallade målnummer, det vill säga flera parallella mål med olika leverantörer avseende samma upphandling) med lagakraftvunna domar under år 2017 där SLL fått rätt.

[5] Avser avtal med årligt avtalsvärde över 2 000 000 kr för LOU och LUF.
[6] Små företag har färre än 50 anställda och bedöms vara fristående företag, det vill säga som inte bedöms ägas till större delen av annat företags.

	SLL har fått rätt och ärendet har blivit:					
	- avslaget		- avskrivet		- återkallat	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Antal:						

Ange antal unika överprövningsmål (så kallade målnummer) med lagakraftvunna domar under år 2017 där anbudsgivaren fått rätt eller där domstolen dömt att upphandlingen ska göras om.

	SLL har ålagts att:			
	göra en rättelse		göra om upphandlingen	
	2016	2017	2016	2017
Antal:				

Eventuell kommentar:

Ange antal avslutade (under år 2017) och överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar där SLL fått rätt.

	SLL har fått rätt och ärendet har blivit:					
	- avslaget		- avskrivet		- återkallat	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Antal:						

Ange antal avslutade (under år 2017) och överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar där anbudsgivaren fått rätt eller där domstolen dömt att upphandlingen ska göras om.

	SLL har ålagts att:			
	göra en rättelse		göra om upphandlingen	
	2016	2017	2016	2017
Antal:				

Eventuell övergripande kommentar:

11. Ökad eller minskad konkurrens vid upphandling

Mäter ni om konkurrensen vid upphandling förändras mellan åren? Till exempel genom att mäta antalet anbud per upphandling.

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, ange hur ni mäter:

Om nej, ange varför:

Uttalande från förvaltningsledningen

Stockholm den 29 januari 2018

Detta uttalande från förvaltningsledningen utgör ett väsentligt underlag för att ni som revisorer ska kunna uttala er om huruvida årsrapporten för patientnämnden, med bokslutsdatum 2017-12-31 har upprättats i enlighet med lagen om kommunal redovisning, rekommendationer utgivna av Rådet för kommunal Redovisning (RKR) samt anvisningar från landstingsstyrelsens förvaltning, och ger en rättvisande bild av nämndens resultat för räkenskapsåret och ekonomiska ställning per bokslutsdagen.

Vi är medvetna om att revisorns granskning skall utföras i enlighet med god revisionssed i Sverige och att detta innebär att granskningen har utformats så att ni i första hand skall kunna avge ett omdöme om nämndens årsrapport i sin helhet. Det innebär att era granskningsåtgärder har begränsats till vad som ansetts nödvändigt för detta ändamål.

Mot denna bakgrund bekräftar vi, utifrån vår kunskap och övertygelse nedanstående uppgifter:

A. Årsrapport och bokföring

1. Vi bekräftar att vi förstår förvaltningsledningens ansvar för att årsrapporten har upprättats i enlighet med tillämpligt regelverk. Det är vår uppfattning att årsrapporten är upprättad i enlighet med angivna redovisningsprinciper och att den ger en rättvisande bild av nämndens resultat för räkenskapsåret, ekonomiska ställning per balansdagen samt kassaflödet under räkenskapsåret. Årsrapporten innehåller inga väsentliga fel och inga väsentliga uppgifter har utelämnats. Inga väsentliga byten av redovisningsprinciper har skett under räkenskapsåret som inte upplysts om i årsrapporten.
2. De väsentliga redovisningsprinciper som tillämpats vid upprättande av årsrapporten är beskrivna på ett ändamålsenligt sätt.
3. Vi anser att förvaltningen har ett system av interna kontroller som anpassats för att upprätta en årsrapport utan väsentliga felaktigheter, både till följd av oavsiktliga fel och till följd av oegentligheter.
4. Vi intygar att det utifrån vår kunskap om bokslutet inte föreligger några felaktigheter som är väsentliga, varken enskilt eller sammantaget, för årsrapporten i sin helhet.

B. Oegentligheter

1. Vi är medvetna om att förvaltningens nämnd och ledning har ansvar för utformning, upprättande och vidmakthållande av en intern kontrollstruktur för att förebygga och upptäcka oegentligheter.
2. Vi har informerat er om resultaten från vår bedömning av risken för att årsrapporten skulle kunna innehålla väsentliga fel till följd av oegentligheter.
3. Det har inte kommit till vår kännedom att företagsledningen eller någon annan medarbetare med arbetsuppgifter inom den interna kontrollstrukturen har varit inblandad i några oegentligheter. Det har inte heller kommit till vår kännedom att övrig personal varit inblandad i oegentligheter som kan komma att väsentligt påverka årsrapporten. Vi har inte heller fått kännedom om några anklagelser om finansiella felaktigheter, inklusive kända oegentligheter och misstänkta oegentligheter (oberoende av källa och inkluderar anklagelser från s.k. "whistle-blowers") som skulle kunna påverka årsrapporten väsentligt eller på annat sätt påverka förvaltningens finansiella rapportering.

C Överensstämmelse med lagar och förordningar

1. Vi har informerat er om samtliga kända faktiska eller befarade överträdelser av lagar och förordningar, i den mån sådana förekommit, vars effekter har beaktats vid upprättande av årsrapporten.

D Tillhandahållen information och bekräftelse om fullständighet i information och transaktioner

1. Vi har tillhandahållit
   - Tillgång till all information, såsom räkenskapsmaterial och annan dokumentation, som är av betydelse för upprättande av årsrapporten. Ni har också beretts tillfälle att intervjua de personer ni bedömt som nödvändiga för att erhålla revisionsbevis.
   - Annan information som ni har efterfrågat för revisionsändamål.
2. Samtliga affärshändelser har registrerats i den bokföring som ligger till grund för årsrapporten.
3. Ni har fått tillgång till samtliga protokoll från nämndens och utskottens möten vilka ägt rum under januari till och med det senaste mötet vilket ägt rum per den 28 november 2017. Ni har också fått tillgång till samtliga väsentliga avtal och överenskommelser.
4. Vi intygar att vi lämnat fullständiga uppgifter avseende närstående parter. Vi har lämnat upplysningar om förvaltningens samtliga närstående parter och alla transaktioner med närstående parter som vi känner till. Transaktioner med närstående parter är redovisade på tillbörligt sätt i årsrapporten. Informationen i därtill hörande tilläggsupplysningar har utformats på ändamålsenligt sätt.
5. Vi anser att de väsentliga antaganden som använts vid bedömningsposter i redovisningen är rimliga.
6. Vi har informerat er om, och förvaltningen har fullgjort, samtliga kontraktsenliga åtaganden som kan ha en väsentlig effekt på årsrapporten i händelse av överträdelse. Informationen omfattar alla lånevillkor, övriga villkor eller andra krav som hänför sig till samtliga utestående skulder.

E. Tillgångar och skulder samt poster inom linjen

1. Vi bekräftar att de tillgångar och skulder som redovisats i balansräkningen är rätt klassificerade och värderade. Vidare bekräftar vi också att det inte föreligger information som innebär att ytterligare tillgångar, skulder, poster inom linjen eller upplysningar skulle ha redovisats/lämnats i årsrapporten.
2. Inga förändringar planeras eller övervägs som skulle kunna medföra väsentliga förändringar i värderingen av balansposter eller klassificeringen av tillgångar och skulder i årsrapporten.
3. Alla skulder och ansvarsförbindelser, inklusive de som omfattas av skriftliga eller muntliga garantier, är redovisade på tillbörligt sätt. Informationen i därtill hörande tilläggsupplysningar har utformats på ändamålsenligt sätt.
4. Det föreligger inga civilrättsliga tvister eller andra rättsliga krav, inklusive krav på skatter eller avgifter, som skulle kunna komma att påverka årsrapporten utöver de som redovisats eller framgår av annan information i årsrapporten.
5. Vi har redovisat och/eller upplyst om alla skulder som hänför sig till tvister och krav, både faktiska och möjliga.

F. Ersättningar till nämnd och ledande befattningshavare

Inga ersättningar har utgivits och inga avtal om framtida ersättningar till nämnd eller ledande befattningshavare föreligger, utöver vad som redovisats i årsrapporten.

Vi bekräftar, utifrån vår bästa kunskap och övertygelse, följande:

- Det finns inga muntliga avtal om ersättningar till våra ledande befattningshavare som ni inte skriftligt fått information om.

G. Händelser efter balansdagen

1. Det har inte förekommit några händelser efter räkenskapsårets slut som kräver ändring av eller upplysning i årsrapporten eller i tilläggsupplysningarna.

Med vänlig hälsning

Steinunn Ásgeirsdóttir
Förvaltningschef

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING
Ekonomihandbok

Resultatenhet/intern enhet

Externa pensionsutbetalningar
Landstingets förvaltningar

.....
motpart, namn

Uppgift om externa pensionsutbetalningar år 2017

[x] Inga direktutbetalningar av pensioner/pensionsförsäkringar finns

[ ] Pensionsutbetalningar har under året gjorts avseende:

Namn	Personnummer	Belopp kr

Lillemor Humlekil
Verksamhetscontroller
Patientnämndens förvaltning

Blanketten skickas med E-post till SLL Ekonomi och finans, Koncernredovisning enligt tidsplan
E-postadress: sllekonomirapport@sll.se

Resultatenhet/intern enhet Blankett B3 avseende löneskatt skickas samtidigt till motpart 2930 enligt tidsplan

.....
motpart, namn

Intern kontrollplan 2017 för Patientnämnden med riskbedömning och ej åtgärdad status

Riskområde	Verksamhet	Rubrik	Riskbeskrivning	Konsekvens	Sannolikhet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Riskbedömning (Sannolikhet x Konsekvens)	Åtgärd	Kontrollmoment	Frekvens	Riskägare/ ansvarig	Status	Trend/åte	Kommentar *Uppföljning av status sker vid delårsrapport och årsbokslut*
Ekonomi 2.1		Utbetalningar från lönesystemet	Felaktiga utbetalningar från lönesystemet till anställda respektive stödpersoner.	Anställda respektive stödpersoner får felaktig lön/ersättning.	1	2	2	Begränsa	Kontroll att rutiner för attestering följs.	Varje månad	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.1.
Ekonomi 2.2		Leverantörsbetalningar	Felaktiga betalningar vid leverantörsfakturor.	Felaktiga fakturor eller belopp godkänns och betalas.	1	3	3	Begränsa	Kontroll att rutiner för attestering följs.	Vid varje utbetalning	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.2.
Förtroendeskada 2.3		Opartiskhet	Opartiskhet som involverar förvaltningens personal. Anställda får inte vara engagerade i verksamheter som nämnden kan ha synpunkter på.	Felaktig hantering eller bedömning vid handläggning klagomålsärenden.	1	3	3	Eliminera	Kontroll av personalens eventuella bisysslor. Kontroll att riktlinjer för engagemang i annan verksamhet följs.	Vid nyanställning samt en gång årligen	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.3.
Ekonomi 2.4		Avtal med kommuner och stadsdelar	Uppsägning av avtalet.	Bortfall av uppdrag och intäkt.	1	2	2	Begränsa	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering av ärenden sker.	En gång årligen respektive varje månad.	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.4.
Ekonomi 2.5		Avtal med privata tandvårdsgivare	Uppsägning av avtalen med två privata tandvårdsgivare.	Bortfall av uppdrag och intäkt.	1	1	1	Begränsa	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering av ärenden sker.	En gång årligen respektive varje månad.	Förvaltningschefn och ansvarig handläggare.	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för Internkontroll p 2.5.
Kvalitet/ekonomi 2.6		Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden.	Fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden.	Ökad stress för personalen, längre handläggningstider och minskad kvalitet i utredningarna samt försämrad tillgänglighet. Mindre nöjdhet hos anmälarna.	3	3	9	Begränsa/accep tera	Kontroll att ärendeutvecklinen följs samt av fördelningen av ärenden till handläggare. Kontroll att anmälarnas och vårdens nöjdhet med förvaltningens handläggning följs. Kontroll av förvaltningens tillgänglighet samt att utvecklingen beskrivs i samtliga ekonomiska dokument.	Ärendeutvecklingen och kontroll av fördelningen till handläggare följs varje månad. Telefontillgänglighet följs upp cirka en gång årligen. Anmälarnas och vårdens nöjdhet följs upp vid enkätundersökningar minst vart tredje år.	Förvaltningschefen och controller	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.6.
Kvalitet/ekonomi 2.7		Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	Fortsatt ökning av antalet ansökningar om stödperson.	Stödpersonsverksamheten regleras i rättighetslagar och är därmed såväl volym- som kostnadsmässigt omöjlig att styra. Nämnden har ingen särskild budget för denna del av verksamheten. Kostnaden tas från landstingsbidraget, vilket får konsekvenser för övriga verksamhetsdelar. En ökning av stödpersonsverksamheten utan motsvarande ekonomisk kompensation medför att ekonomiska och personella resurser måste tas från andra delar av verksamheten t ex handläggning av klagomålsärenden, informationsinsatser och personalens kompetensutveckling.	3	3	9	Acceptera	Kontroll att utvecklingen följs. Kontroll av handläggningstid vid nya förordnanden.	Varje månad	Förvaltningschefen, controller och ansvarig handläggare.	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.7.
Kvalitet/ekonomi 2.8		Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag	Förordnade stödpersoner underlåter att ha kontakt med patienter enligt befintliga riktlinjer.	Patienterna får inte det stöd de har rätt till. Stödpersonerna arvoderas trots att de unte fullgjort sina uppdrag.	1	3	3	Begränsa	Rapporter från stödpersonerna.	Varje månad.	Förvaltningschefen, förvaltningsjuristen och berörda handläggare.	Grön	Grön	Se Bilaga internkontroll p 2.8.
Kvalitet/ekonomi 2.9		Hot och våld	Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare.	Kan inverka menligt på kvaliteten i verksamheten då utsatt personal mår dåligt psykiskt och även fysiskt och kan välja att söka annat arbete, vilket leder till förlust av kompetens.	2	3	6	Begränsa	Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs.	Kontinuerligt	Förvaltningschefen och ansvariga handläggare.	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.9.
Kvalitet/ekonomi 2.10		Ansträngd psykosocial arbetsmiljö	Personalen far illa av den ökande arbetsbelastning som följer med ett ökande antal klagomåls- och stödpersonsärenden.	Brister i den sociala arbetsmiljön.	3	3	9	Begränsa	Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar.	Varannan månad respektive en gång årligen.	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.10.
Informationssäkerhet 2.11		Sekretss och konfindentialitet	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter	Patienters/anmälares sekretesskydd bryts.	1	3	3	Begränsa	Kontroll av loggning samt avvikelserapportering.	Loggning kontrolleras 2-3 ggr årligen. Avvikelserapportering sker kontinuerligt.	Förvaltningschefen och IT-ansvarig	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.11.
Iinformationssäkerhet 2.12		Registrering i förvaltningens databas	Felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas.	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete.	1	3	3	Begränsa	Kontroll att nyanställda ges adekvat utbildning och handledning samt uppföljning och kontroll av registrering.	Vid nyanställning respektive varje månad.	Förvaltningschefen, controller och IT-ansvarig	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.12.
Informationssäkerhet 2.13		Bevarande av data i förvaltningens databas	Registrerade uppgifter förloras.	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete.	2	3	6	Begränsa	Kontroll att rutiner för back up följs. Viruskontroll och uppdatering av virusskydd.	Kontinuerligt	Förvaltningschefen och IT-ansvarig	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.13.
Kvalitet 2.14		Kompetensförsörjning	Kompetensförlust vid pensionsavgångar	Avsaknad av kompetens	3	2	6	Begränsa	Kontroll att rutiner för nyrekrytering följs.	Vid personalomsättning	Förvaltningschefen	Grön	Grön	Se Bilaga Rutiner för internkontroll p 2.14.

Dokumentets namn				Sida
Rutiner vid internkontroll 2017				1 (13)
Ansvarig	Godkänd			Gäller från datum
Controller	Datum	Signatur	Utskrivet 2018-02-08	2017- -

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat en intern kontrollplan enligt landstingets anvisningar. Syftet med denna är att säkerställa att förvaltningens verksamhet bedrivs enligt såväl de lagar som styr verksamheten som fastställda mål och riktlinjer samt att resurserna används effektivt och ändamålsenligt. I kontrollplanen beskrivs, analyseras och värderas identifierade risker avseende verksamhetsåret 2017.

Föreliggande dokument utgör bilaga till planen och specificerar rutiner för att minska, kontrollera och åtgärda respektive risk.

Tre olika typer av risker kan identifieras, de kan vara av ekonomisk eller förtroendeskadlig 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 ökningar i verksamheten eller förändring av uppdraget som inte kompenseras ekonomiskt. Under de senaste åren har antalet patientärenden ökat successivt. Antalet ansökningar om stödperson ökade fram till 2014, minskade under 2015, men har ökat något under 2016.

Förtroendeskadliga risker kan till exempel uppstå om anställda har olämpliga bisysslor.

1.1 Värdering av risker

Riskerna har värderats avseende:

1. de konsekvenser bristande kontroll kan medföra
2. graden av sannolikhet att den ska inträffa.

En samlad riskbedömning har erhållits genom att värdet för sannolikhet multipliceras med värdet för konsekvens. Graderingen framgår av nedanstående tabell.

Konsekvens↓				
Mycket allvarlig (4)	4	8	12	16
Allvarlig (3)	3	6	9	12
Kännbar (2)	2	4	6	8
Lindrig (1)	1	2	3	4
Sannolikhet →	Mindre sannolik (1)	Möjlig (2)	Sannolik (3)	Mycket sannolik (4)

1.2 Åtgärder

I kontrollplanens kolumn för ”Åtgärd” ska något av nedanstående anges:

- Acceptera: Leva med risken och hantera eventuella problem när/om de uppstår.
- Begränsa: Vidta åtgärder för att minska risken.
- Dela: Dela risken med andra genom t ex någon typ av försäkring eller avtal.
- Eliminera: Undvika/avveckla de aktiviteter/verksamheter som skapar risken.

1.3 Status

Riskernas status anges enligt den så kallade trafikljusmodellen där:

- grönt innebär att åtgärd sker enligt plan
- gult innebär att åtgärd sker enligt plan men avviker med högst 20 procent
- rött innebär att planen inte följs och att stora avvikelser förekommer.

2 IDENTIFIERADE RISKER 2017

2.1 Utbetalningar från lönesystemet

Utöver lön till de anställda sker betalning av arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna varje månad.

Riskbeskrivning	Felaktiga utbetalningar från lönesystemet
Konsekvensbeskrivning	Anställda respektive stödpersoner får felaktig lön/ersättning.
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Kännbar (2)
Riskbedömning	2
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.1.1 Rutiner

Utbetalningar till förvaltningens anställda, förtroendevalda och stödpersoner 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.

Personalhandläggaren går igenom och kontrollerar utanordningslistan. Denna upptar bruttolön per person och anger även avdrag för olika typer av frånvaro.

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.

Förvaltningen följer av landstinget fastställd finanspolicy. Säkerheten i utbetalningssystemet garanteras 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.

Riskbeskrivning	Felaktiga betalningar vid leverantörsfakturor
Konsekvensbeskrivning	Felaktiga fakturor eller belopp godkänns och betalas
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	3
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Vid varje utbetalning
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

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 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.

2.3 Opartiskhet

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

Riskbeskrivning	Opartiskhet som involverar förvaltningens personal
Konsekvensbeskrivning	Felaktig hantering eller bedömning vid handläggning av klagomålsärenden
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	3

Åtgärd	Eliminera
Kontrollmoment	Kontroll av personalens eventuella bisysslor
	Kontroll att riktlinjer för engagemang i annan verksamhet följs
Kontrollfrekvens	Vid nyanställning samt en gång årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.3.1 Rutiner

Information om riktlinjer för bisyssla ges vid nyanställning då också förvaltningens blankett rörande bisyssla fylls i. Information om bisyssla för samtliga personal inhämtas därutöver årligen vid medarbetarsamtal. Förvaltningschefen bedömer och beslutar om bisysslan är til--låten.

2.4 Avtal med kommuner och stadsdelar

Patientnämnden har 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 löper tills vidare.

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.

Riskbeskrivning	Uppsägning av avtalet
Konsekvensbeskrivning	Bortfall av uppdrag och intäkt
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Kännbar (2)
Riskbedömning	2
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering av ärenden sker
Kontrollfrekvens	En gång årligen respektive varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.4.1 Rutiner

Avtal med kommuner och stadsdelar följs upp av förvaltningsjuristen.

2.5 Avtal med privata tandvårdsgivare

Förvaltningen handlägger genom särskilda överenskommelser ärenden rörande de privata tandvårdsverksamheterna Distriktstandvården AB och Aqua Dental AB.

Riskbeskrivning	Uppsägning av avtalen

Konsekvensbeskrivning	Bortfall av uppdrag och intäkt
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Lindrig (1)
Riskbedömning	1
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering av ärenden sker
Kontrollfrekvens	En gång årligen respektive varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare
Status	Grön

2.5.1 Rutiner

Förvaltningschefen har kontakter och följer upp avtalen med Distriktstandvården AB och Aqua Dental AB.

2.6 Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden

Antalet patientärenden ökar kontinuerligt. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarligare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats.

Då ekonomiska resurser inte tillförts i tillräcklig utsträckning för att möjliggöra tillräckliga nyanställningar har ökningen av antalet patientärenden och de skriftliga ärendena medfört en ökad belastning på befintlig personal och att prioriteringar måst göras inom verksamheten. Det senare har lett till att lagstadgade informationsinsatser gentemot vården och allmänhet/patienter minskat successivt i antal. Medarbetarundersökningar har visat på brister i den psykosociala arbetsmiljön, vilket beskrivs närmare under 2.10.

Det ökade antalet ärenden kan leda till ökad stress för personalen, längre handläggningstider och minskad kvalitet i utredningarna samt försämrad tillgänglighet och i förlängningen minskad nöjdhet hos anmälarna.

Med all sannolikhet kommer klagomålsutredningen på något/några års sikt att leda till ett kraftigt ökat inflöde av ärenden då Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommer att hänvisa ärenden till patientnämnden.

Riskbeskrivning	Fortsatt ökning av antalet klagomålsärenden
Konsekvensbeskrivning	Ökad stress för personalen, längre handläggningstider och minskad kvalitet i utredningarna samt försämrad tillgänglighet. Mindre nöjdhet hos anmälarna.
Sannolikhet	Sannolik (3)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	9

Åtgärd	Begränsa/acceptera
Kontrollmoment	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.
Kontrollfrekvens	Ärendeutvecklingen och fördelningen till handläggare följs varje månad.
	Telefontillgängligheten följs upp cirka en gång årligen.
	Anmälarnas och vårdens nöjdhet följs upp vid enkätundersökningar minst vart tredje år.
	Kontinuerlig kontroll att utvecklingen beskrivs i ekonomiska dokument.
Ansvarig	Förvaltningschefen/controller
Status	Grön

2.6.1 Rutiner

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.

Förvaltningen följer noga klagomålsutredningen förslag till ändring i patientsäkerhetslagen.

2.7 Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson

Antalet ansökningar om stödperson har ökat under de senaste åren. De minskade under 2015 men har åter ökat något under 2016. Enligt förvaltningens tidigare erfarenheter har detta orsakas av att patienter inte fått information om denna rättighet. Vid tidigare perioder med ett minskat antal ansökningar om stödperson har förvaltningen kontaktat samtliga chefer i verksamheter som bedriver tvångsvård, vilket lett till dramatiska ökningar. Förnyade kontakter med verksamhetschefer har genomförts under 2016.

Riskbeskrivning	Fortsatt ökning av antalet ansökningar om stödperson
Konsekvensbeskrivning	Stödpersonsverksamheten regleras i rättighetslagar och är

därmed såväl volym- som kostnadsmässigt omöjlig att styra. Nämnden har ingen särskild budget för stödpersonsverksamheten. Kostnaderna tas från landstingsbidraget, vilket får konsekvenser för övriga verksamhetsdelar.

En ökning av stödpersonsverksamheten utan motsvarande ekonomisk kompensation medför att ekonomiska som personella resurser måste tas från andra delar av verksamheten, t ex handläggning av klagomålsärenden, informationsinsatser och personalens kompetensutveckling.

Sannolikhet	Sannolik (3)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	9
Åtgärd	Acceptera
Kontrollmoment	Kontroll att utvecklingen följs
	Kontroll av handläggningstid vid nya förordnanden
Kontrollfrekvens	Varje månad respektive en gång årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen, controller och ansvarig handläggare
Status	Grön

2.7.1 Rutiner

Controllern följer varje månad upp antalet nya förordnanden och överlämnar informationen till förvaltningschefen, förvaltningsjuristen och stödpersonssamordnaren. En gång årligen görs stickprovskontroller enligt fastställd rutin avseende handläggningstid vid förordnanden av stödpersoner.

2.8 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 varvid patienterna inte får det stöd de har rätt till. Dessutom arvoderas stödpersonerna trots att de inte fullgjort sina uppdrag.

Riskbeskrivning	Förordnade stödpersoner underlåter att ha kontakt med patienter enligt befintliga riktlinjer.
Konsekvensbeskrivning	Patienterna inte får det stöd de har rätt till. Stödpersonerna arvoderas trots att de inte fullgjort sina uppdrag.
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	3
Åtgärd	Begränsa

Kontrollmoment	Rapporter från stödpersonerna
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen, förvaltningsjuristen och berörda handläggare
Status	Grön

2.8.1 Rutiner

I samband med att en stödperson förordnas för en patient informeras stödpersonen om hur kontakterna med patienten bör utformas. Stödpersonen rapporterar varje månad sina kontakter med patienten till förvaltningen. 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.

2.9 Hot och våld

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.

Riskbeskrivning	Hot och våld från missnöjda patienter/anmälare
Konsekvensbeskrivning	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 kan välja att söka annat arbete, vilket medför förlust av kompetens.
Sannolikhet	Möjlig (2)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	6
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.9.1 Rutiner

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. Uppgifter om personalens bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är enligt offentlighets- och sekre-

tessförordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården samt vid IVO.

2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö

Medarbetarundersökningar har under en följd av år visat på brister i den sociala arbetsmiljön. Ett samband med den ökande belastningen på personalen kan inte uteslutas, varför förvaltningen ser allvarligt på den fortsatta utvecklingen. Under 2016 har styrkort, som tydliggör arbetsbelastningen på såväl övergripande som individuell nivå, införts i syfte att förbättra den organisatoriska arbetsmiljön.

För att i någon mån kompensera för den ökade arbetsbelastningen har en omfattande utveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem genomförts under de senaste åren. Detta har bidragit till att förenkla och rationalisera handläggningen av patientärenden. Risken för ökad belastning på personalen som följd av en fortsatt ökning av antalet ärenden kvarstår dock, varför ytterligare digitalisering av ärendehandläggningen behöver genomföras.

Riskbeskrivning	Personalen far illa av den ökande arbetsbelastningen som följer med ett ökande antal klagomåls- och stödpersonsärenden
Konsekvensbeskrivning	Brister i den sociala arbetsmiljön
Sannolikhet	Sannolik (3)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	9
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Samtal med medarbetarna samt medarbetarundersökningar
Kontrollfrekvens	Varannan månad respektive en gång årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.10.1 Rutiner

Förvaltningschefen följder de enskilda medarbetarna vid samtal varannan månad. Den psykosociala arbetsmiljön följs i de årliga medarbetarundersökningarna. I syfte att arbeta offensivt med den sociala arbetsmiljön har ett samarbete med Feel Good inletts under 2016.

2.11 Informationssäkerhet – sekretess/konfidentialitet

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.

Riskbeskrivning	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter
Konsekvensbeskrivning	Patienters/anmälares sekretesskydd bryts

Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	3
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll av loggning samt avvikelserapportering
Kontrollfrekvens	2-3 gånger årligen respektive kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen och IT-ansvarig
Status	Grön

2.11.1 Rutiner

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.
- Dörren låses när arbetsrummet lämnas.
- 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 besökare ges tillträde.
- 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.

2.12 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.

Riskbeskrivning	Felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas
Konsekvensbeskrivning	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete
Sannolikhet	Mindre sannolik (1)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	3
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att nyanställda ges adekvat utbildning och handledning samt uppföljning och kontroll av registrering.
Kontrollfrekvens	Vid nyanställning samt varje månad

Ansvarig	Förvaltningschefen, controller och IT-ansvarig
Status	Grön

2.12.1 Rutiner

Uppföljning av registreringen sker varje månad. Controller och IT-ansvarig kontrollerar att den är såväl fullständig som korrekt. Ärendedatabasen innehåller särskilda uppföljningsrapporter som anger när en uppgift saknas eller är felaktigt registrerad. Vid brister överlämnas uppföljningen till respektive handläggare för åtgärd samt till förvaltningschefen för kännedom.

2.13 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. Om uppgifterna förloras kan återrapporteringen till vården bli inkorrekt, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbetet.

Riskbeskrivning	Registrerade uppgifter förloras
Konsekvensbeskrivning	Inkorrekt återrapportering av klagomålsärenden till vården, vilket ger bristfälligt underlag för kvalitetsarbete
Sannolikhet	Möjlig (2)
Konsekvens	Allvarlig (3)
Riskbedömning	6
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att rutiner för back up följs. Viruskontrol samt uppdatering av virusskydd.
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen och IT-ansvarig
Status	Grön

2.13.1 Rutiner

- 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 säkerhetskopiering varje natt. Band byts dagligen av IT-ansvarig. Vid dennas frånvaro delegeras 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.

2.14 Kompetensförsörjning

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

Riskbeskrivning	Kompetensförlust vid pensionsavgångar
Konsekvensbeskrivning	Avsaknad av kompetens
Sannolikhet	Sannolik (3)
Konsekvens	Kännbar (2)
Riskbedömning	6
Åtgärd	Begränsa
Kontrollmoment	Kontroll att rutiner för nyrekrytering följs
Kontrollfrekvens	Vid personalomsättning
Ansvarig	Förvaltningschefen
Status	Grön

2.14.1 Rutiner

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

3 SAMMANSTÄLLNING AV RISKBEDÖMNING 2017

Hur de identifierade riskerna värderats framgår nedan.

Konsekvens↓				
Mycket allvarlig (4)	Riskbed 4	Riskbed 8	Riskbed 12	Riskbed 16
Allvarlig (3)	Riskbed 3 Risk: 2.2, 2,3, 2.8, 2.11, 2.12	Riskbed 6 Risk : 2.9, 2.13	Riskbed 9 Risk : 2.6, 2.7, 2.10	Riskbed 12
Kännbar (2)	Riskbed 2 Risk : 2.1, 2,4	Riskbed 4	Riskbed 6 Risk : 2.14	Riskbed 8
Lindrig (1)	Riskbed 1 Risk : 2.5	Riskbed 2	Riskbed 3	Riskbed 4
Sannolikhet →	Mindre sannolik (1)	Möjlig (2)	Sannolik (3)	Mycket sannolik (4)

4 UPPFÖLJNING AV RISKER 2016

Förvaltningen hade, enligt den så kallade trafikljusmodellen, under 2016 enbart gröna risker.

Dokumentets namn				Sida
Rutiner vid internkontroll 2017				13 (13)
Ansvarig	Godkänd			Gäller från datum
Controller	Datum	Signatur	Utskrivet 2018-02-08	2017- -

Enligt föregående års interna kontrollplan har förvaltningen under 2016 följt upp och kontrollerat identifierade risker. Ytterligare åtgärder har enligt nämndens bedömning inte behövt vidtas.

Kvalitetspolicy

Gäller från och med 2012

Uppdaterad januari 2015

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND **3**
1 STYRNING **3**
1.1 LAGAR 3
1.2 REGLEMENTE 3
1.3 EXTERNA SAMVERKANSAVTAL 3
1.4 ÖVRIGT 4
2 POLITISKA INRIKTNINGSMÅL **4**
3 UPPDRAG **4**
4 VISION **4**
4.1 VÄRDEORD 4
4.2 FÖRHÅLLNINGSORD 4
5 EFFEKTMÅL **5**

BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande kvalitetspolicy som gäller från och med 2012. Syftet är att säkerställa att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer samt att förvaltningens patientärenden handläggs på ett sätt som möjliggör att de kan bidra till att förbättra vården. Nämndens kvalitetsmål utgår från fem identifierade verksamhetsområden; patientärenden, stödpersonsverksamhet, förebyggande verksamheter, öka kunskap hos vårdpersonal och patienter/allmänhet samt främja kontakter. Dessa specificeras i ett separat dokument.

1 STYRNING

1.1 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) och av landstingsfullmäktige fastställt reglemente för nämndens verksamhet.

1.2 Reglemente

Enligt det reglemente som landstingsfullmäktige med utgångspunkt i ovanstående lagar 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 rättshjälpen 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 landstingets 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 innefatta 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 landstingets 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 berörda nämnder och styrelser som ett underlag för kvalitetsutvecklingsarbete i vården

12. att senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år
13. att göra Inspektionen för vård och omsorg uppmärksam på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn
14. att rekrytera, utbilda och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin eller tvångsisoleras med stöd av smittskyddslagen.

1.3 Externa samverkansavtal

Patientnämnden i Stockholm sköter genom avtal patientnämndsverksamheten för den kommunala hälso- och sjukvården samt för Distriktstandvården och Aqua Dental samt privata tandhygienister i Stockholm.

1.4 Övrigt

Utöver ovanstående utgör barnkonventionen och landstingets handikappolitiska program viktiga utgångspunkter för förvaltningens arbete vid handläggning av patientärenden.

2 POLITISKA INRIKTNINGSMÅL

Verksamheten ska prioritera följande inriktningsmål fastställda av landstingsfullmäktige 2004:

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

3 UPPDRAG

Ovan nämnda lagar, reglemente och inriktningsmål definierar följande fem verksamhetsområden: 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 huvudman, utreda enskilda patientärenden samt bidra till kvalitetsutveckling genom att återföra de slutsatser som kan dras till vården. När så erfordras 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.

4 VISION

Tillitsfulla möten i vården och hos patientnämnden

4.1 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.

4.2 Förhållningsord

För att personalen i den dagliga verksamheten ska sträva mot nämndens vision och värdeord har förhållningsorden **P**rofessionell, **A**nsvarsfull och **N**eutral 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.

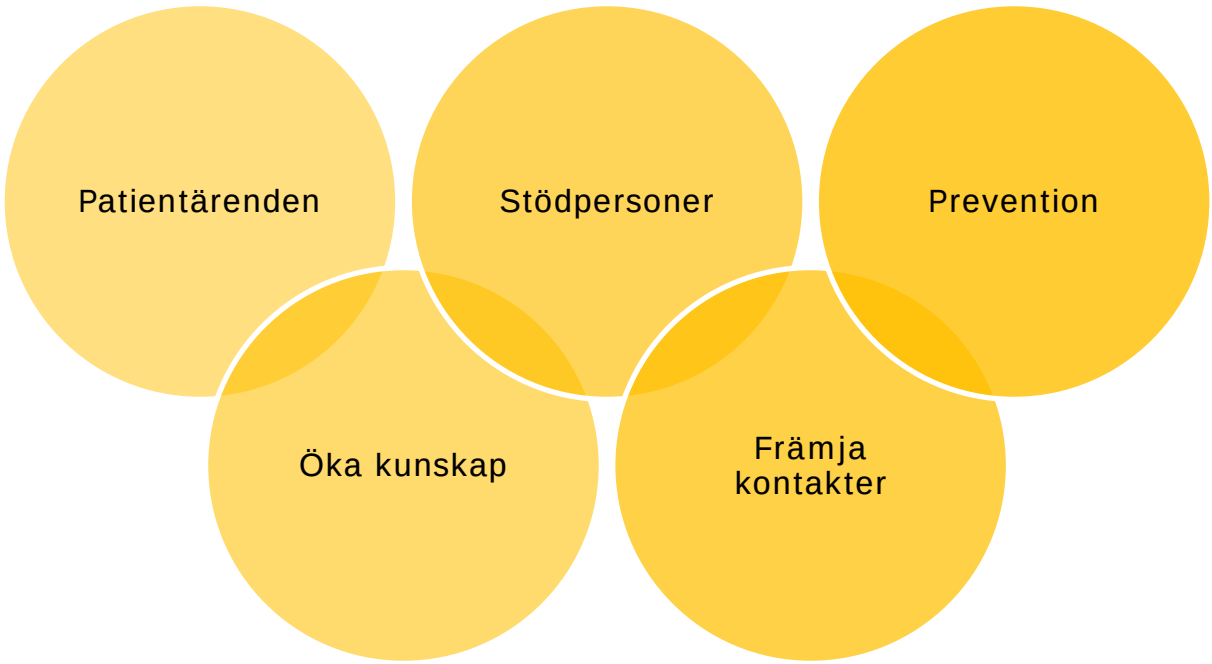
Förhållningsordet neutral innebär att personalen ska vara opartisk och inta en mellanställning. Personalen ska också vara lyhörd för samtliga involverades argument samt informera objektivt.

5 EFFEKTMÅL

Med ovanstående som bakgrund har effektmål utgående från de fem verksamhetsområden som definierats ovan under punkt 3 formulerats. Dessa redovisas i ett separat dokument.

Kvalitet

Mål och aktiviteter 2017



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

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 Återföring av data till vården och övriga intressenter 7
3.1.3 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder 7
3.1.4 Uppföljning av handläggningstider 7
3.1.5 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 8
3.3.1 Öka kunskapen om patientnämnden hos vårdpersonal 8
3.3.2 Öka kunskapen om patientnämnden hos patienter och allmänhet 8
3.3.3 Främja kontakter 8
3.4 Övergripande aktiviteter 8
3.4.1 Avvikelserapportering 8
3.4.2 Rutiner 9
3.4.3 Integrering av kvalitets- och miljöledning 9

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande plan för kvalitetsarbetets mål och aktiviteter under 2017. Syftet är att säkerställa att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer samt 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 (uppdaterad 2015) samt de aktiviteter som planeras för förvaltningens kvalitetsarbete under 2017. Uppföljning av mål och aktiviteter redovisas i till exempel årsrapport och förvaltningsberättelse. 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. Den senaste genomfördes under 2016. Förvaltningen tillfrågade då anmälare i 330 nyligen avslutade skriftliga ärenden om deras nöjdhet med bemötande, handläggning med mera. Den senaste undersökningen rörande vårdgivarnas nöjdhet genomfördes under 2014. Förnyad undersökning kommer att genomföras under våren 2017.

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. Uppföljning av telefontillgänglighet i Contact Center.
Redovisning:	Enkätresultatet redovisas i särskild rapport. Övrig telefontillgänglighet redovisas i årsbokslut.
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

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, offentlighets- och sekretesslagen samt smittskyddslagen. Därutöver tillkommer 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 en till 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 förvaltningsövergripande och individuella styrkort, 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 erfordras.

Ansvariga: Berörda handläggare kontrollerar och åtgärdar sina ärenden. Manuell uppföljning görs av controller, IT-ansvarig samt handläggare med ansvar för läkemedelsärenden som uppmärksammar handläggarna på eventuella brister/oklarheter i registreringen.

3.1.2 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.

3.1.3 Uppföljning och återföring av förbättringsåtgärder

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 förvaltningens årsrapport samt i årsbokslut.

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

3.1.4 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 ärerendebelastning 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 därför 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.

3.1.5 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 (IVO). När årsrapporten behandlats av nämnden vid sammanträde i februari/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.

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, patientsäkerhetsdagar med mera. 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 vid mässor, patientsäkerhetsdagar med mera. Här ingår även annonsering/marknadsföring samt artiklar i media. Årliga möten hålls med patient- och intresseorganisationer. 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. Detta tas upp vid förvaltningens ärendemöten och på kvalitetsdagar med mera.

Ansvariga: Samtliga anställda.

3.4 Övergripande aktiviteter

3.4.1 Avvikelserapportering

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. Vid avvikelserapportering ska framgå 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 medarbetare att genomföra en händelseanalys eller sammankalla och leda analysgrupper.

Avvikelser och förbättringsåtgärder redovisas fortlöpande på arbetsplatsträffar.

Ansvariga: Samtliga anställda ansvarar för rapportering. Avvikelseansvariga och förvaltningschefen ansvarar för att inkomna avvikelserapporter bearbetas adekvat, och att resultatet återförs till övriga medarbetare.

3.4.2 Rutiner

Arbete ska ske enligt de förvaltningsövergripande mål som fastställts i styrkort. Befintliga rutiner för avvikelsehantering ska ses över och uppdateras. Övriga rutiner ses över/uppdateras vid behov.

Ansvarig: Förvaltningschefen.

3.4.3 Integrering av kvalitets- och miljöledning

Förvaltningen är sedan tidigare certifierad enligt ISO 14001 för miljöledningssystem. I samband med extern miljörevision har revisor föreslagit att miljöledningen sammankopplas med förvaltningens kvalitetsarbete. Därmed höjs miljöarbetet till en högre nivå, vilket även har positiva effekter för kvalitetsarbetet. ISO 14001 och ISO 45001 utgör utgångspunkter för arbetet.

Även andra områden, som arbetsmiljö och informationssäkerhet, kan kopplas på då systemet är tillämpbart på alla delar.

Ansvarig: Miljösamordnare.



Vad tycker du om patientnämnden?

Patientenkät våren 2016

INLEDNING

Till patientnämndens förvaltning kan patienter och anhöriga kostnadsfritt vända sig när det uppstått problem i kontakterna med i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Detta medför att nämnden får en samlad bild av huvuddelen av den vård som bedrivs i länet.

Patientnämnden är opartisk och fristående från vården och ska utifrån inkomna synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att

- hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter
- informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

Förvaltningen har en kvalitetspolicy och kvalitetsmål för verksamheten där även strategi för att nå angivna mål och uppföljning av desamma framgår. De mål som avser handläggning av patientärenden följs årligen upp på flera sätt. Minst vart tredje år genomförs därutöver en enkät till personer som skriftligen anmält sitt ärende till förvaltningen och där yttrande inhämtats från vården. Under 2015 utgjorde dessa 26 procent av den totala ärendemängden. Förvaltningen kan även kontaktas per telefon eller e-post samt vid personligt besök. I många fall övergår dessa till skriftliga ärenden.

Handläggningen av skriftliga ärenden inleds med en skriftlig bekräftelse som sänds till anmälaren med vändande post. Här framgår även vem som kommer att handlägga ärendet. Innan en utredning påbörjas ska handläggaren, vanligtvis vid ett telefonsamtal, informera anmälaren om vad förvaltningen respektive andra instanser i klagomålssystemet kan hjälpa till med. Därefter fattas beslut om fortsatt handläggning i samråd med anmälaren. Information om ärendets fortsatta handläggning vad gäller inhämtande av yttrande, möjlighet att inkomma med genmäle etc ges. Anmälaren informeras även om att förvaltningen inte gör medicinska bedömningar. I dessa fall kan anmälaren hänvisas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vid krav på ekonomisk ersättning hänvisas till Patientförsäkringen, LÖF.

Vanligen utreds de skriftliga ärendena genom att yttrande begärs från berörd enhet i vården genom dess ledning. Ibland är anmälaren nöjd med det svar som inkommer och ärendet avslutas. I de fall anmälaren inte är nöjd finns möjlighet att inkomma med genmäle, varefter kompletterande yttrande kan begäras från vården.

Handläggningen av ett skriftligt ärende innebär ofta ett antal kontakter mellan handläggaren och anmälaren, både via telefon och skriftligen, varför det bör finnas goda möjligheter för anmälaren att bilda sig en uppfattning om förvaltningens telefontillgänglighet, information, bemötande och handläggning.

KVALITETSMÅL FÖR PATIENTÄRENDEN

Följande kvalitetsmål avseende handläggning av patientärenden har fastställts för 2016:

- Minst 80 procent av dem som söker kontakt med förvaltningen ska anse att informationen om verksamheten var lätt att finna och lätt att förstå.
- Minst 90 procent av dem som kontaktar förvaltningen ska vara nöjda med tillgängligheten.
- Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med den inledande informationen.
- Minst 90 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med personalens bemötande.
- Minst 80 procent av dem som har kontakt med förvaltningen ska vara nöjda med handläggningen av deras ärende.

När målet endast berör nämndens 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.

ENKÄTMETOD

Den typ av frågor som tas upp i enkäten ska ställas innan det hunnit gå för lång tid. Handläggningen ska vara avslutad men den som ska svara ska fortfarande ha sina kontakter med förvaltningen i färskt minne.

Från starttidpunkten noterades 330 ärenden (vilket utgör cirka 15 procent av antalet skriftliga ärenden föregående år) i följd, utan avbrott och oavsett handläggare, när anmälaren tillsändes ett yttrande från en vårdgivare. Detta kunde vara det första eller andra från samma vårdgivare. Om fler än en vårdgivare ombetts inkomma med yttranden hade samtliga dessa inkommit till förvaltningen och översänts till anmälaren innan ärendet noterades. Svarstiden när en anmälare mottar ett yttrande uppgår vanligtvis till fyra veckor och anges i skrivelse till anmälaren när yttrande översänds. Varefter svarstiderna för översända yttranden löpte ut, och förutsatt att ytterligare skrivelse inte inkom från anmälaren, skickades enkät, missivskrivelse och frankerat svarskuvert till anmälaren med ytterligare en veckas fördröjning. Eftersom enkäten genomförs helt anonymt skickades en påminnelse med enkät, missivskrivelse och frankerat svarskuvert till samtliga mottagare efter ytterligare två veckor.

Inkomna svar har sammanställts och redovisas som statistik respektive svar på de öppna frågorna.

URVAL

Av urvalets 330 skriftliga ärenden inkom 88 procent till förvaltningen under perioden november 2015 till och med april 2016. Dessa utgjorde 24 procent av samtliga skriftliga ärenden som inkom under den aktuella perioden och som utreddes genom att yttranden inhämtats från vården.

I 75 ärenden, 23 procent av samtliga i urvalet, företräddes anmälaren av en närstående. I 26 av dessa ärenden var patienten 19 år eller yngre. I 25 ärenden var patienten 70 år eller äldre. Därutöver förekom ombud av olika skäl i ytterligare 24 ärenden. I 13 av samtliga fall var patienten avliden.

Ålder och kön

Fördelning på ålder och kön				
Åldersgrupp	**Kvinnor**	**Män**	**Totalt**	**Andel, %**
0-9	7	8	15	5
10-19	9	7	16	5
20-29	34	6	40	12
30-39	25	14	39	12
40-49	18	16	34	10
50-59	37	24	61	18
60-69	26	20	46	14
70-79	33	28	61	18
80-89	8	7	15	5
90-99	1	2	3	1
Totalt	**198**	**132**	**330**	**100**

Urvalet utgjordes av 60 procent kvinnor och 40 procent män. För samtliga skriftliga ärenden har andelen kvinnor de senast åren varierat mellan 61 och 64 procent.

Åldersfördelningen i urvalet överensstämde relativt väl med fördelningen för samtliga skriftliga ärenden som inkom under perioden november 2015 till och med april 2016, då majoriteten av de ärenden som ingick i undersökningen inkom. För grupperna 30-39 och 40-49 år var dock andelarna i urvalet något mindre än för samtliga skriftliga ärenden. För gruppen 70-79 år var förhållandet omvänt, andelen i urvalet var något större än för samtliga skriftliga ärenden. För övriga grupper var skillnaderna marginella.

SVARSFREKVENS OCH BORTFALL

Totalt inkom 198 besvarade enkäter. Svarsfrekvensen uppgick således till 60 procent, vilket är 9 procentenheter lägre än vid den senaste undersökningen, men samma nivå som de två närmast föregående.

Enkäten har besvarats av 122 kvinnor och 71 män. I fem fall har frågan rörande kön inte besvarats. Svar inkom således från 62 procent av kvinnorna och 54 procent av männen. Vid föregående undersökning inkom svar från 76 procent av kvinnorna och 56 procent av männen.

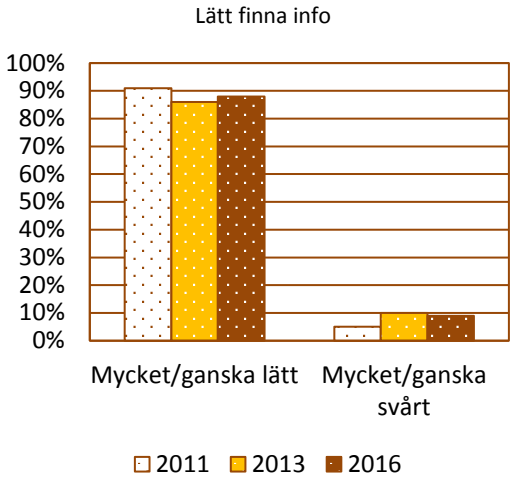
Bortfallet var störst i de två yngsta grupperna och minst i grupperna 60-69 och 80-89 år. Av 31 enkäter avseende de två yngsta grupperna besvarades åtta. Här uppgick bortfallet till 80 procent i gruppen 0-9 år och 69 procent i gruppen 10-19 år. Svarsfrekvensen var högst i gruppen 60-69 år, där den uppgick till 96 procent. Därefter följde gruppen 80-89 år med 93 procent. I den senare gruppen företräddes varannan patient av ett ombud, varför man kan anta att den som besvarade enkäten var yngre än patienten.

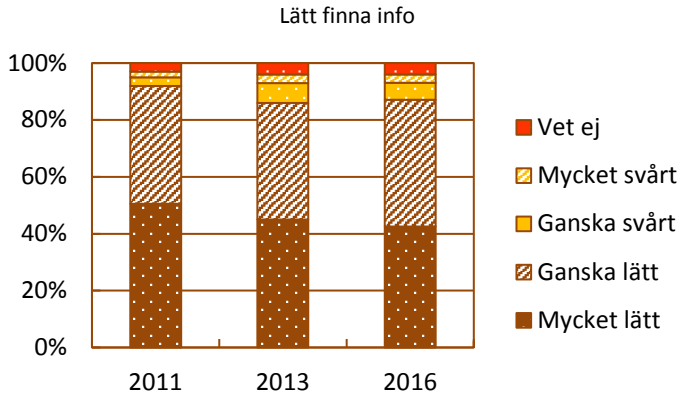
I de påminnelser som skickades till samtliga som ombetts besvara enkäten fanns en inledande text med information om att bortse från påminnelsen om enkäten redan skickats in. Det var därför möjligt att särskilja enkäter som besvarades efter påminnelsen, vilket hade gjorts i 21 procent av fallen.

RESULTAT

Frågor med fasta svarsalternativ

Fråga 1: Hur lätt var det att finna information om patientnämnden när du inledningsvis ville ta kontakt?





Andelen som ansåg att det var mycket eller ganska lätt att finna information om nämnden uppgick till 88 procent (43 respektive 45 procent). Därutöver ansåg 6 procent att det var ganska svårt och 3 procent att det var mycket svårt, medan 4 procent inte hade någon uppfattning.

Målet att minst 80 procent av dem som söker kontakt med förvaltningen ska anse att informationen var lätt att finna uppnåddes därmed.

Männen hade haft något lättare än kvinnorna att finna information, 90 procent av männen och 85 procent av kvinnorna ansåg att det var mycket eller ganska lätt.

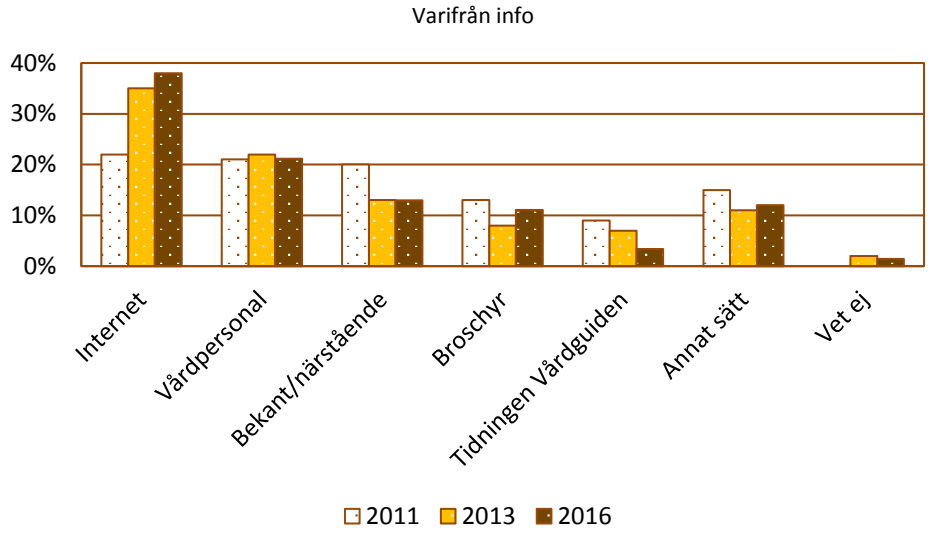
Vid undersökningen 2013 ansåg 86 procent att det var mycket eller ganska lätt att finna information.

Jag visste inte vart jag skulle vända mig, men när jag väl sökte på internet var det lätt att hitta informationen.

Jag tror att många inte vet vart man ska vända sig eller att man kan ringa och rådgöra med patientnämnden och få hjälp med vart man kan vända sig.

Jag hade ingen aning om vart jag skulle vända mig för att klaga innan jag av en slump fick veta det av en släkting. Ni borde vara mer synliga.

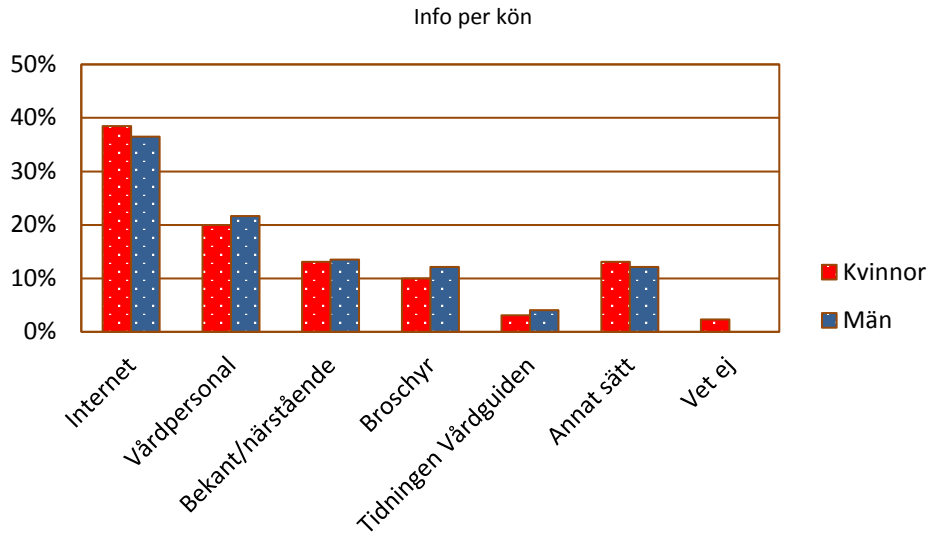
Fråga 2: Varifrån fick du information om patientnämnden?



I några fall angavs fler än ett alternativ. Totalt angav 197 personer 209 svar, vilka alla ingår i redovisningen nedan.

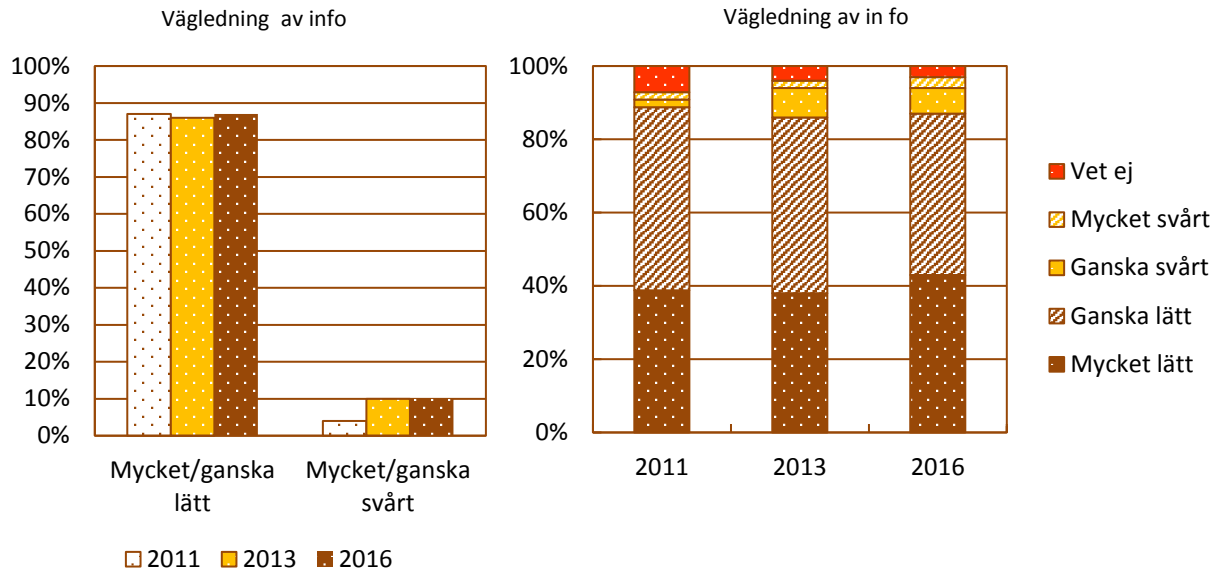
Den vanligaste informationskällan utgjordes som tidigare av internet. Andelen som fått information den vägen ökade något jämfört med föregående undersökning, från 35 till 38 procent. Även andelen som fått informationen via nämndens broschyr ökade något jämfört med föregående undersökningstillfälle. Andelen som fått information genom bekant/närstående kvarstod på 13 procent, medan övriga angivna informationsvägar minskade.

Män och kvinnor hämtade information om patientnämnden från delvis olika källor. Skillnaderna framgår av diagrammet nedan.



För både kvinnor och män var internet den vanligaste informationskällan, 38 procent av kvinnorna och 36 procent av männen fann informationen här, vilket i båda fallen var något större andelar än vid föregående undersökning. Andelarna var generellt större i de yngre åldersgrupperna än i de äldre.

Fråga 3: Hur lätt var det att få vägledning av den skriftliga informationen om patientnämnden?



Av de 176 personer som läst skriftlig information om nämnden ansåg 87 procent att det var mycket eller ganska lätt (43 respektive 44 procent) att få vägledning av denna. Därutöver ansåg 7 procent att det var ganska svårt och 3 procent att det var mycket svårt, medan 3 procent inte hade någon uppfattning.

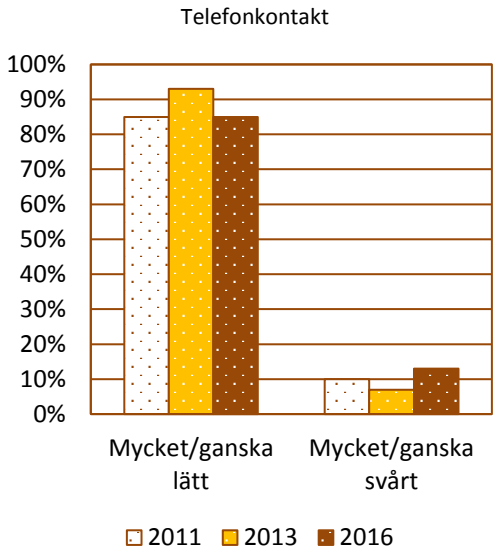
Målet att minst 80 procent av dem som läst skriftlig information ska anse att den är lätt att förstå uppnåddes därmed.

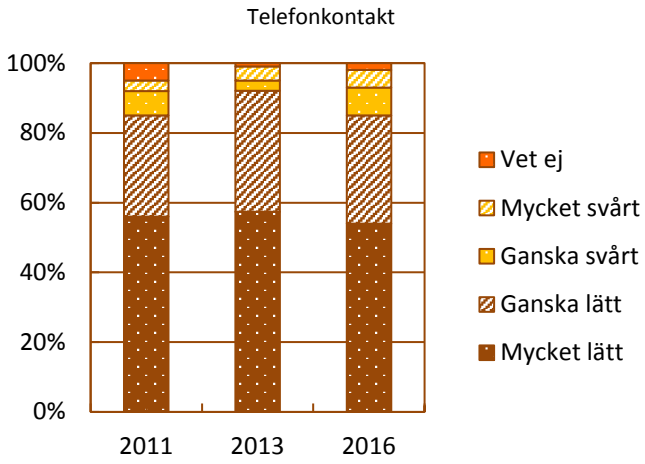
Männen var mer nöjda än kvinnorna, 92 procent av männen och 83 procent av kvinnorna ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få vägledning av den skriftliga informationen.

Vid undersökningen 2013 ansåg 86 procent av samtliga som läst skriftlig information att det var mycket eller ganska lätt att få vägledning av denna.

Snabb kontakt, bra information. Förklarade precis hur allt skulle gå till så jag förstod. Kände mig glad efter samtalet med min handläggare.

Fråga 4: Hur lätt var det att få kontakt per telefon med någon på patientnämnden?





Av de 184 personer som ringt till förvaltningen ansåg 85 procent att det var mycket eller ganska lätt (54 respektive 31 procent) att få kontakt på telefon. Därutöver ansåg 8 procent att det var ganska svårt och 5 procent att det var mycket svårt, medan 2 procent inte hade någon uppfattning.

Målet att minst 90 procent av dem som kontaktar nämnden per telefon ska vara nöjda med telefontillgängligheten uppnåddes därmed inte.

Kvinnorna var mer nöjda med telefontillgängligheten än männen, 88 procent av kvinnorna och 81 procent av männen tyckte det var mycket eller ganska lätt att få kontakt.

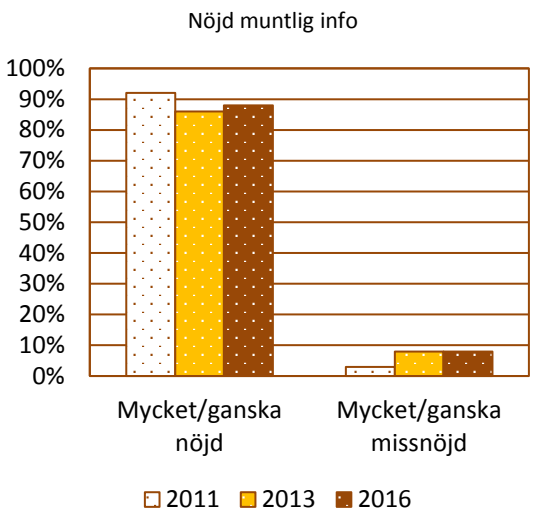
Målet uppnåddes vid undersökningen 2013 då 93 procent av dem som ringt till förvaltningen ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt per telefon.

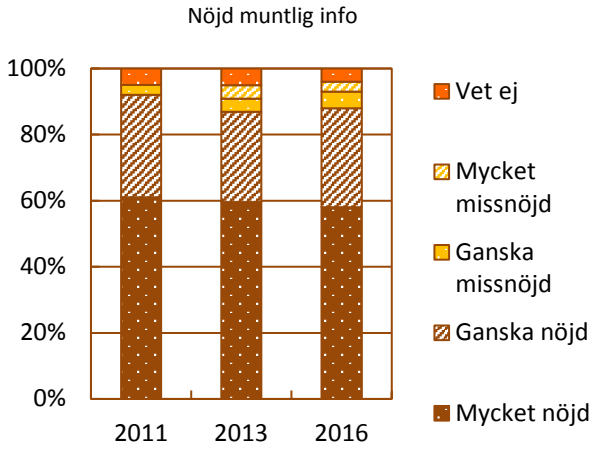
Mycket lätt att få kontakt, hjälp direkt, klara direktiv.

Jag är inte direkt missnöjd, men den handläggare jag skulle kontakta var ganska svår att nå, även via växeln.

Särskilt nöjd med att jag kom till en handläggare direkt.

Fråga 5: Hur nöjd är du med den muntliga information du fick inledningsvis på patientnämnden om vad nämnden kan hjälpa till med?





Andelen som var mycket eller ganska nöjd med den inledande informationen uppgick till 88 procent (58 respektive 30 procent). Därutöver var 5 procent ganska och 3 procent mycket missnöjda, medan 4 procent inte hade någon uppfattning.

Målet att minst 90 procent ska vara nöjda med den inledande informationen om vad nämnden kan hjälpa till med uppnåddes därmed inte.

Kvinnorna var mer nöjda än männen, 92 procent av kvinnorna och 81 procent av männen var mycket eller ganska nöjda.

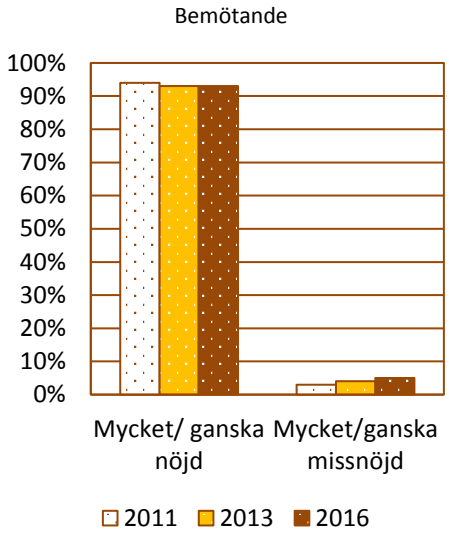
Av svaren framgår inte om man är missnöjd med hur informationen givits, eller inte givits, eller om det är innehållet i densamma man har synpunkter på. I det senare fallet kan resultatet sannolikt kopplas till oklarhet rörande nämndens uppdrag, befogenhet och ställning.

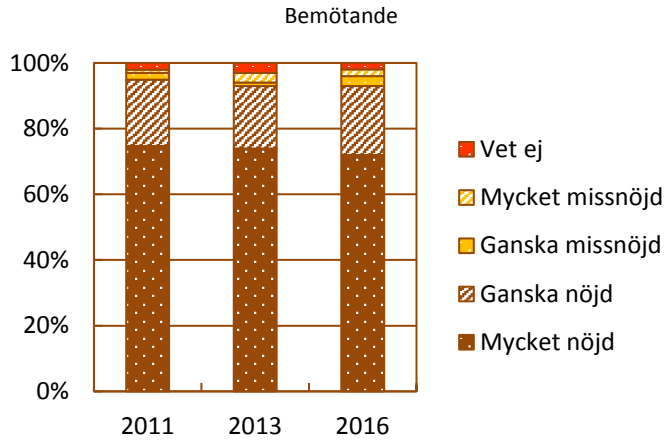
Målet uppnåddes inte vid undersökningen 2013, då 86 procent var mycket eller ganska nöjda. Inte heller vid tidigare undersökningar har målet uppnåtts.

Tydlig information från handläggare. Kände mig sedd och att min upplevelse av vården var viktig.

Missförstod att det jag skrev i min anmälan skulle läsas av den vårdenhet jag anmälde. Om jag förstått det hade jag uttryckt mig bättre …

Fråga 6: Hur nöjd är du med bemötandet från nämndens personal?





Andelen som var mycket eller ganska nöjd med bemötandet från nämndens personal uppgick till 93 procent (72 respektive 21 procent). Därutöver var 3 procent ganska och 2 procent mycket missnöjda, medan 2 procent inte hade någon uppfattning.

Målet att minst 90 procent av dem som har kontakt med nämnden ska vara nöjda med bemötandet uppnåddes därmed.

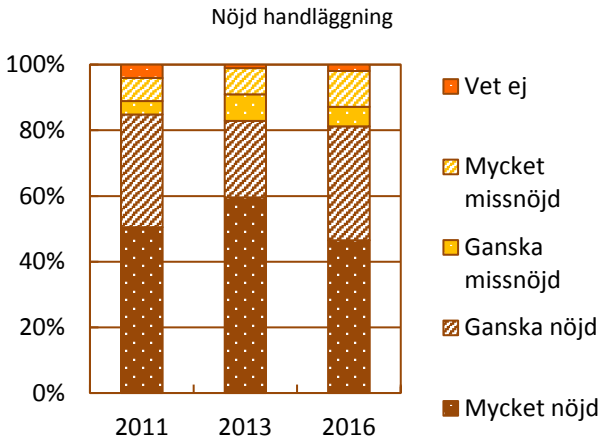
Kvinnorna var mer nöjda än männen, 96 procent av kvinnorna och 89 procent av männen var mycket eller ganska nöjda.

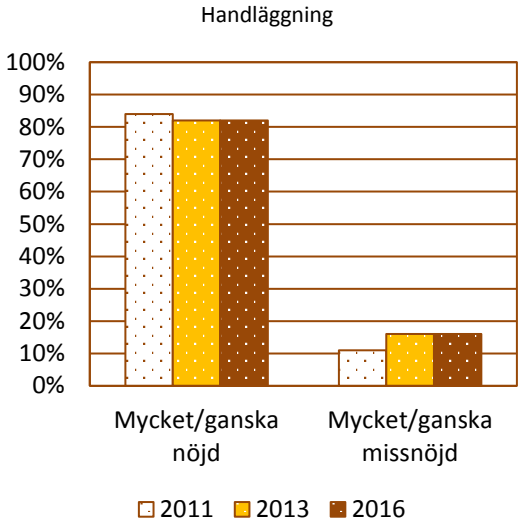
Jämfört med undersökningen 2013 sågs endast marginella skillnader.

Jag blev mycket väl bemött, min handläggare lyssnade på mig och jag fick råd om hur jag kan gå vidare.

Jag blev vänligt bemött, kunde ställa frågor och fick klara besked. När jag ringde min handläggare och hon var upptagen ringde hon upp när hon blev ledig.

Fråga 7: Hur nöjd är du på det hela taget med patientnämndens handläggning av ditt ärende?





Andelen som var mycket eller ganska nöjd med handläggningen av deras ärenden uppgick till 82 procent (47 respektive 35 procent). Därutöver var 6 procent ganska och 11 procent mycket missnöjda, medan 2 procent inte hade någon uppfattning.

Målet att minst 80 procent ska vara nöjda med handläggningen uppnåddes därmed.

Här sågs ingen nämnvärd skillnad mellan könen, 81 procent av männen och 82 procent av kvinnorna var mycket eller ganska nöjda.

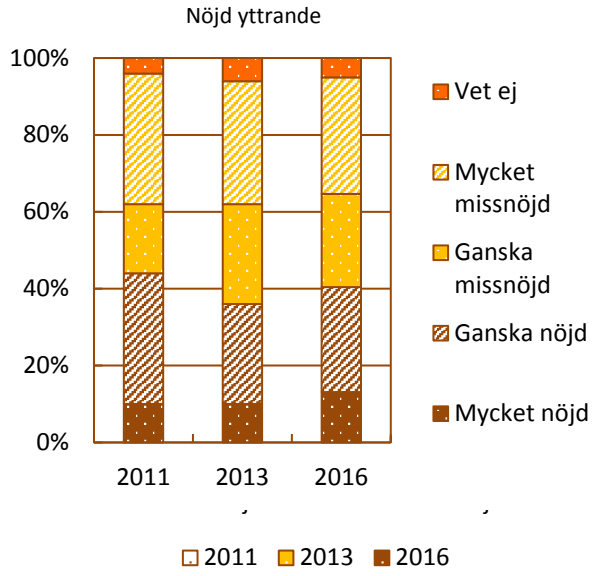
Vid undersökningen 2013 uppgav 82 procent att de var mycket eller ganska nöjda med nämndens handläggning.

Handläggningen av ärendet gick fort och smidigt. All kontakt med patientnämnden har varit enkel, smidig och informativ.

Min handläggare var sympatisk och förstående. Hon hade ett lugn i rösten och var aldrig stressad.

Jag fick påminna min handläggare innan jag fick svar, jag hade velat få återkoppling under tiden eftersom jag undrade om min skrivelse över huvud taget nått fram till vårdansvarig.

Fråga 8: Hur nöjd är du med innehållet i yttranden från vården?



Andelen som var mycket eller ganska nöjd med innehållet i vårdens yttranden uppgick till 40 procent (13 respektive 27 procent). Därutöver var 24 procent ganska och 30 procent mycket missnöjda, medan 5 procent inte hade någon uppfattning.

Männen var mer nöjda än kvinnorna, 44 procent av männen och 39 procent av kvinnorna var mycket eller ganska nöjda.

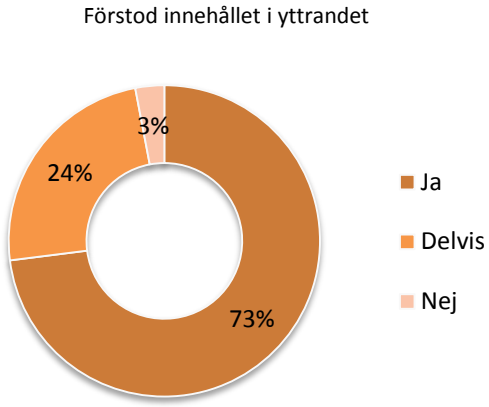
Då patientnämnden inte i någon större utsträckning kan påverka innehållet och utformningen av yttranden från vårdgivare har nämnden inget mål för detta.

Vid undersökningstillfället 2013 uppgav 36 procent att de var mycket eller ganska nöjda med yttrandena från vården. 26 procent var ganska missnöjda och 32 procent mycket missnöjda. Andelen som var mycket eller ganska nöjd med vårdens yttranden har således ökat något, från 36 procent 2013 till 40 procent. Den var dock större vid undersökningen 2011, 44 procent.

Svaret från chefläkaren var undanglidande. Han intog mer försvarsposition än bemötte mig som patient på ett bra sätt.

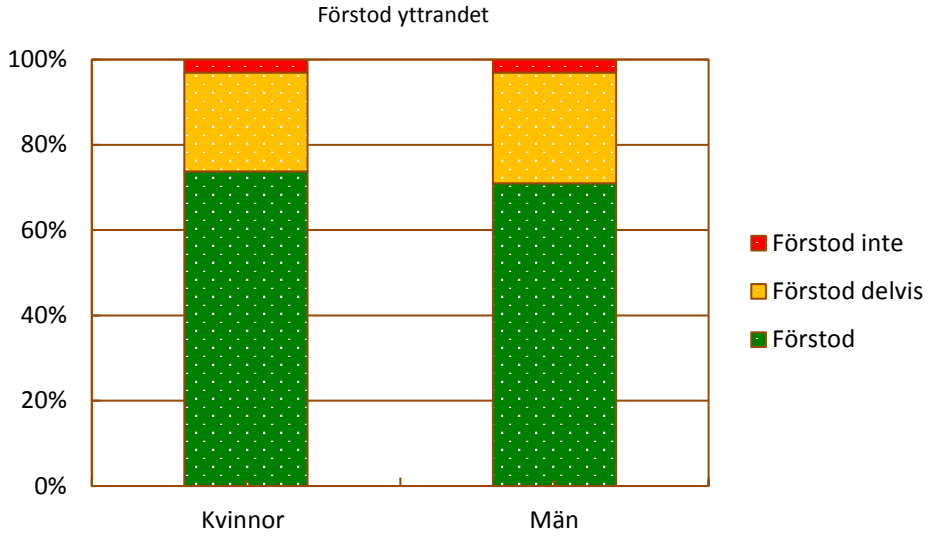
Jag hade velat veta om de åtgärder som beskrivs i yttrandena verkligen genomförs och att det blir en förändring.

Fråga 9: Förstod du innehållet i yttrandet/yttrandena?



Denna fråga har inte ställts vid tidigare undersökningar, varför jämförelser inte kan göras.

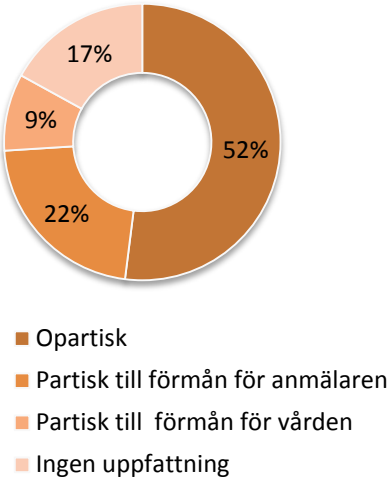
Majoriteten, 73 procent, uppgav att de förstod innehållet i yttrandet. Ytterligare 24 procent förstod innehållet delvis och 3 procent uppgav att de inte förstod innehållet.

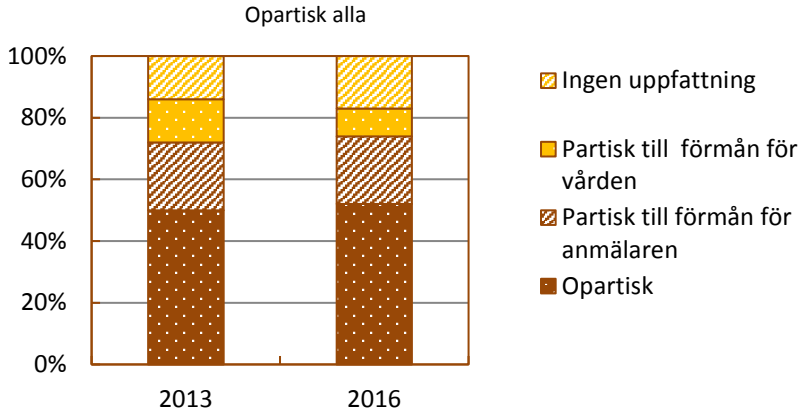


73 procent av kvinnorna och 71 procent av männen uppgav att de förstod yttrandena.

Vårdens svar var anmärkningsvärt motsägelse-fullt i varje yttrande, man förnekade sina ord i tidigare svar. Jag blev trött på meningslösa svar från vården och slutade svara själv.

ters rättigheter men samtidigt vara fri-
du din handläggare?





Ungefär varannan svarande, 52 procent, upplevde handläggaren som opartisk, 22 procent som partisk till förmån för anmälaren och 9 procent som partisk till förmån för vården. 17 procent hade ingen uppfattning.

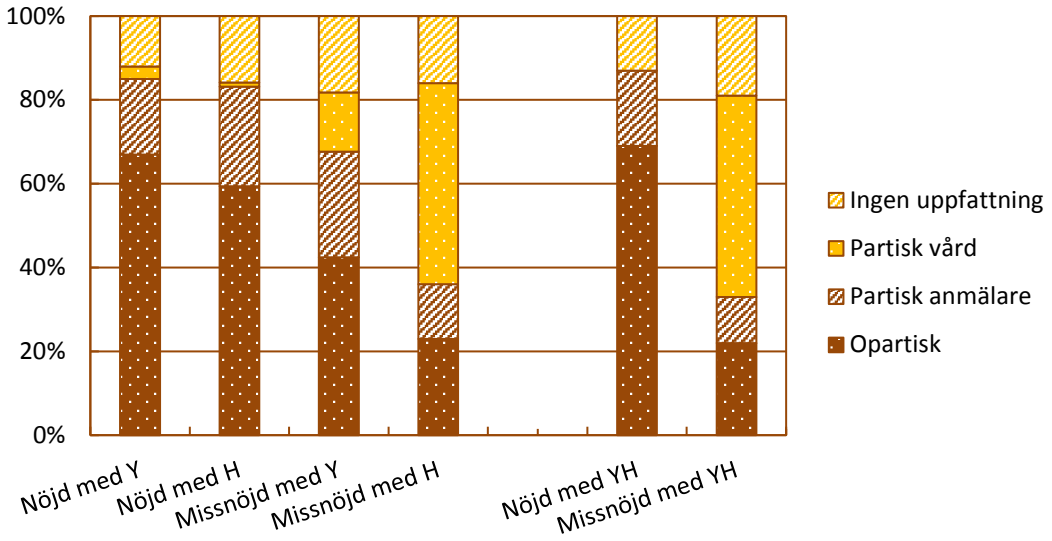
Nämnden har inget mål rörande detta.

Jämfört med 2013, då frågan ställdes för första gången, sågs endast små skillnader.

Totalt 55 procent av männen och 50 procent av kvinnorna upplevde handläggaren som opartisk.

Upplevelsen av handläggarens o-/partiskhet kunde kopplas till huruvida anmälaren var nöjd med förvaltningens handläggning av ärendet respektive yttranden från vården. För dem som var nöjda med detta var andelarna som upplevde handläggaren som opartisk större. För dem som var missnöjda med handläggning och yttrande var andelarna som upplevde att handläggaren var partisk till förmån för vården större.

Andelen som uppfattade handläggaren som opartisk var störst bland dem som var nöjda med både yttrande och handläggning och minst bland dem som var missnöjda med desamma. Skillnaderna framgår av diagrammet nedan.



Frågor med öppna svarsalternativ

Synpunkter på telefontillgängligheten

I anknytning till frågan om telefontillgängligheten, som hade fasta svarsalternativ, fanns möjlighet att fritt besvara frågorna ”Är det något du är särskilt nöjd med när det gäller telefontillgängligheten?” och ”Om du är missnöjd med telefontillgängligheten – vad beror det på?”

Bland dem som var nöjda med telefontillgängligheten lämnade 71 personer (42 kvinnor och 29 män) en kommentar kring vad de var särskilt nöjda med. Av dessa framgick att man snabbt fått svar när man ringt och man snabbt blivit uppringd när det efterfrågats. Många berömde bemötandet och informationen de fått under telefonsamtalen och uppskattar att deras problem tagits på allvar.

Bland dem som svarade att de var missnöjda med telefontillgängligheten, motiverade 17 personer (5 kvinnor, 11 män och 1 person som inte besvarat enkätens fråga om kön) sina svar. De ansåg att det varit svårt att få telefonkontakt med sin handläggare eller att det dröjt innan man blivit uppringd.

Är det något du är särskilt nöjd med?

Frågan om det är något man är särskilt nöjd med besvarades av 79 personer (49 kvinnor och 30 män).

Många framförde att handläggningen varit snabb och effektiv och att man fått gott stöd och tät återkoppling från handläggaren. Många var nöjda med bemötandet och engagemanget i handläggningen. Flera uppskattade att de blivit lyssnade till, att deras problem hade tagits på allvar och att de hade fått tydlig information. I flera fall har namngivna handläggares bemötande och agerande lyfts fram.

Är det något du tycker kan förbättras?

Frågan om man tycker att något kan förbättras besvarades av 84 personer (55 kvinnor, 27 män och 2 personer som inte besvarat enkätens fråga om kön). Svaren avsåg i stor utsträckning patientnämndens förvaltning men även synpunkter på vården framkom.

Synpunkter på patientnämndens förvaltning

Synpunkter på förvaltningens handläggning av ärendena förekom. Det hade tagit lång tid och det hade varit svårt att få telefonkontakt med handläggaren. I några fall hade handläggningstiden förlängts på grund av handläggarens sjukdom. I ett par fall hade fler än en handläggare varit involverad i ärendet, vilket ledde till viss förvirring. Det förekom också att man upplevde att handläggaren ville avsluta ärendet trots att man själv inte kände sig nöjd.

Av flera svar framkom att man ansåg att patientnämnden borde ha större befogenheter och möjligheter att kräva åtgärder från vården. Av kommentarerna framgick att man hade förväntat sig att handläggaren skulle agera som ombud för patienten.

Några framförde att patientnämnden borde göras mer känd bland vårdpersonal och allmänhet samt att det borde vara möjligt att kommunicera digitalt med förvaltningen.

Synpunkter på vården

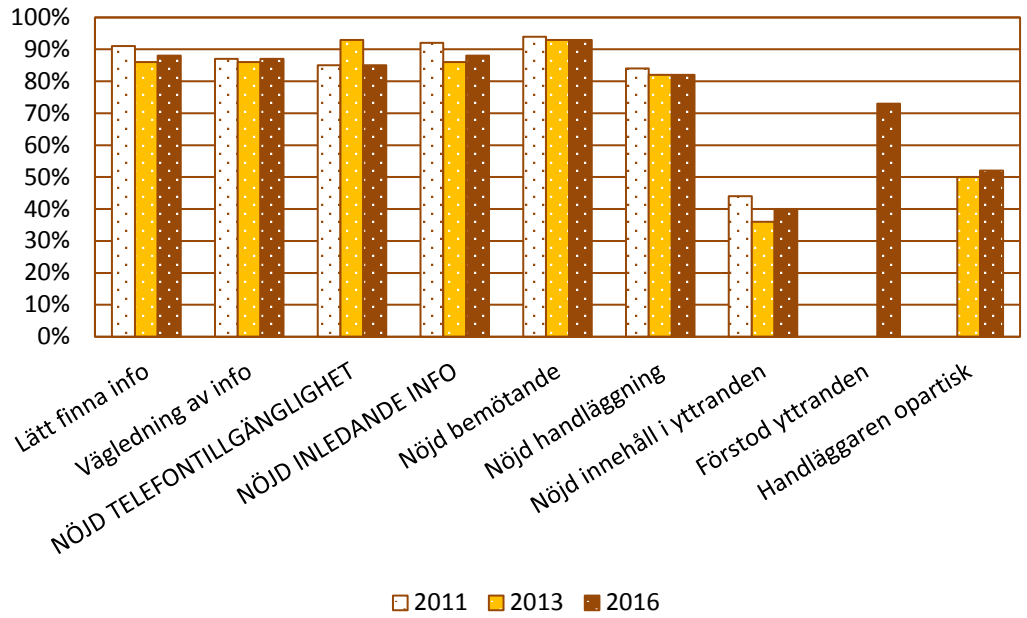
Många framför besvikelse och missnöje med vården och vad de råkat ut för. Man var missnöjd med såväl innehållet i yttrandena från vården som att svaren dröjt. Flera svarande upplevde att deras anmälan inte tagits på allvar av vården. I andra fall var man nöjd med de åtgärder vården utlovat för att förhindra en upprepning, men kände sig tveksam till att åtgärderna verkligen skulle genomföras.

SLUTSATSER

Denna studie visar över lag mycket positiva resultat. Samtliga uppsatta kvalitetsmål avseende nämndens patientärenden har uppnåtts, förutom att:

- 85 procent, mot målets 90, var nöjda med förvaltningens telefontillgänglighet
- 88 procent, mot målets 90, var nöjda med den inledanda muntliga informationen om vad nämnden kan hjälpa till med.

Andelarna som var mycket eller ganska nöjda med information, telefontillgänglighet etc vid detta och de två föregående undersökningstillfällena framgår av nedanstående diagram.



Sammanfattningsvis kan sägas att nöjdheten generellt ligger på en hög nivå och har varierat något under åren. Frågan om anmälaren förstod innehållet i yttrandet/yttrandena har inte ställts tidigare och frågan om hur anmälaren uppfattade handläggarens partiskhet ställdes första gången 2013.

Jämfört med föregående undersökning sågs framför allt skillnader gällande de två mål som inte uppnåddes.

- Andelen som ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt med förvaltningen per telefon minskade från 93 till 85 procent, vilket var samma nivå som vid undersökningen 2011.
- Andelen som var mycket eller ganska nöjd med den inledande muntliga informationen om vad förvaltningen kan hjälpa till med ökade något, från 86 till 88 procent, men var mindre än 2011 då den uppgick till 92 procent.

För övriga frågor var skillnaderna små, andelarna som var mycket eller ganska nöjda ökade marginellt eller kvarstod på samma nivå som vid föregående undersökning.

Andelen som var nöjd med innehållet i yttrandena var som tidigare liten, 40 procent, vilket var en ökning jämfört med föregående undersökning då den uppgick till 36 procent, vilket i sin tur var lägre än undersökningen dessförinnan, då 44 procent var nöjda.

Ingen större skillnad kunde ses för mäns respektive kvinnors totala nöjdhet. I vissa fall var kvinnornas andelar något större än männens och vice versa. Skillnaderna mellan könen var störst när det gällde nöjdheten med den muntliga inledande informationen om vad förvaltningen kan hjälpa till med. Här översteg kvinnornas andel männens med 11 procentenheter. Därefter följde huruvida man funnit det lätt att få vägledning av skriftlig information, där männens andel översteg kvinnornas med 9 procentenheter.

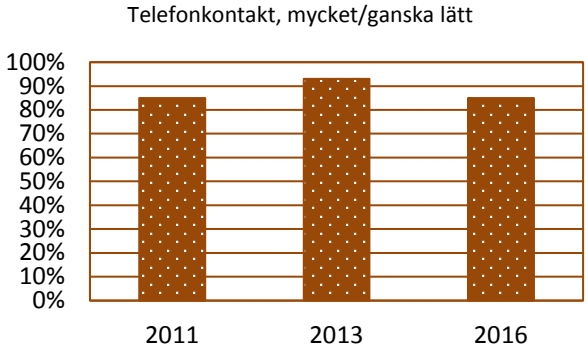
FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Fråga 4: Hur lätt var det att få kontakt per telefon med någon på patientnämnden?

Andelen som ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt per telefon minskade från 93 procent vid undersökningen 2013 till 85 procent i denna undersökning och var lika stor som vid undersökningen 2011.

Målet uppnåddes således inte.

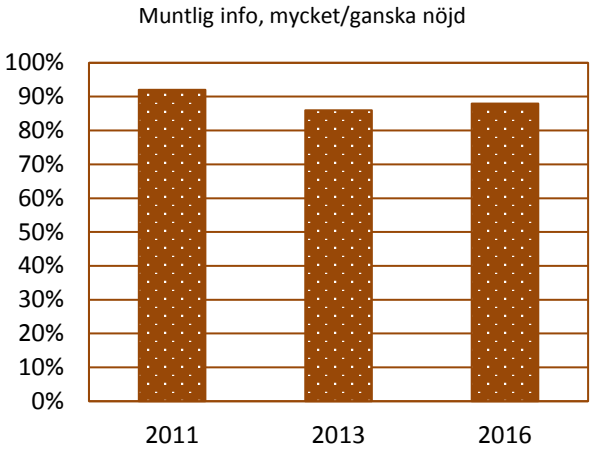
Förvaltningen kommer under hösten 2016 att förändra rutinerna för telefonbemanning.



Fråga 5: Hur nöjd är du med den muntliga information du fick inledningsvis på patientnämnden om vad nämnden kan hjälpa till med?

Andelen som uppgav att de var mycket eller ganska nöjda med den inledande informationen ökade något, från 86 procent 2013 till 88 procent i denna undersökning. Vid undersökningen 2011 uppgick motsvarande andel till 92 procent.

Målet har således inte uppnåtts. Svaren ger ingen information om huruvida man är missnöjd med hur informationen givits, eller inte givits, eller om det är innehållet i densamma man har synpunkter på.



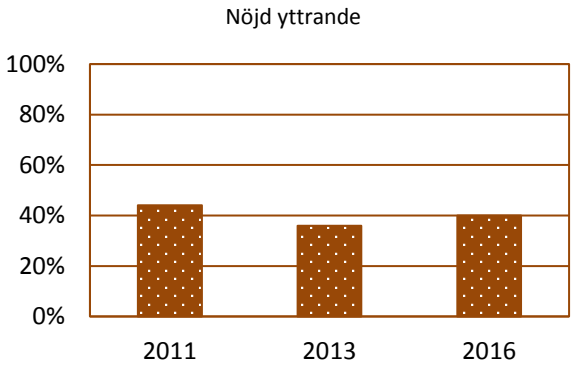
I det senare fallet kan resultatet sannolikt kopplas till oklarhet rörande nämndens uppdrag, befogenhet och ställning, vilket kan leda till felaktiga förväntningar rörande vilken hjälp anmälaren förväntar sig.

Förvaltningen har under de senaste åren lagt särskilt stor vikt vid den inledande informationen och sett över, förtydligat och aktualiserat rutiner rörande detta med samtlig personal. Då målet trots detta inte uppnåtts och förvaltningen finner detta allvarligt kommer ytterligare åtgärder att övervägas.

Fråga 8: Hur nöjd är du med innehållet i yttranden från vården?

Andelen som var nöjd med yttrande från vården ökade från 36 procent 2013 till 40 vid denna undersökning. Det bästa resultatet uppnåddes 2011, då 44 procent var nöjda. Då nämnden inte i någon större utsträckning kan påverka innehållet och utformningen av yttranden från vårdgivare har nämnden inget mål för detta.

Missnöjet med yttrandena avspeglas i de öppna kommentarerna



om vad som kan förbättras. Orsakerna till missnöje med yttranden från vården kan vara fler. Ofta anser anmälaren att problemet inte tagits på allvar. Man har inte fått svar på sina frågor eller en förklaring till det som hänt. Det man uppfattar som bortförklaringar, förnekanden eller brist på empati och förståelse kan medföra ytterligare korrespondens från patientens sida.

I många fall vill anmälare med sitt klagomål uppmärksamma vården på en negativ händelse för att på så sätt förhindra att andra drabbas av detsamma. Därför önskade man information om huruvida det egna klagomålet ledde till någon förbättring i vården.

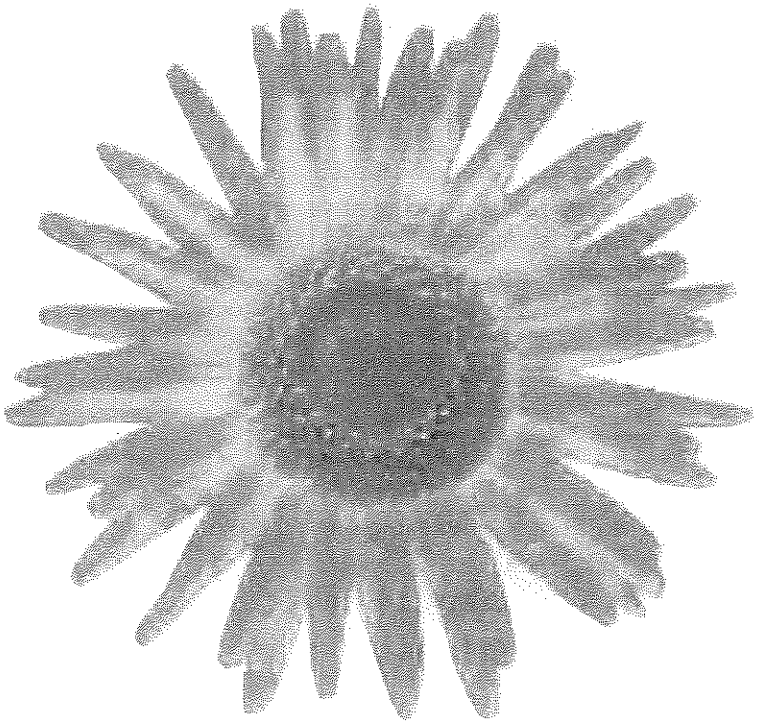
Nämnden har en broschyr, ”Bra att veta när du skriver yttrande till patientnämnden”, som bifogas samtliga skrivelser till vården med begäran om yttrande. Därutöver förtydligas vid behov förvaltningens missivskrivelser till vården när yttrande begärs, så att det tydligt ska framgå vad anmälaren vill ha svar på eller kommentarer till. Missivskrivelserna innehåller även en uppmaning att informera förvaltningen om ärendet lett till att man vidtagit eller kommer att vidta förbättringsåtgärder.

Frågan om innehåll i yttranden tas upp till exempel vid möten med verksamhetschefer. På sikt kan detta förhoppningsvis leda till en förbättring.

Fråga 10: Patientnämnden ska värna om patienters rättigheter men samtidigt vara fristående och opartisk. Hur upplevde du din handläggare?

Nämnden har inte formulerat något mål rörande detta, men kommer att överväga att införa ett sådant från och med 2017.

Lillemor Humlekil har ansvarat för genomförandet av studien, sammanställning av resultat samt dokumentation. Studien har genomförts enligt samma metod som vid tidigare undersökningstillfällen.



Vad tycker vårdgivarna om patientnämnden?

Enkät våren 2017

FÖRORD

Föreliggande rapport visar att man från vårdens sida är nöjd med patientnämndens verksamhet. Huvuddelen av de svarande anser att kommunikationen mellan patientnämndens förvaltning och vården fungerar bra. Det har också framkommit att man anser att patientnämndens verksamhet är av mycket stor betydelse för patienterna och även för vårdens arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

Patientnämndens förvaltning arbetar ständigt för att förbättra kvaliteten i sitt arbete. Såväl spontana kommentarer som det stora antalet svar på enkätens öppna frågor har tydliggjort ytterligare förbättringsområden och inspirerat till fortsatt arbete. Detta beskrivs närmare i avsnittet *Förbättringsområden* längre fram i rapporten.

Steinunn Asgeirsd. Håkansson

Steinunn Asgiersdottir Håkansson
Förvaltningschef

Lillemor Humlekil

Lillemor Humlekil
Controller

Innehåll

Förord 2

Inledning 4

Kvalitetsmål avseende vårdgivare 5

Metod och urval 5

Svarsfrekvens och bortfall 5

Resultat 6

Frågor med givna svarsalternativ 6

Resultat per vårdtyp 2017 17

Frågor med öppna svarsalternativ 22

Slutsatser 24

Förbättringsområden 25

Utökad kontakt med förvaltningen 25

Hantering av anmälningar 26

Återrapportering till vården 26

Återrapportering i enskilda ärenden 26

Kommentarer 26

Vad kunde gjorts bättre? 26

Opartiskhet - fråga 4 27

Svars- och handläggningstider 28

Ärenden med medicinska frågeställningar 28

Automatisk återrapportering till vården 27

INLEDNING

Till patientnämndens förvaltning kan patienter och anhöriga kostnadsfritt vända sig när det uppstått problem i kontakterna med i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, såväl landstings- som kommunalt och privat driven, samt folktandvården, övrig landstingsfinansierad tandvård, Distriktstandvården AB, Aqua Dental AB och privata tandhygienister i Stockholms län. Detta medför att förvaltningen får en samlad bild av huvuddelen av den vård som bedrivs i länet.

Patientnämnden är opartisk och fristående från vården och ska utifrån inkomna synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att

- hjälpa patienter och anhöriga att få den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården
- främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter och därmed bidra till kvalitetsutvecklingen i vården
- informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet.

Under 2016 hanterade förvaltningen 7 647 ärenden. Dessa kan inkomma i form av skrivelser, telefonsamtal eller e-postbrev samt vid personliga besök. Vanligen utreds skriftliga ärenden genom att nämndens förvaltning, efter samtycke från anmälaren, begär yttrande från aktuell enhet i vården genom dess ledning. Yttrandet översänds till anmälaren som i många fall är nöjd med svaret alternativt av någon orsak inte vill driva ärendet vidare, varvid det avslutas. I de fall anmälaren inte är nöjd finns möjlighet att inkomma med genmäle, varvid kompletterande yttrande kan begäras från vården.

Förvaltningen har en kvalitetspolicy som fastställdes 2012 (uppdaterad 2015) samt en plan med mål och aktiviteter för förvaltningens kvalitetsarbete som revideras minst vart tredje år. Här framgår även strategier för att nå angivna mål och uppföljning av desamma. De mål som avser handläggning av patientärenden följs årligen upp på flera sätt, till exempel genom uppföljning av handläggningsrutiner och telefontillgänglighet. Minst vart tredje år genomförs därutöver enkäter riktade till personer som skriftligen anmält sitt ärende till nämnden (senast 2016) respektive vårdgivare som föregående år inkommit med yttranden i minst två ärenden.

I samband med att patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011 ändrades även lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. I lagens andra paragraf anges att nämnderna utifrån synpunkter och klagomål ska stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Förvaltningen är neutral och tar inte ställning till vad som är "rätt", varken när det gäller anmälarnas uppfattning som framkommer i deras skrivelser och vid telefonkontakter eller vårdens svar som framkommer i yttranden i samband med ärendenas utredning.

KVALITETSMÅL AVSEENDE VÅRDGIVARE

Följande kvalitetsmål avseende vårdgivare har fastställts för 2017:

- 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.
- Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska uppleva handläggarens agerande som opartiskt.
- Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att patientnämndens verksamhet är viktig för vården.
- Minst 80 procent av de vårdenheter som har skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att nämndens verksamhet är viktig för patienterna.

För att få kunskap om hur det hittillsvarande arbete gentemot vårdgivare uppfattats samt även för att få ytterligare information om hur förvaltningen framdeles kan bidra till hög patientsäkerhet och kvalitet i vården genomförs enkätundersökningar minst vart tredje år. Sådana har tidigare gjorts under 2011 och 2014. Metod och frågor har i princip varit desamma vid samtliga undersökningar. Föreliggande rapport redovisar resultatet av den undersökning som genomfördes under våren 2017.

METOD OCH URVAL

Enkäten, som skickades ut med en missivskrivelse, innehöll elva frågor med fasta svarsalternativ och tre öppna frågor.

Urvalet utgjordes av de verksamheter som under 2016 hade inkommit med yttranden i två eller flera skriftliga ärenden hos förvaltningen, sammanlagt 358 mottagningar/enheter fördelade på flertalet vårdtyper. Enkäter adresserades, beroende på verksamhetens organisation, till verksamhetschef, klinikchef, enhetschef, chefläkare eller ansvarig chef i aktuella verksamheter.

De svarande var anonyma, även för dem som arbetade med enkäten. Därför sändes en påminnelse innehållande missiv och enkät till samtliga i urvalet två till tre veckor efter att de mottagit den första försändelsen.

SVARSFREKVENS OCH BORTFALL

Totalt 257 besvarade enkäter inkom. Svarsfrekvensen uppgick således till 72 procent, vilket var något lägre än vid föregående undersökningstillfälle då den uppgick till 76 procent. Andelen svarande i vårdtypen Övrig vård översteg 100 procent, nio enkäter skickades ut och elva besvarades. Detta torde kunna förklaras med att den svarande definierat sin vårdtyp på annat sätt än förvaltningen.

Bortfallet var störst för habilitering, dock skickades endast fem enkäter ut till företrädare i dessa verksamheter. För akutsjukhus och primärvård uppgick bortfallet till 36 respektive 35 procent.

Tabellen nedan visar antal utskickade enkäter och svarsfrekvens fördelat på vårdtyper. I tre fall var frågan rörande vårdtyp inte besvarad.

Mottagare av enkät

Vårdtyp	Antal skickade enkäter	Antal besvarade enkäter	Andel besvarade enkäter, %
Primärvård	158	103	65
Akutsjukhus	75	48	64
Psykiatrisk vård	47	37	79
Specialistvård *	40	29	73
Tandvård	18	17	94
Övrig vård **	9	11	122
Geriatrisk vård	6	6	100
Habilitering	5	3	60
Ej svarat		3	
Totalt	358	257	72

* utanför akutsjukhus

** ambulansverksamheter, privata laboratorier, SOS alarm, sjukvårdsrådgivningen m fl

RESULTAT

Inledningsvis redovisas svaren från samtliga svarande. Därefter följer svaren för vårdtyperna primärvård, akutsjukhus respektive psykiatri. För övriga vårdtyper var svaren för få för att en särredovisning skulle vara meningsfull. Redovisningen av de öppna frågorna avser samtliga svarande.

Ett fåtal personer har avstått från att besvara ett fåtal frågor. Redovisningen nedan avser endast besvarade frågor. Svarsalternativet "Ingen uppfattning" omfattar således inte obesvarade frågor.

Frågor med givna svarsalternativ

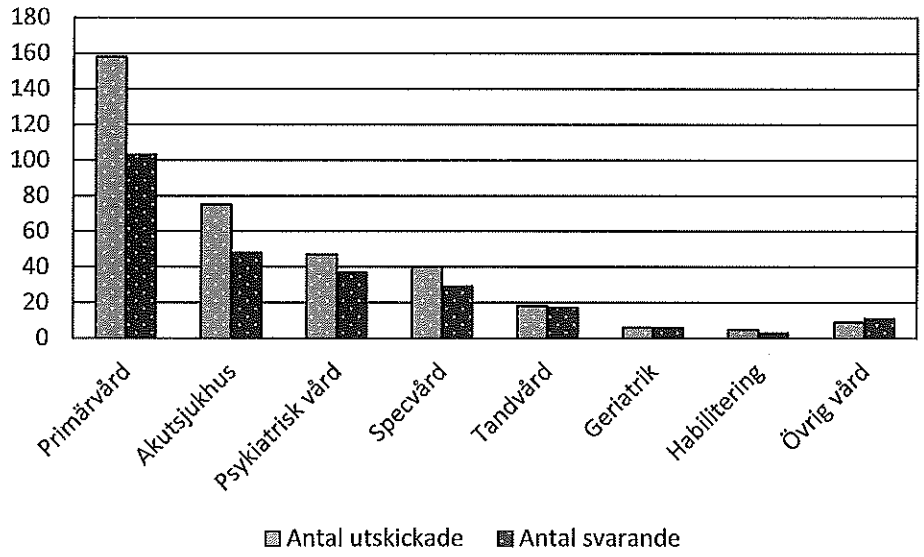
Fråga 1: Jag som besvarar enkäten är:

Huvuddelen av enkäterna, 71 procent, besvarades av verksamhetschefer eller biträdande verksamhetschefer. Enhetschefer besvarade 7 procent av enkäterna, sektionschefer 6 och chefläkare 4. Resterande 12 procent besvarades av personer med andra befattningar. Bland dessa fanns till exempel medicinskt ansvarig läkare, patientsäkerhetsansvarig, klinikchef, patientvägledare, kvalitetssamordnare med flera.

Fråga 2: Jag som besvarar enkäten arbetar i/vid:

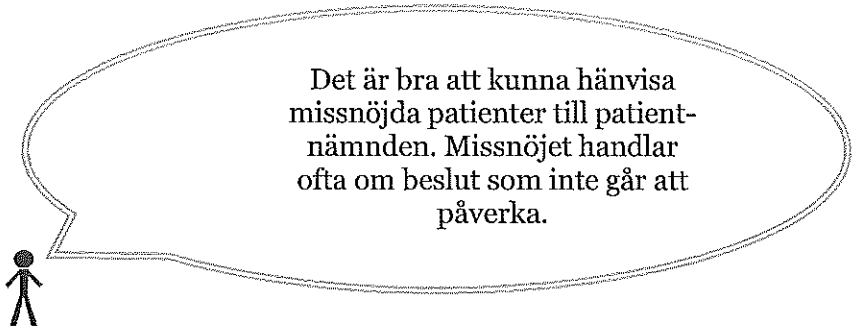
Antal utskickade enkäter och inkomna svar samt svarsfrekvensen för de olika vårdtyperna har framgått ovan under *Svarsfrekvens och bortfall*. Diagram 1 nedan visar antalet utskickade och besvarade enkäter för respektive vårdtyp.

Diagram 1



Bland de besvarade enkäterna var andelen som avsåg primärvård och tandvård större och andelen som avsåg akutsjukhus var mindre än bland samtliga skriftliga ärenden under 2016. I övrigt överstämde fördelningen relativt väl med samtliga skriftliga ärenden under 2016.





Fråga 3: **Är den information du får när patientnämnden begär ett yttrande tillräcklig för att du ska kunna besvara och bemöta patientens frågor och synpunkter?**

Nästan samtliga svarande, 97 procent, ansåg att informationen alltid eller oftast är tillräcklig (64 respektive 33 procent), medan 2 procent ansåg att informationen sällan är tillräcklig.

Jämfört med föregående undersökning sågs en förskjutning från andelen som ansåg att informationen oftast är tillräcklig till andelen som ansåg att den alltid är det, se diagram 2 och 3.

Målet att minst 90 procent ska anse att informationen är tillräcklig uppnåddes därmed.

Diagram 2

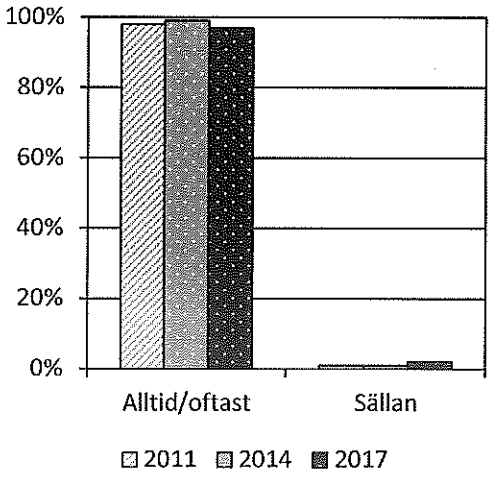
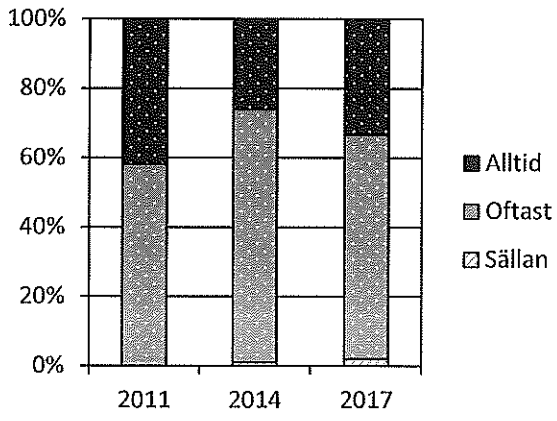
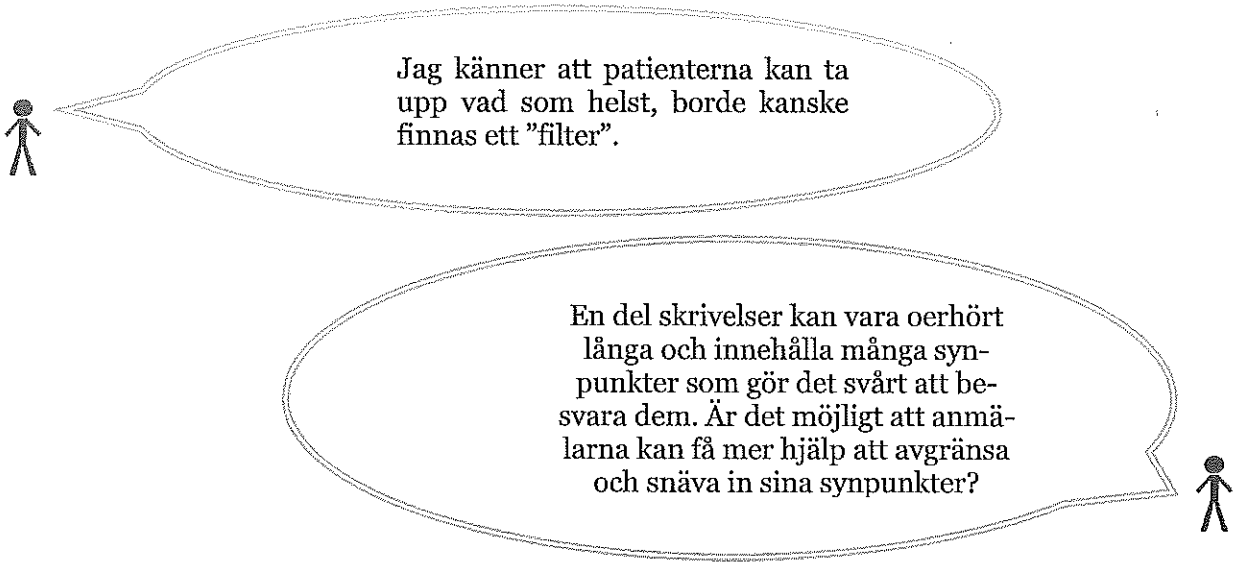


Diagram 3





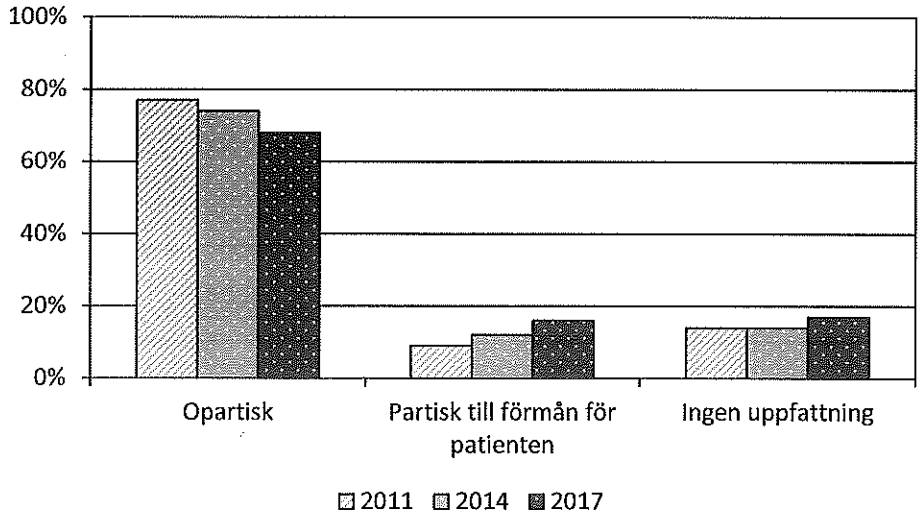
Fråga 4: **Patientnämnden ska värna om patienters rättigheter men samtidigt vara fristående och opartisk. Hur upplever du handläggarnas agerande?**

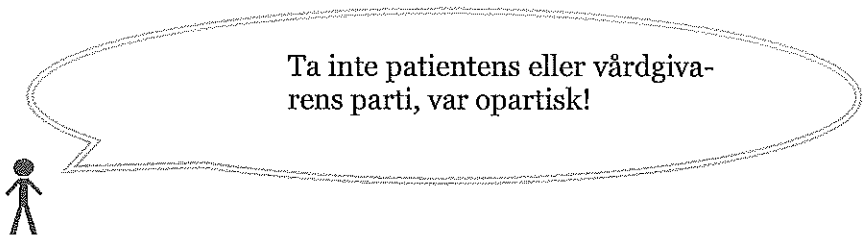
Majoriteten, 68 procent av de svarande, upplevde handläggarens agerande som opartiskt medan 16 procent ansåg att handläggaren varit partisk till förmån för patienten. Ingen svarande ansåg att handläggaren varit partisk till förmån för vårdgivaren. 17 procent hade ingen uppfattning i frågan.

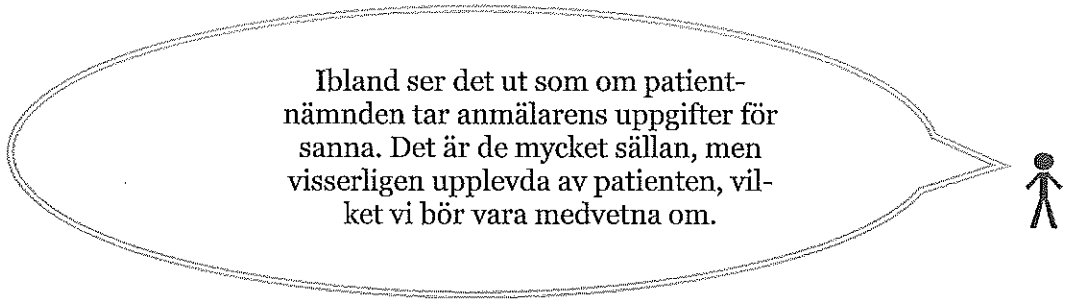
Sedan den första undersökningen 2011 har andelen som upplevde handläggarnas agerande som opartiskt minskat successivt, se diagram 4.

Målet att minst 80 procent ska uppleva handläggarnas agerande som opartiskt uppnåddes därmed inte.

Diagram 4







Fråga 5: I vilken utsträckning bedömer du att patientnämnden bidrar till att lösa problem och reda ut missförstånd mellan patient och personal i din verksamhet?

63 procent ansåg att patientnämnden i mycket eller ganska stor utsträckning (15 respektive 48 procent) bidrar till att lösa problem och reda ut missförstånd. 25 procent ansåg att patientnämnden inte bidrar i särskilt stor utsträckning eller inte alls (20 respektive 5 procent). 12 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Jämfört med föregående undersökning sågs endast marginella skillnader, se diagram 5 och 6.

Nämnden har inget mål relaterat till denna fråga.

Diagram 5

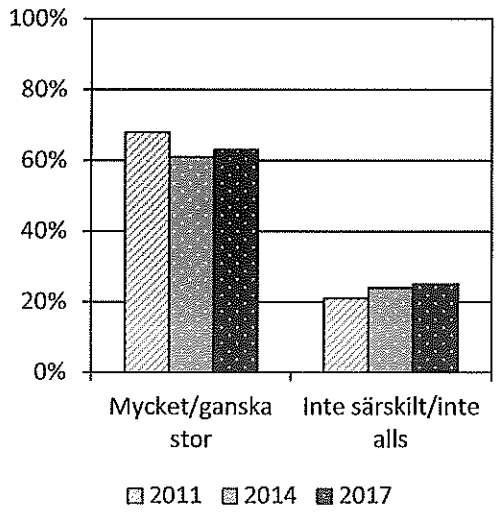
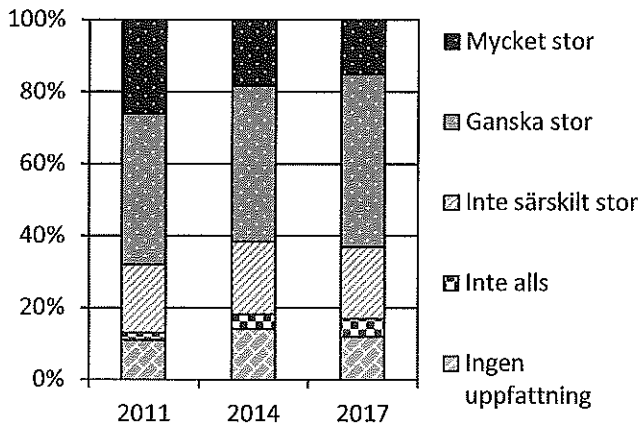


Diagram 6



Jag vill betona att patientnämndens sätt att agera och kommunicera är kanonbra och ofta kan lösa komplicerade patientärenden utan att konflikten fördjupas, tack!

Jag upplever inte att patientnämnden bidrar mer än som mellanhand och skickar brev mellan patient och vårdgivare.

Fråga 6: Hur användbar är patientnämndens avslutsskrivelse i enskilda ärenden i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?

I samband med att ett ärende där yttrande begärts från vården avslutas skickas en särskild skrivelse till den aktuella verksamheten. I de fall anmälarens uppfattning om hur vården hanterat problemet är känd för förvaltningen redovisas denna i skrivelsen.

66 procent ansåg att avslutsskrivelserna är mycket eller ganska användbara (20 respektive 46 procent) i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. 26 procent ansåg att skrivelserna inte är särskilt eller inte alls användbara (24 respektive 2 procent). 8 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Andelen som ansåg att avslutsskrivelserna är mycket användbara förändrades endast marginellt jämfört med föregående undersökning, medan andelen som ansåg att de är ganska användbara ökade något. Andelen som ansåg att de inte alls är användbara minskade från 5 till 2 procent, se diagram 7 och 8.

Nämnden har inget mål relaterat till denna fråga.

Diagram 7

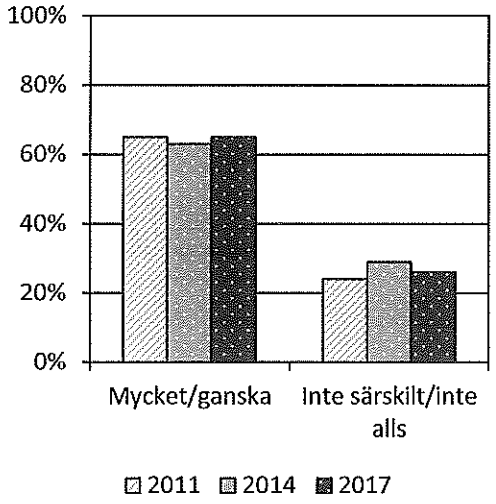
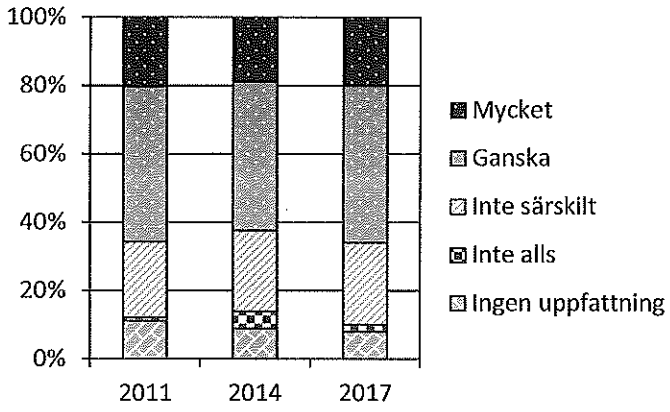


Diagram 8



Många avslutsskrivelser innehåller bara ett kort konstaterande att anmälaren inte hörts av inom föreskriven tid. Önskar mer information om vad anmälaren tyckte om det yttrande som lämnats.

Fråga 7: Varje månad och år skickas rapporter över föregående månads respektive års ärenden till i stort sett samtliga verksamhetschefer. Hur användbara tycker du dessa rapporter är i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?

Rapporterna, som sammanställs och skickas helt automatiskt, innehåller såväl statistik som sammanfattning av varje enskilt ärende.

82 procent av samtliga svarande hade kännedom om rapporterna. Vid tiden för undersökningen 2011 var systemet med automatiska rapporter ännu inte i bruk, i stället sändes manuellt framtagna rapporter till de verksamheter som efterfrågat sådana. Därför fanns inte svarsalternativet att man inte sett rapporterna vid detta tillfälle.

Bland dem som sett rapporterna vid undersökningen 2017 ansåg 73 procent att de är mycket eller ganska användbara (24 respektive 49 procent) i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. 22 procent ansåg att de inte är särskilt eller inte alls användbara (19 respektive 3 procent). 5 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Andelen som ansåg att rapporterna är mycket eller ganska användbara ökade tydligt 2014 när det automatiska rapportsystemet var i full funktion. Under 2017 sågs marginella skillnader jämfört med 2014, se diagram 9 och 10.

Nämnden har inget mål relaterat till denna fråga.

Diagram 9

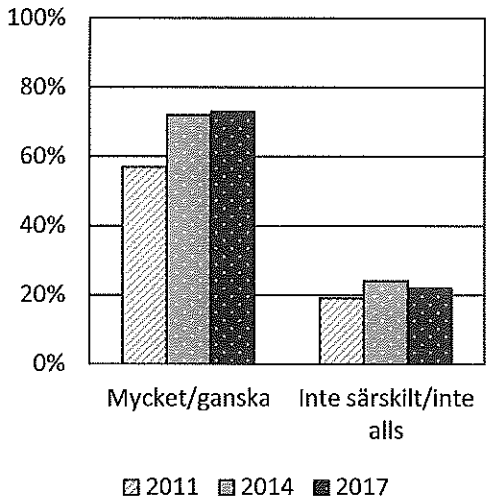
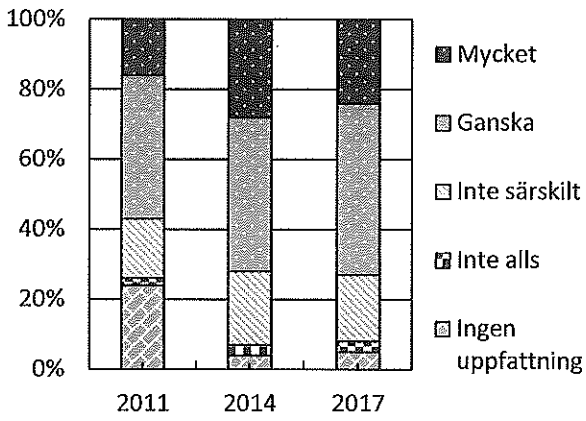
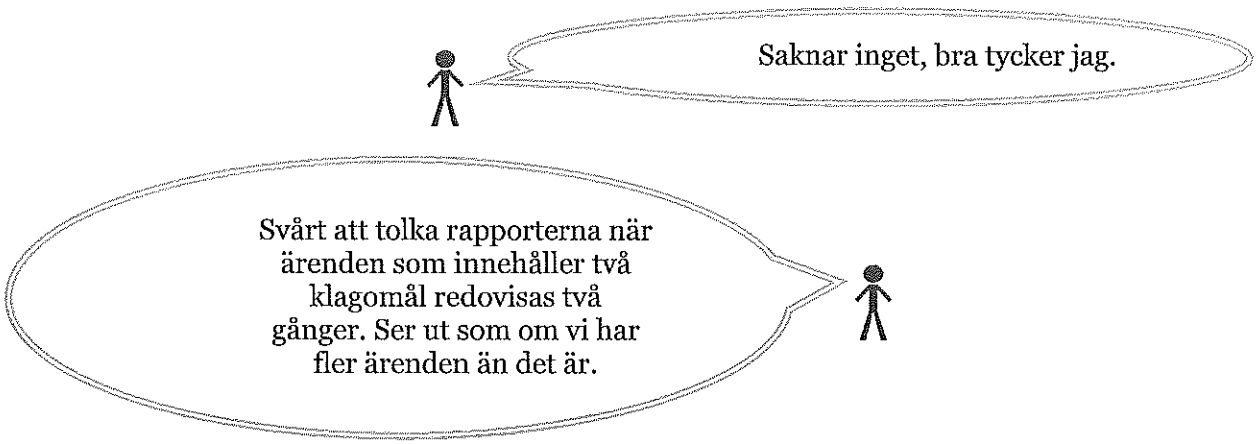


Diagram 10





Fråga 8: Hur användbar är patientnämndens övergripande årsrapport i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?

62 procent ansåg att årsrapporten är mycket eller ganska användbar (22 respektive 40 procent) i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. 19 procent ansåg att den inte är särskilt eller inte alls användbar (18 respektive 1 procent). 19 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Jämfört med föregående undersökning ansåg en större andel att årsrapporten är användbar i arbetet. Andelen som svarade mycket användbar ökade från 19 till 22 procent, medan andelen som svarade ganska användbar ökade från 38 till 40 procent, se diagram 11 och 12.

Nämnden har inget mål relaterat till denna fråga.

Diagram 11

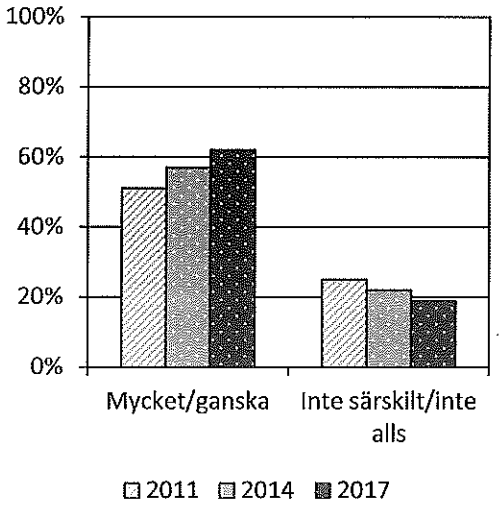
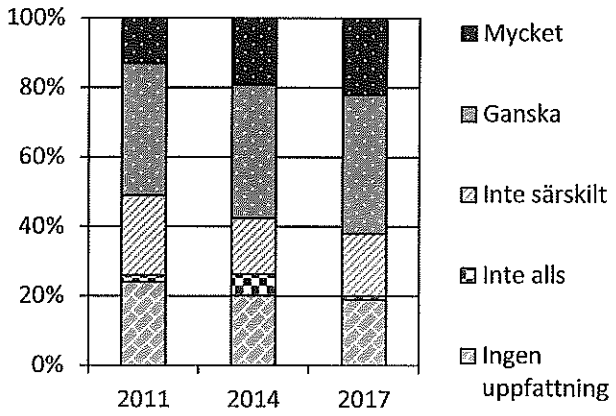
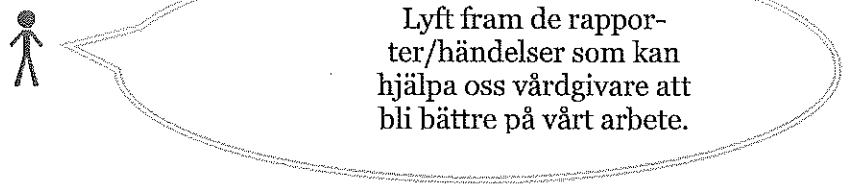
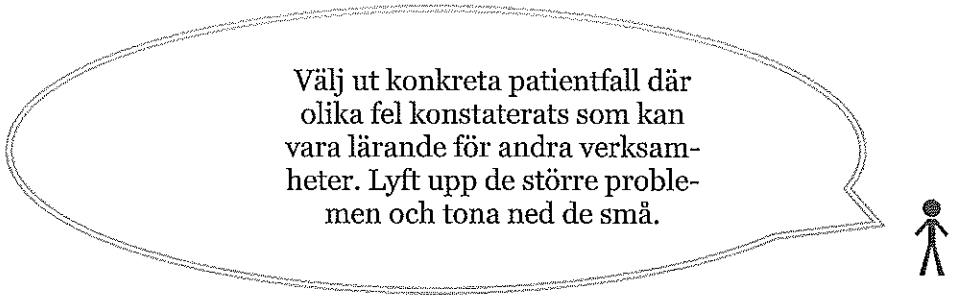


Diagram 12







Fråga 9: I vilken omfattning bedömer du att patientärenden som avser din verksamhet påverkar arbetsplatsens arbetssätt/rutiner?

59 procent ansåg att patientärenden påverkar arbetssätt/rutiner i mycket eller ganska stor (13 respektive 46 procent) omfattning. 38 procent ansåg att ärendena inte påverkar i särskilt stor utsträckning eller inte alls (36 respektive 2 procent). 3 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Jämfört med föregående undersökning sågs endast marginella skillnader, se diagram 13 och 14.

Nämnden har inget mål relaterat till denna fråga.

Diagram 13

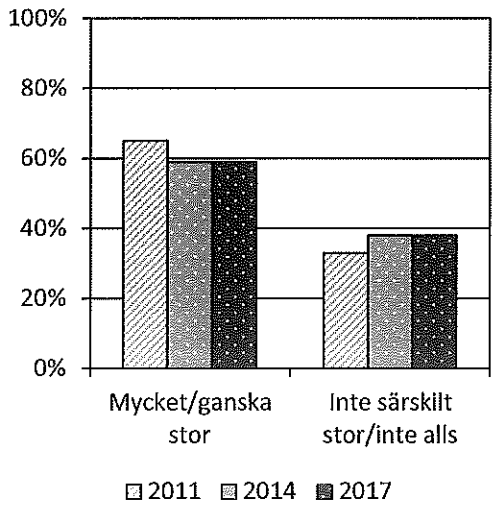
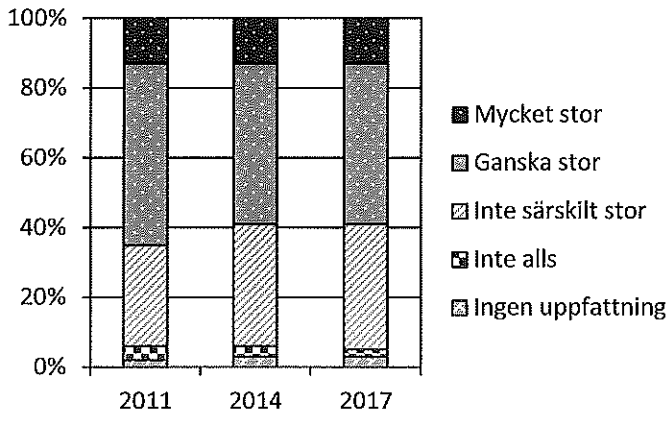


Diagram 14





Mer samverkan med alla som arbetar centralt med patientärenden. Jag tror vi kan ge varandra mycket erfarenhetsutbyte och kunskap.

Jag skulle gärna se en mer utförlig återkoppling inkluderande mer av bedömning av ärendet och svar. Nu blir det ett par ord om patienten är nöjd eller inte.



Fråga 10 A: Hur viktig bedömer du att patientnämndsverksamheten är för dig och din verksamhet?

86 procent ansåg att patientnämndsverksamheten är mycket eller ganska viktig (41 respektive 45 procent). 13 procent ansåg att den inte är särskilt viktig.

Jämfört med föregående undersökning sågs en liten ökning av andelen som ansåg att patientnämndsverksamheten är mycket eller ganska viktig för vården. Andelen som svarade mycket viktig minskade dock marginellt, från 42 till 41 procent medan andelen som svarade ganska viktig ökade från 41 till 45 procent. Se diagram 15 och 16.

Målet att minst 80 procent ska anse att nämndens verksamhet är viktig för vården uppnåddes därmed.

Diagram 15

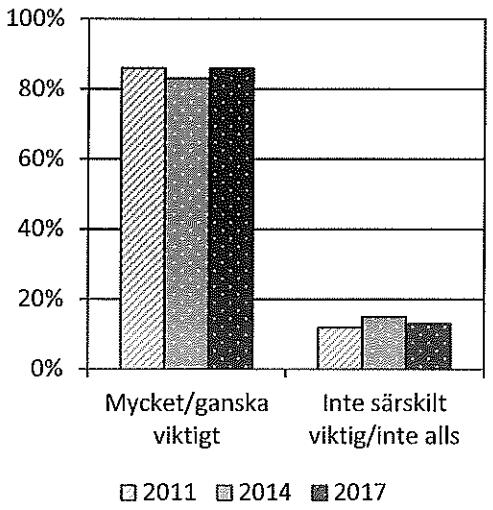
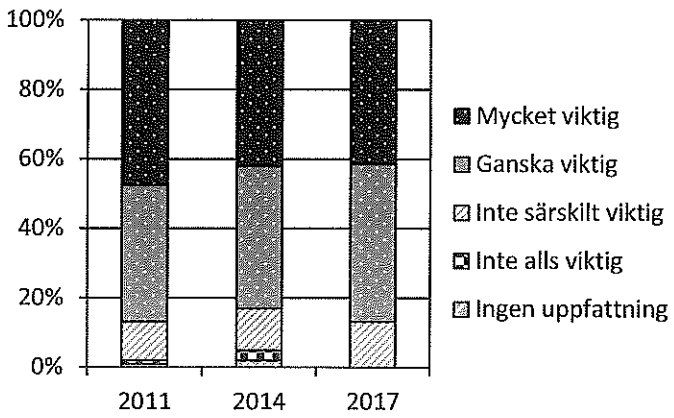
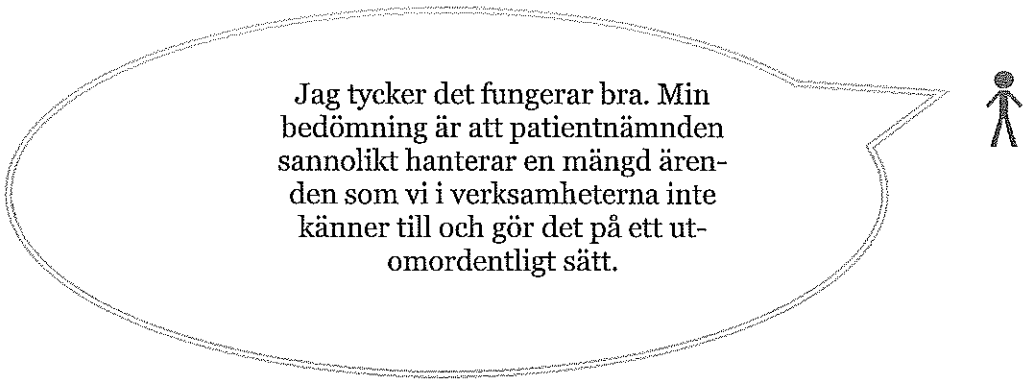
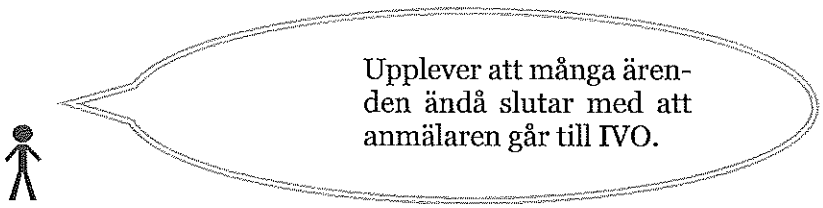


Diagram 16







Fråga 10 B: Hur viktig bedömer du att patientnämndsverksamheten är för era patienter?

91 procent ansåg att patientnämndsverksamheten är mycket eller ganska viktig (67 respektive 24 procent) för patienterna. 5 procent ansåg att den inte är särskilt viktig, ingen svarade inte alls viktig. 4 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Jämfört med föregående undersökning sågs en minskning för dem som svarade mycket eller ganska viktigt, från 96 till 93 procent. Här sågs en förskjutning från dem som svarade ganska viktig till mycket viktig, se diagram 17 och 18.

Målet att minst 80 procent ska anse att nämndens verksamhet är viktig för patienterna uppnåddes därmed.

Diagram 17

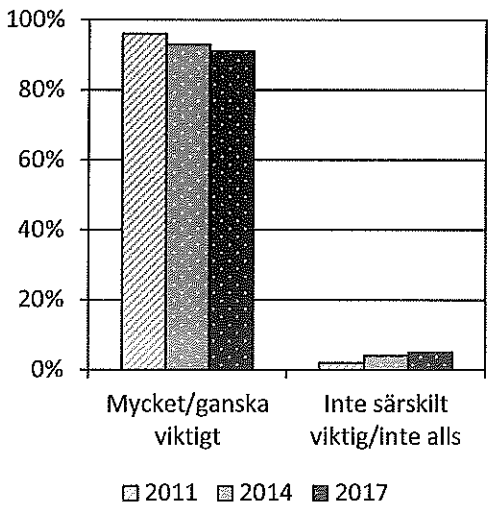
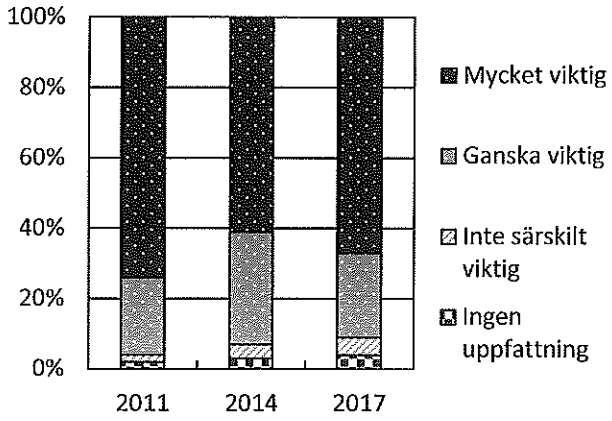
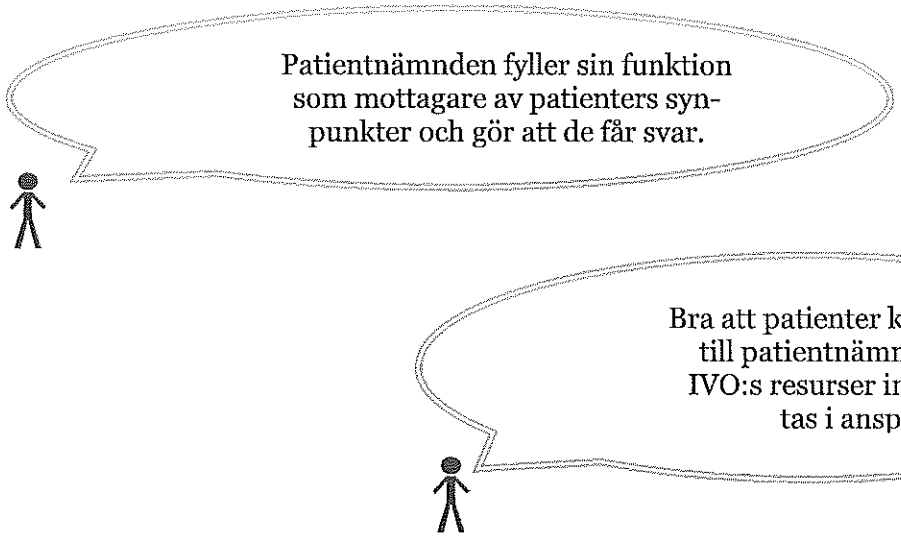


Diagram 18





Resultat per vårdtyp 2017

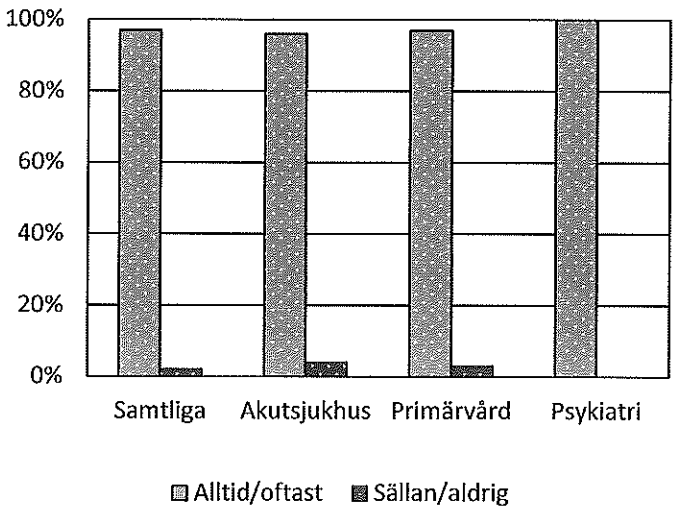
Nedan redovisas resultaten för primärvård (103 svar), akutsjukhus (48 svar) och psykiatri (37 svar). Därefter ges en beskrivning av resultaten för specialistvård utanför akutsjukhus (29 svar) och tandvård (17 svar). För övriga vårdtyper var det totala antalet svar för litet för att en särredovisning ska vara relevant.

Fråga 3: Är den information du får när patientnämnden begär ett yttrande tillräcklig för att du ska kunna besvara och bemöta patientens frågor och synpunkter?

Bland samtliga svarande ansåg 97 procent att informationen alltid eller oftast är tillräcklig.

Andelarna vid akutsjukhus samt i primärvård och psykiatrisk vård som ansåg att informationen alltid eller oftast är tillräcklig överensstämde väl med samtliga svarande och varierade mellan 96 procent för akutsjukhus och 100 för psykiatrisk vård, se diagram 19

Diagram 19

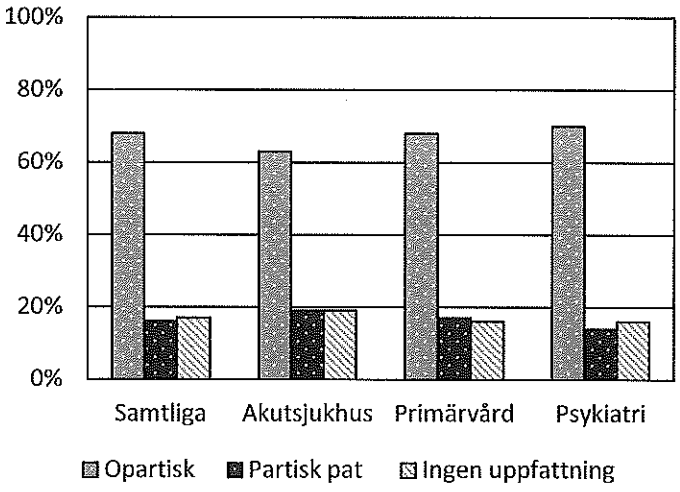


Fråga 4: Patientnämnden ska värna om patienters rättigheter men samtidigt vara fristående och opartisk. Hur upplever du handläggarnas agerande?

Bland samtliga svarande upplevde 68 procent handläggarnas agerande som opartiskt.

Andelarna som upplevde handläggarnas agerande som opartiskt varierade mellan 63 procent för akutsjukhus och 70 procent för psykiatrisk vård, se diagram 20.

Diagram 20

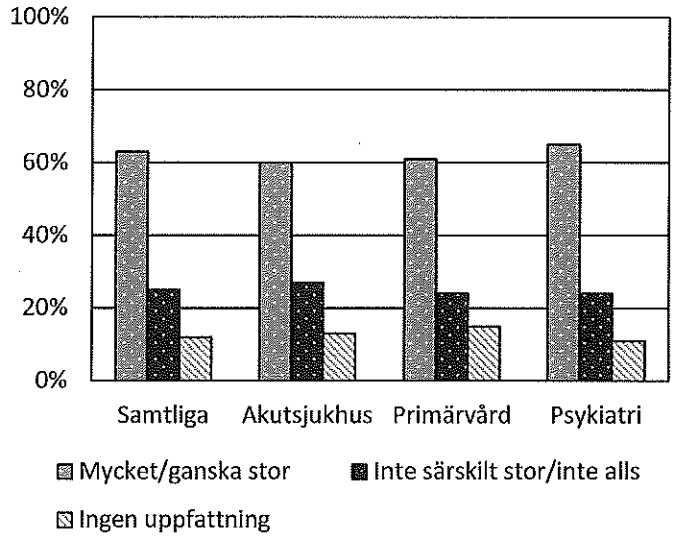


Fråga 5: **I vilken utsträckning bedömer du att patientnämnden bidrar till att lösa problem och reda ut missförstånd mellan patient och personal i din verksamhet?**

Bland samtliga svarande ansåg 63 procent att patientnämnden i mycket eller ganska stor utsträckning bidrar till att lösa problem och reda ut missförstånd.

Andelen var störst i psykiatrisk vård, där den uppgick till 65 procent. För akutsjukhus och primärvård uppgick andelarna till 60 respektive 61 procent, se diagram 21.

Diagram 21

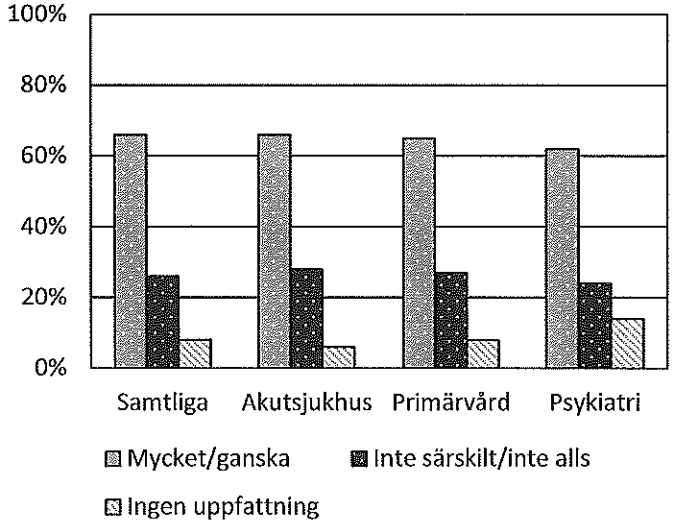


Fråga 6: **Hur användbar är patientnämndens avslutsskrivelse i enskilda ärenden i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?**

Bland samtliga svarande ansåg 66 procent att avslutsskrivelserna är mycket eller ganska användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

Andelarna vid akutsjukhus samt i primärvård och psykiatrisk vård som ansåg att avslutsskrivelserna alltid eller oftast är användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet överensstämde väl med samtliga svarande och varierade mellan 62 procent för psykiatrisk vård och 66 procent för akutsjukhus, se diagram 22.

Diagram 22

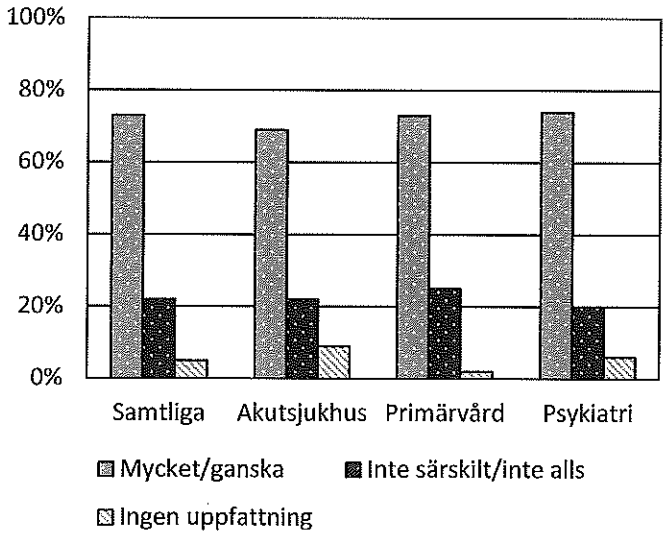


Fråga 7: **Varje månad och år skickas rapporter över föregående månads respektive års ärenden till i stort sett samtliga verksamhetschefer. Hur användbara tycker du dessa rapporter är i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?**

82 procent av samtliga svarande hade tagit del av rapporterna. Bland dessa ansåg 73 procent att de är användbara i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

Mest nöjd med rapporterna var man i psykiatrin och primärvården, där ansåg 74 respektive 73 procent att de är mycket eller ganska användbara. Något mindre nöjd var man vid akutsjukhusen, där 69 procent ansåg att de är användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet, se diagram 23.

Diagram 23

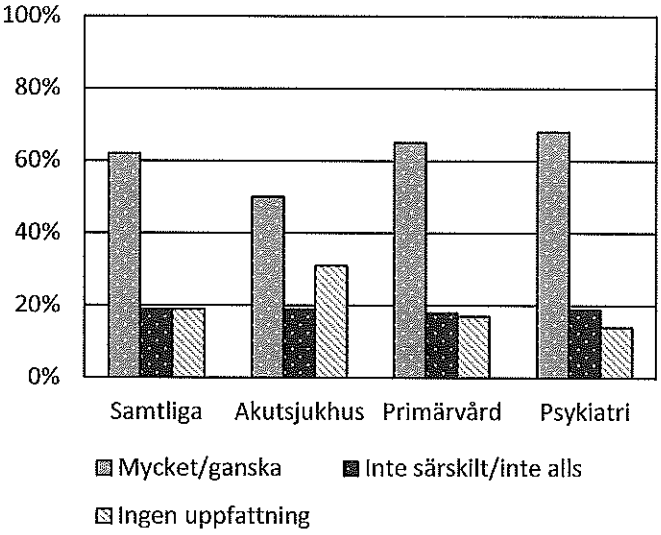


Fråga 8: **Hur användbar är patientnämndens övergripande årsrapport i ert patientsäkerhets- och kvalitetsarbete?**

Bland samtliga svarande ansåg 62 procent att årsrapporten är mycket eller ganska användbar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

Andelarna varierade tydligt mellan vårdtyperna från 50 procent för akutsjukhusen till 68 för psykiatrin, se diagram 24.

Diagram 24

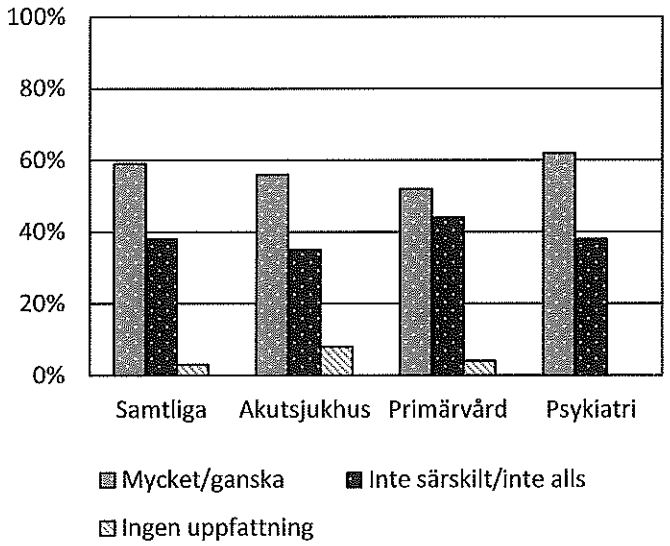


Fråga 9: **I vilken omfattning bedömer du att patientärenden som avser din verksamhet påverkar arbetsplatsens arbetssätt/rutiner?**

Bland samtliga svarande ansåg 59 procent att patientärenden i mycket eller ganska stor utsträckning påverkar arbetsplatsens arbetssätt/rutiner.

Andelen var störst för psykiatrin, där den uppgick till 62 procent och minst i primärvård, där 52 procent ansåg att patientärenden påverkar arbetssätt/rutiner, se diagram 25.

Diagram 25



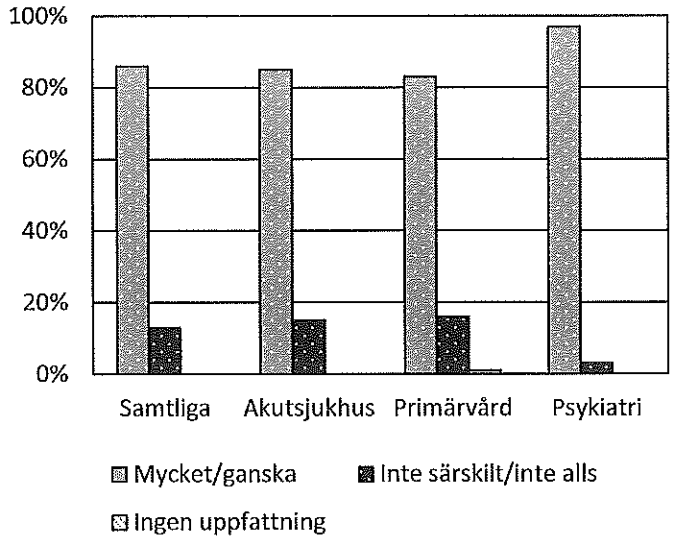
Fråga 10 A: **Hur viktig bedömer du att patientnämndsverksamheten är för dig och din verksamhet?**

Bland samtliga svarande ansåg 86 procent att patientnämndsverksamheten är mycket eller ganska viktig för verksamheten.

Andelarna varierade mellan vårdtyperna. I primärvård och vid akutsjukhus ansåg 83 respektive 85 procent att patientnämndsverksamheten är viktig.

Andelen var störst i psykiatrisk vård, där den uppgick till 97 procent, se diagram 26.

Diagram 26

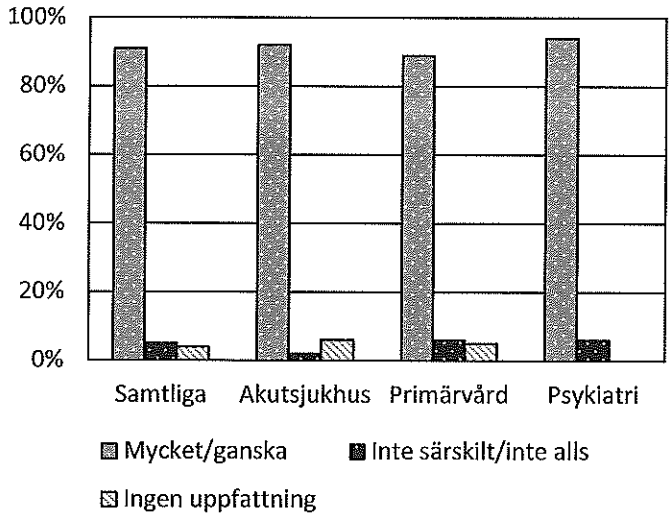


Fråga 10 B: Hur viktig bedömer du att patientnämndsverksamheten är för era patienter?

Bland samtliga svarande ansåg 91 procent att patientnämndsverksamheten är mycket eller ganska viktig för patienterna.

Andelarna vid akutsjukhus samt i primärvård och psykiatrisk vård överensstämde väl med samtliga svarande och varierade mellan 89 procent för primärvården och 94 för psykiatrin, se diagram 27.

Diagram 27

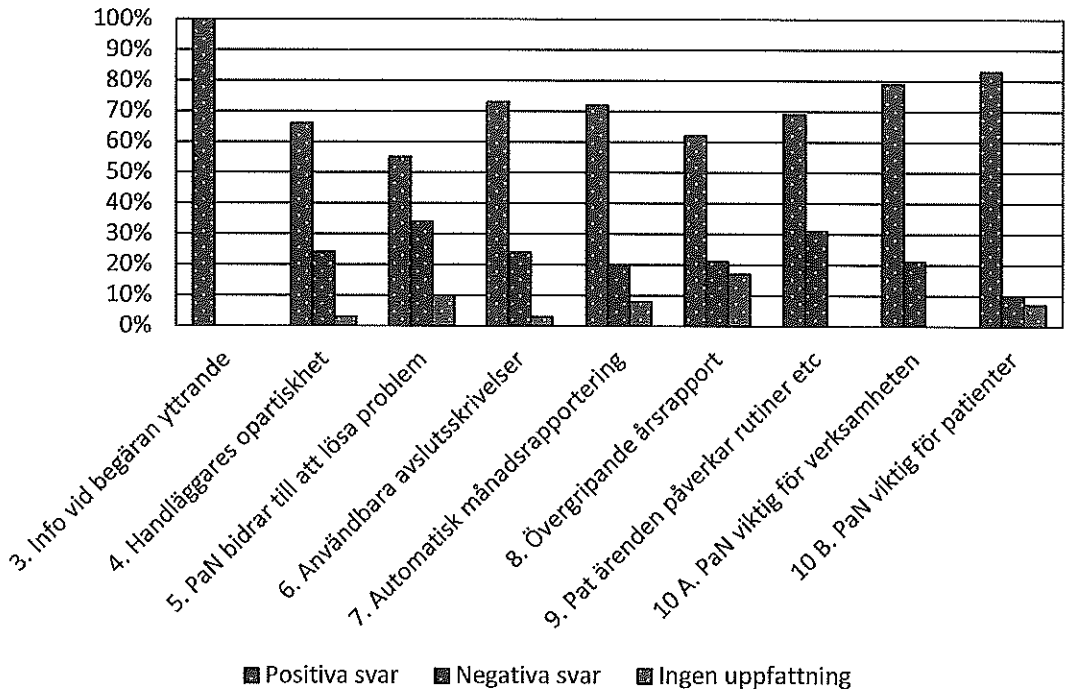


Specialistvård utanför akutsjukhus

Av de 40 enkäter som skickades till mottagare i specialistvård utanför akutsjukhus besvarades 29. Svarsfrekvensen uppgick således till 73 procent. Av de svarande var 25 verksamhetschefer, 1 chefläkare och 1 sektionschef samt 2 personer med annan funktion.

Diagram28 nedan visar positiva och negativa svar på frågor med fasta svarsalternativ.

Diagram 28



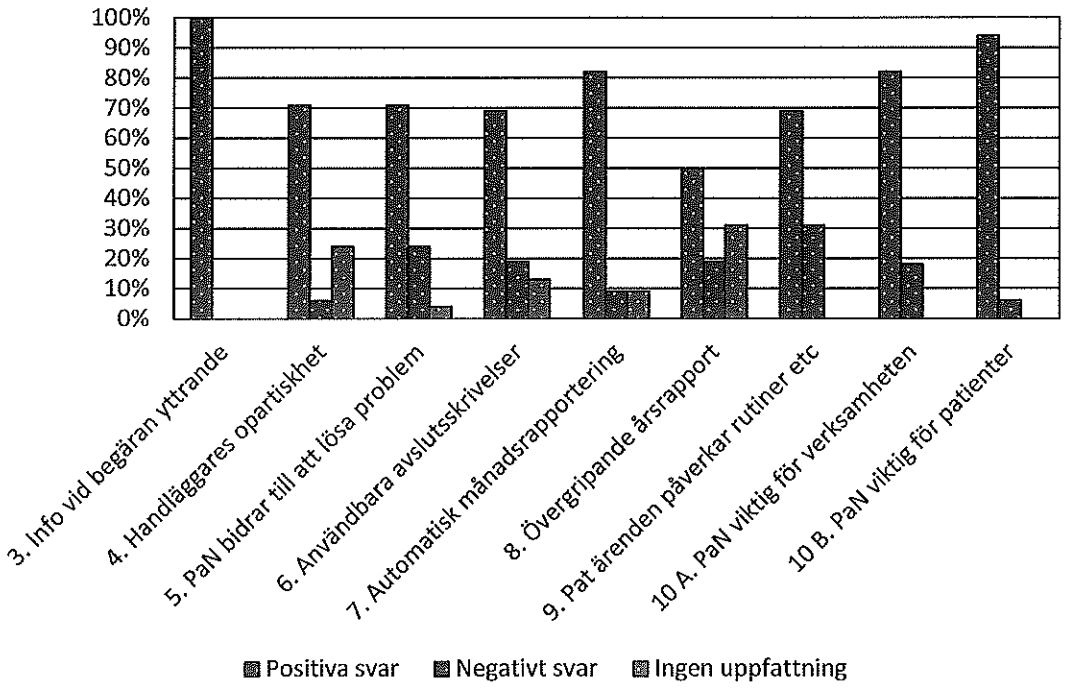
Då det totala antalet svar endast uppgick till 29 kan slutsatser om hur företrädare för specialistvården ser på patientnämndens förvaltning och dess verksamhet svårligen dras.

Tandvård

Av de 18 enkäter som skickades till mottagare i tandvård besvarades 17. Svarsfrekvensen uppgick således till 94 procent. Av de svarande var 13 verksamhetschefer och 2 klinikchefer samt 2 personer med annan funktion.

Diagram nedan visar positiva och negativa svar på frågor med fasta svarsalternativ.

Diagram 29



Då det totala antalet svar endast uppgick till 17 kan slutsatser om hur företrädare för tandvården ser på patientnämndens förvaltning och dess verksamhet svårligen dras.

Frågor med öppna svarsalternativ – samtliga svarande

Tre frågor hade öppna svarsalternativ och erbjöd möjlighet att framföra synpunkter gällande

- hur patientnämndens erfarenheter kan bli mer användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet
- hur patientnämndens återrapportering till vårdgivare kan förbättras
- förbättringar i övrigt.

Ett flertal synpunkter framkom under fler än en av dessa frågor, ibland med mindre variationer. Samma synpunkt kan därför redovisas flera gånger.

Har du förslag till hur patientnämndens erfarenheter skulle kunna bli mer användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet?

Frågan besvarades av 55 personer, varav 41 lämnade förslag på hur patientnämndens erfarenheter skulle kunna bli mer användbara, medan resterande angav att de är nöjda som det är, lämnade beröm eller framförde allmänna synpunkter.

De flesta förslagen var relaterade till förvaltningens handläggning av klagomålsärenden. Man önskade att förvaltningen skulle vara mer behjälplig redan när anmälaren skriver sitt ärende och tydligt redogöra för vad förvaltningen kan bidra med och vilket svar man kan förvänta sig från vården samt att ärenden där det är uppenbart att vården av olika skäl inte har något/ytterligare att tillföra avslutas utan att yttrande begärs. I en del fall har patientens frågor besvarats, men samma frågor har återkommit för att besvaras igen.

Det förekom även önskemål om kontinuerlig feed back i pågående ärenden och en utförligare redovisning i förvaltningens avslutsskrivelse till vården om anmälarens uppfattning av ett yttrande, inte bara att anmälaren var nöjd eller missnöjd.

I några fall framförde man att det kan vara svårt att läsa anmälarnas handskrivna brev och ibland även svårt att förstå vad som är det största problemet.

Ett vanligt önskemål var att förvaltningen skulle kunna identifiera och belysa ofta återkommande problem och förmedla dessa till vården för att ge ökad möjlighet att ta del av andras ärenden och lära av begångna misstag och effekten av de åtgärder som vidtagits. Även förslag att patientnämndens förvaltning ordnar seminarier kring aktuella ämnen frågor förekom.

Flera efterlyste mer dialog och samverkan med förvaltningen utöver den skriftliga kontakten i samband med utredning av klagomålsärenden. Detta skulle kunna ske genom möten för att diskutera ett vanligt förekommande problem eller ett aktuellt ärende. En svarande föreslog att ST-läkare i allmänmedicin skulle kunna göra en kortare praktikperiod hos förvaltningen.

I några fall önskade man att förvaltningen på olika sätt skulle vara mer aktiv gentemot vården och till exempel genomföra analyser av klagomålen och ta fram rapporter utifrån detta eller ge förslag på vad vården borde ha gjort för att förhindra den händelse/det skeende som ledde till klagomålet.

De flesta svaren rörde förbättringar som förvaltningen själv skulle kunna vidta, men i några fall framkom också att vårdens företrädare själva skulle kunna ta tillvara patientnämndens erfarenheter på ett bättre sätt, till exempel genom att bjuda in till diskussioner.

Har du förslag till hur patientnämndens återrapportering till vårdgivare kan förbättras?

Frågan besvarades av 46 personer, varav 27 lämnade förslag på förbättringar. Övriga ansåg att rapporteringen fungerar bra eller framförde allmänna synpunkter.

Återrapporteringen kan delas i två delar. Dels får vården information om patienters klagomål när förvaltningen begär yttrande i enskilda ärenden, dels skickas statistik över klagomål samt avidentifierade sammanfattningar av inkomna klagomål automatiskt till strax över 1 000 mottagare i vården varje månad respektive år. Dessa rapporter innehåller även ärenden där yttranden från vården av olika skäl inte begärts, till exempel i de fall anmälaren nöjt sig med att få klagomålet registrerat vid ett telefonsamtal eller väljer att vända sig till annan instans.

Vad gäller återrapporteringen rörande enskilda klagomålsärenden framförde flera svarande att man önskade en tydligare information om patienten blev nöjd efter att

ha tagit del av yttrandet från vården. Vidare poängterades att det var önskvärt att anmälarnas skrivelser skrevs på dator, det kunde ibland vara svårt att läsa handskrivna brev.

Vad gällde månads- och årsrapportering ansåg flera att statistiken är svårförstådd när ärenden kan innehålla fler än ett klagomål. Andra framförde synpunkter på att rapporterna innehöll ärenden som tidigare inte var kända för vården samt att rapporter skickades ut även om inga ärenden inkommit under den aktuella perioden. Några angav att de inte kände till möjligheten att få regelbunden återrapportering.

Önskemål framfördes om återrapportering i form av dialog med vården och i möten med exempelvis verksamhetens ledningsgrupp för att diskutera både enskilda ärenden och på ett mer allmänt plan. Några önskade fördjupade redovisningar av dominerande klagomålsområden eller på annat sätt bearbetad statistik, oftast knutna till den egna eller till verksamheter med liknande uppdrag. Man ville också ta del av åtgärder som vidtagits av andra verksamheter.

Är det något i övrigt du tycker att patientnämnden kan förbättra?

Frågan besvarades av 53 personer, varav 31 lämnade förslag på förbättringar. Övriga var nöjda eller framförde beröm medan ett fåtal hade svårt att förstå patientnämndens uppdrag.

Flera svarande önskade mer kontakt och ansåg att förvaltningen behöver komma närmare vårdens verksamheter. Man önskade fler möten, mer samarbete och samverkan. Några framförde att förvaltningen inte alltid uppfattas som opartisk, man upplever att handläggaren tar parti för anmälaren.

En del synpunkter avsåg förvaltningens handläggning av ärenden. Här framkom önskemål om utökad information till anmälare om rättigheter och skyldigheter samt om vad som är anmälningsbart och vilka svar man kan förvänta sig att få från vården. Man önskade även att förvaltningen skulle kunna begränsa anmälare som ständigt återkommer med samma eller liknande klagomål. Vid behov bör anmälare kunna få hjälp att avgränsa och snäva in sina anmälningar så att vården lättare kan se vad man ska kommentera.

Någon efterlyste konstruktiv kritik från anmälaren; hur hade man önskat att det skulle ha fungerat/hanterats i stället? Några önskade längre tid att inkomma med yttranden till förvaltningen, andra önskade snabbare handläggning.

I några fall upplevde man inte patientnämndens verksamhet som meningsfull, medan man i många andra uttryckte helt motsatt uppfattning.

SLUTSATSER

Denna studie visar över lag positiva resultat som kan sammanfattas enligt nedan.

Samtliga svarande

- 79 procent ansåg att den information som ges i missivskrivelse vid begäran om yttrande alltid eller oftast var tillräcklig (fråga 3).
- 68 procent uppfattade handläggarnas agerande som opartiskt (fråga 4).
- 63 procent ansåg att förvaltningens verksamhet i mycket eller ganska stor utsträckning bidrar till att lösa problem och reda ut missförstånd mellan patient och personal (fråga 5).

- 66 procent ansåg att förvaltningens avslutsskrivelser är mycket eller ganska användbara i vårdens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete (fråga 6).
- 73 procent av dem som hade kännedom om förvaltningens månads- och årsrapporter ansåg att de var mycket eller ganska användbara i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet (fråga 7).
- 62 procent ansåg att nämndens övergripande årsrapport är mycket eller ganska användbar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet (fråga 8).
- 59 procent ansåg att patientärenden påverkar arbetssätt/rutiner i vården (fråga).
- 86 procent ansåg att patientnämndens verksamhet är mycket eller ganska viktig för vården (fråga 10 A).
- 91 procent ansåg att patientnämndens verksamhet är mycket eller ganska viktig för patienterna (fråga 10 B).

Nämnden har fastställt kvalitetsmål för fyra av frågorna (3, 4, 10 A och 10 B). Tre av dessa uppfylldes. För mål 4 avseende upplevelsen av handläggarnas opartiskhet uppnåddes målet inte. Här upplevde 68 procent handläggaren som opartisk, vilket är tydligt lägre än målnivåns 80 procent.

I fyra fall har resultatet förbättrats jämfört med föregående undersökning. Förändringen var tydligast för fråga 8. Andelen som ansåg att patientnämndens övergripande årsrapport är mycket eller ganska användbar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet ökade från 57 till 62 procent.

I tre fall försämrades resultatet jämfört med föregående undersökning. Förändringen var tydligast för fråga 4. Andelen som uppfattade handläggarens agerande som opartiskt minskade från 74 till 68 procent.

Svar per vårdtyp

Svarande i psykiatrisk vård var något mer nöjda med nämndens verksamhet än svarande i övriga vårdtyper. Här hade samtliga frågor utom en besvarats mer positivt än för övriga vårdtyper. Svaret på fråga sex, avseende användbarheten av förvaltningens avslutsskrivelser, var lägst för psykiatrin. Här ansåg 66 procent av samtliga svarande att skrivelserna var mycket eller ganska användbara, medan 62 procent av de svarande i den psykiatriska vården delade den uppfattningen.

Svarande vid akutsjukhus var totalt sett minst nöjda. Svaren på fem frågor (3-5 och 7-8) var lägre än för övriga vårdtyper.

Även om resultatet över lag var positivt finns utrymme för förbättringar av förvaltningens rutiner. Särskilt svaren på de öppna frågorna identifierar ett flertal förbättringsområden. Dessa redovisas nedan.

FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Utökad kontakt med förvaltningen

Många svarande framförde önskemål om utökad kontakt med förvaltningen. Man önskade fler möten, mer samverkan och dialog, utöver den skriftliga kontakten i samband med utredning av ärenden, för att kunna diskutera såväl vanligt förekommande problem som aktuella ärenden. Man önskade även förvaltningens deltagande vid möten och arbetsplatsträffar för allmän information om verksamheten.

Förvaltningens utåtriktade verksamhet är relativt omfattande och medarbetarna träffar varje år ett flertal vårdinrättningar, patient- och intresseföreningar, organisationer, politiker och andra myndigheter. Att informera om verksamheten är en lagstadgad skyldighet.

Förvaltningens personal deltar gärna vid möten i olika konstellationer för att informera om och diskutera ärenden ur olika perspektiv. Information om möjligheten att få ett besök från förvaltningen har gått ut vid ett antal tillfällen, dock med mindre gensvar än vad förvaltningen önskat.

Hantering av anmälningar

Förvaltningen gör alltid en bedömning av om ett inkommet ärende kan hanteras utan att yttrande begärs från vården. Med anledning av synpunkter som framkommit i denna och tidigare undersökningar om att yttranden ibland inhämtas från vården "i onödan", har förvaltningen anledning att fortsatt diskutera hanteringen av ärenden där till exempel lagar, förordningar och regelverk tydligt anger vad som gäller eller när anmälaren fått svar från vården, men inte är nöjd med detta.

Återrapportering till vården

Flera önskade att förvaltningen identifierar och belyser ofta återkommande problem och förmedlar dessa till vården för att ge möjlighet att ta del av andras ärenden och lära av begångna misstag. Man önskade analyser och redovisningar av ofta återkommande problem och förslag på vad vården borde ha gjort för att förhindra den händelse som ledde till klagomålet.

Detta kommer till stor del att kunna genomföras när lag om patientnämndsverksamhet m.m. den 1 januari 2018 ersätts av lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Återrapportering i enskilda ärenden

I den avslutande skrivelsen till vården anges alltid, förutom information om att ärendet är avslutat, om anmälaren har framfört några slutliga synpunkter, är nöjd eller inte med svaret eller kanske inte har hörts av alls efter att ha tagit del av vårdens yttrande. I det senare fallet är förvaltningens tolkning att anmälaren antingen är nöjd med yttrandet eller åtminstone accepterat svaret. Flera svarande har framfört att man önskar tydlig information om anmälarens synpunkter på ett lämnat yttrande och gärna mer utförligt än huruvida anmälaren är nöjd eller inte.

Önskemålen om tydligare återkoppling till vården enligt ovan är en synpunkt att ta i beaktande i samband med att ärenden avslutas.

KOMMENTARER

Vad kunde gjorts bättre?

En svarande önskade få information om vad anmälaren ansåg vården kunde ha gjort bättre för att förebygga den situation som ledde till klagomålet. Förvaltningen har tidigare haft planer på, men av olika skäl skrinlagt, att ändra sin anmälningsblankett så att detta kan anges. Inom en relativt snar framtid kommer ett nytt digitaliserat ärendehanteringssystem att tas i bruk. Frågan kommer att tas under nytt övervägande i samband med detta.

Automatisk återrapportering till vården

Förvaltningen har ett system som varje månad respektive år automatiskt sammanställer och skickar ut rapporter över inkomna ärenden. Alla som så önskar kan prenumerera på rapporter avseende önskade verksamheter.

Av svaren på fråga 7 framgick att 18 procent inte hade kännedom om dessa rapporter. I enkäten fanns en hänvisning till en e-postadress där rapporter kunde beställas. Under veckorna efter att enkäten skickats ut inkom ett något ökat antal önskemål om att fortsättningsvis få rapporter.

Två klagomål kan registreras i samma ärende, vilket enligt flera svarande leder till att rapporterna är svårförstådda, då ärenden med två klagomål redovisas två gånger i rapporten, en gång per klagomål. Förvaltningen är införstådd med detta och avser att förtydliga redovisningen.

Nåra svarande tog upp att rapporterna innehåller ärenden som verksamheten inte tidigare hade kännedom om samt att det är svårt att hantera ärenden där det inte framgår vem som är patient. Drygt hälften av förvaltningens samtliga ärenden hanteras enbart genom telefonkontakter mellan anmälare och handläggare. Om anmälaren så önskar kan hen inkomma med en skrivelse som underlag för att inhämta yttrande från vården. Om så inte sker kommer ärendet inte till vårdens kännedom på annat sätt än genom den kontinuerliga återrapporteringen.

Som anmälare hos patientnämnden har man ungefär samma sekretesskydd som vid besök i vården. Det är således inte meningen att vården ska känna till vilken patient som avses i de enskilda ärendena där yttrande inte inhämtats. Förhoppningsvis kan det beskrivna problemet ändå bidra till verksamheternas patientsäkerhets- och kvalitetsutveckling

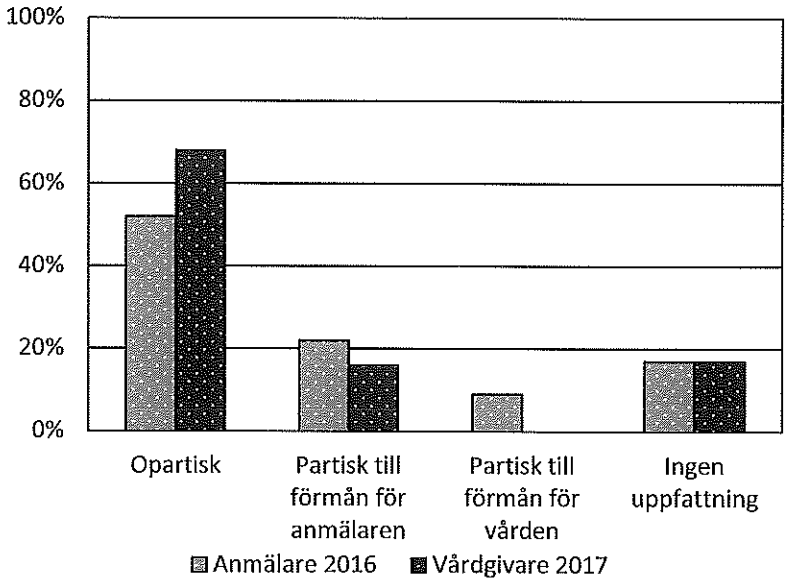
Opartiskhet - fråga 4

I nämndens mål- och handlingsplan för 2017 anges att minst 80 procent ska uppleva handläggarnas agerande som opartiskt. Detta mål uppnåddes inte. Andelen som upplevde handläggarens agerande som opartiskt minskade något jämfört med föregående undersökning, från 74 till 68 procent. Därutöver ansåg 16 procent att handläggare var partisk till förmån för anmälaren, ingen att handläggaren var partisk till förmån för vården och 17 procent hade ingen uppfattning i frågan.

Samma fråga ställdes i den enkät som under våren 2016 riktades till anmälare. Här upplevde 52 procent av de svarande handläggaren som opartisk, 22 procent ansåg att handläggaren var partisk till förmån för anmälaren och 9 procent partisk till förmån för vården. 17 procent hade ingen uppfattning.

Diagram 30 visar jämförelse mellan anmälarnas och vårdens svar.

Diagram 30



Svars- och handläggningstider

I några fall efterlystes kortare handläggningstider, samtidigt som andra efterlyste längre tid för att besvara ärenden. Vad gäller svarstiden om fyra veckor för att inkomma med ett yttrande förefaller denna tidsrymd vanligtvis vara tillräcklig. Den 1 januari 2018 träder lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården i kraft. I denna anges att en av patientnämndens huvudsakliga arbetsuppgift är att hjälpa patienter att få klagomål besvarade av vårdgivaren. I propositionen till denna lag, prop. 2016/17:122, anges "att som mest fyra veckors väntan på ett svar är rimligt för flertalet klagomål... Klagomål från barn bör hanteras extra skyndsamt eftersom barns tidsperspektiv ofta skiljer sig från vuxnas och att det är angeläget att barn snabbt får rätt stöd och vård (sid 31)." Det är angeläget att anmälaren, som i många fall har förlorat förtroendet för vården, får svar så snart det är möjligt.

En generell förlängning av svarstiden är därför inte aktuell. I den händelse man från vårdens sida önskar längre tid i enskilda ärenden kan detta enkelt överenskommas med handläggaren genom ett telefonsamtal eller en e-postkontakt.

Ärenden med medicinska frågeställningar

Runt 45 procent av förvaltningens ärenden avser medicinska frågeställningar. Då det av ett par svar på de öppna frågorna framkommit att de svarande anser att nämnden bör skaffa egen medicinsk kompetens för att bedöma ärendena vill förvaltningen påpeka att sådana bedömningar inte ligger i nämndens uppdrag. I dessa fall bistår förvaltningen genom att inhämta ett svar rörande anmälarens synpunkter och frågor.

Enligt förvaltningens rutiner lämnas alltid en inledande information till anmälare. Av denna framgår vad förvaltningen respektive övriga instanser i klagomålssystemet kan hjälpa till med. Det är patienten själv som väljer vilken instans denne vill vända sig till med sitt klagomål.

I vissa fall väljer anmälaren att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg med medicinska frågeställningar. I andra fall, till exempel när anmälaren önskar en förklaring till det inträffade, har synpunkter på både vård och bemötande eller när händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden (fall som inte utreds av IVO) väljer anmälaren att få sitt ärende handlagt av patientnämndens förvaltning.

Lillemor Humlekil har ansvarat för genomförandet av studien, sammanställning av resultat samt dokumentation.