Handläggare: Lillemor Humlekil

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-01-08

PaN A1711-0021443

Kvalitet vid handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden - mål och aktiviteter 2018

Ärendet

Patientnämndens förvaltning har utarbetat föreliggande mål och aktiviteter för kvalitetsarbetet avseende handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden avseende 2018, vilka baseras på den kvalitetspolicy som fastställdes av nämnden 2012 och uppdaterades 2015.

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.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta mål och aktiviteter avseende handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden 2018.

Gisela Rosenquist
Tf. förvaltningschef

Bilaga

Mål och handlingsplan avseende handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden 2018

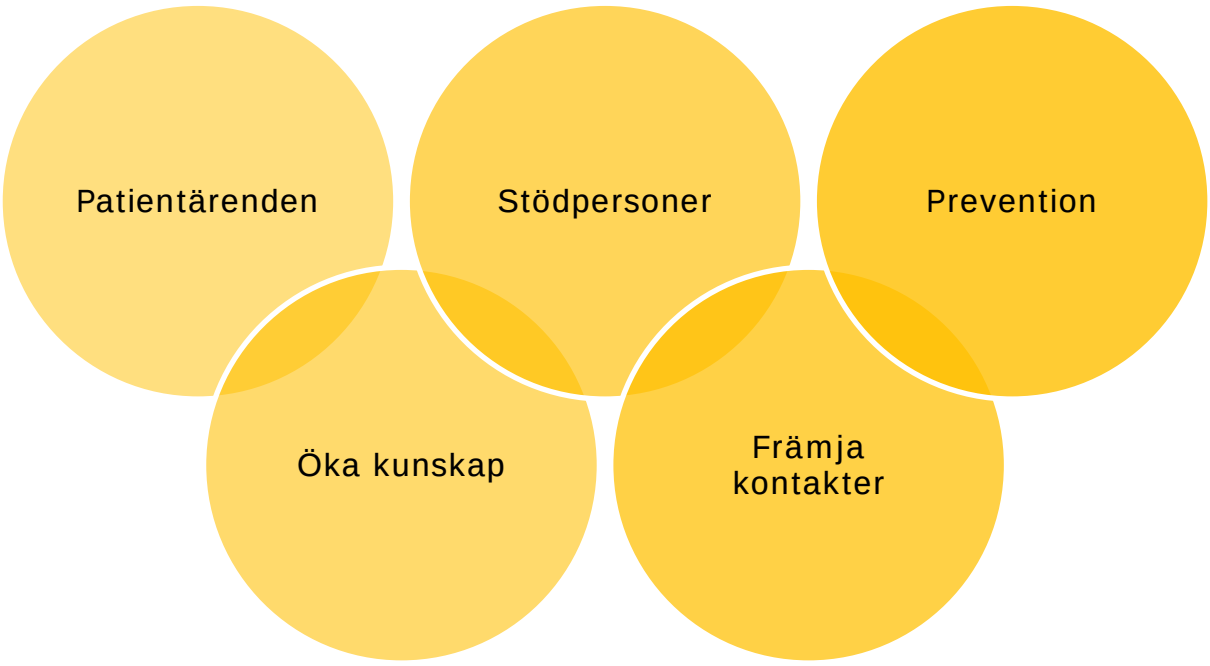
Patientnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2017-12-15 PaN A1711-0021443

Kvalitet

vid handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden

Mål och aktiviteter 2018



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 5

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 6

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 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 8

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 9

3.4 Övergripande aktiviteter 9

3.4.1 Avvikelserapportering 9

3.4.2 Rutiner 9

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande plan för mål och aktiviteter gällande handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden under 2018. 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 verksamheten ska verka för kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet känns detta naturligt.

Nedan redovisas de mål som baseras på nämndens kvalitetspolicy som fastställdes 2012 (uppdaterad 2015) samt de aktiviteter som planeras under 2018. 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. Detta dokument redovisar nämndens kvalitetsmål och aktiviteter avseende handläggning av klagomåls- och stödpersonsärenden. Dessa utgår 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 riktade till anmälare respektive vården minst vart tredje år. Under 2016 genomfördes en enkät riktad till anmälare i 330 nyligen avslutade skriftliga klagomålsärenden om deras nöjdhet med bemötande, handläggning med mera. Under våren 2017 genomfördes en undersökning rörande vårdgivarnas nytta av förvaltningens handläggning. Denna riktade sig till de 358 verksamheter som under 2016 hade inkommit med yttranden i två eller flera skriftliga ärenden hos förvaltningen. Förnyade undersökningar planeras till 2019 respektive 2020.

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.

Uppföljning:	Enkät till anmälare minst vart tredje år.
Redovisning:	I särskild rapport.
Ansvarig:	Marknads- och kommunikationsansvarig ansvarar för framtagande av informationsmaterial. Controller ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

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 en 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. Intern uppföljning av telefontillgänglighet i Contact Center.
Redovisning:	Enkätresultatet redovisas i särskild rapport. Övrig telefontillgänglighet redovisas i årsbokslut.
Ansvarig:	Controller ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen samt den interna uppföljningen av telefonkontakt vid skriftliga ärenden. Telefonansvarig följer upp telefontillgängligheten i övrigt.

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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

2.3 Mål avseende vården

2.3.1 Information i missivskrivelse vid begäran om yttrande

Av missivskrivelse vid begäran om yttrande 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 svarande vid vårdenheter som haft skriftliga ärenden hos förvaltningen ska anse att den information som ges i missivskrivelsen 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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

2.3.2 Handläggarnas opartiskhet

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

Mål:	Minst 80 procent av de svarande vid vårdenheter som haft 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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

2.3.3 Patientnämndens betydelse för vården

Klagomål, synpunkter och annan information som kommer till förvaltningens kännedom förmedlas till vården och bidrar till patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

Mål:	Minst 80 procent av de svarande vid vårdenheter som haft 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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

2.3.4 Patientnämndens betydelse för patienterna

Mål:	Minst 80 procent av de svarande vid vårdenheter som haft 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 ansvarar för genomförande och sammanställning av enkätundersökningen.

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 stödpersonssamordnaren, 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.

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 fortbildning vid behov och i mån av intresse från stödpersoner eller förvaltningen.
Uppföljning:	Genom utvärdering av utbildning respektive fortbildningstillfällen samt vid slutrapportering efter avslutat uppdrag. Analys av orsaker till avbrutna uppdrag.
Redovisning:	I verksamhetsberättelse för stödpersonsverksamheten.
Ansvarig:	Stödpersonssamordnaren

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 särskilt ansvar för ärenden gällande läkemedel, förlossningar respektive funktionshinder. Handläggarna uppmärksammas på eventuella brister/oklarheter i registreringen.

3.1.2 Återföring av data till vården och övriga intressenter

Rapporter sammanställs och sänds automatiskt per e-post till ett stort antal vårdgivare per månad respektive år. Inkomna önskemål om statistik utöver detta 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 tar fram statistik som underlag 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 ärendebelastning hos enskilda handläggare, att svar från vården dröjer eller att anmälaren inkommer med flera genmälen.

Samtliga ärenden som varit öppna mer än 12 månader ska identifieras och bedömas om de kan avslutas. I samband med den månatliga uppföljningen av registreringen kontrolleras 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?

Ansvariga: 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 samt till Socialstyrelsen.

Ansvariga: Controller ansvarar för rapporteringen till IVO, kommunikatören ansvarar för överlämning av årsrapporten.

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 stödpersonssamordnaren.

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: Samtliga handläggare noterar planerade och utförda aktiviteter i ett särskilt framtaget dokument. Detta hanteras av marknads- och kommunikationsansvarig. 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 hålls 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: Samtliga handläggare noterar planerade och utförda aktiviteter i ett särskilt framtaget dokument. Detta hanteras av marknads- och kommunikationsansvarig. 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 återförs och behandlas i relevanta fora.

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. Rutiner ses över/uppdateras vid behov.

Ansvarig: Förvaltningschefen.