



Uppföljning av internkontrollplan - helår 2025

Patientnämnden
Helår 2025

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Uppföljning av kontrollmoment	4
2.1	Brist på stödpersoner	4
2.2	Uteblivet svar till patienten	5
2.3	Försenat svar till patient	5
2.4	Otillräckliga informationsinsatser	5
2.5	För litet antal analyser och rapporter	5

1 Sammanfattning

Patientnämnden har utifrån riskanalysen tagit fram indikatorer som ska minimera risken för att beslutade verksamhetsmål inte uppnås. Det har under året varit ett fortsatt aktivt arbete med utveckling av nya arbetsmetoder som säkerställt ett samarbete med fyra hälso- och sjukvårdsvårdsförvaltningar vad gäller svarstider. Varje månad rapporterar Patientnämnden i Stratsys avslutade ärenden och när svar har lämnats till patienten vilket ger både nämnden och förvaltningarna en tydlig bild av nuläge och följsamhet till regional rutin.

Patientnämnden har under året även arbetat aktivt med rekrytering av stödpersoner samt att informera personal och allmänhet om stödpersonsuppdraget, vilket givit effekt.

Patientnämnden har i internkontrollerna uppnått alla indikatorenmål helt eller delvist.

2 Uppföljning av kontrollmoment

2.1 Brist på stödpersoner

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Tid till tilldelning av stödperson- Stödperson ska tilldelas inom sju arbetsdagar.</p> <p>Beskrivning av metod Tid från förfrågan om stödperson fram tills att tilldelning har skett markeras i ärendet. Statistik hämtas inför kontrollperiod att tilldelning har kunnat ske inom tidsintervall. Analys av tilldelningstid genomförs och vid behov tas åtgärd fram.</p>	<p>Alla ärenden utan fyra har tilldelats inom angiven tid. Detta berodde i ett fall på att det fanns krav från vården, det uppdraget är nu tillsatt. Alla ärenden under det sista halvåret har tilldelats i tid efter rekrytering av nya stödpersoner.</p> <p>🟡 Delvis uppfyllt</p>
<p>Antal tilldelade uppdrag per stödperson -Inte fler än fyra uppdrag samtidigt per stödperson</p> <p>Beskrivning av metod Statistik förs över antal tilldelade uppdrag och redovisas vid halvår och helår. Varje månad följer handläggare upp antal uppdrag i jämförelse med antal aktiverade stödpersoner och bedömer om mängden stödpersoner är adekvat.</p>	<p>Ingen stödperson har fler än fyra uppdrag under 2025. Prognos: Antalet stödpersoner är tillräckligt för att kunna nå måluppfyllnad.</p> <p>🟢 Uppfyllt</p>

2.2 Uteblivit svar till patienten

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Vårdgivaren har inte besvarat klagomålet trots påminnelser -Antal ärenden som överlämnas till IVO</p> <p>Beskrivning av metod Rutinen är att när begäran om yttrande inte har besvarats inom tid och tre påminnelser gått ut ska ärendet överföras till IVO. Samordnaren får indikation från handläggare att svar inte kommit in, noteras i Platina som uteblivet svar där åtgärd blir att anmäla ärendet till IVO. Statistik förs i Stratsys om antal anmälningar som skickats till IVO och redovisas vid nämndsmöten.</p>	<p>VI har inte överlämnat något ärende till IVO under 2025. Alla ärenden har under 2025 besvarats dock har påminnelser behövts skickas så arbetet fortgår på olika sätt med att minimera påminnelserna I 14 ärenden har ett uppmärksammande till högre chefsnivå (påminnelse 3) skickats innan svar har kommit.</p> <p>🟢 Uppfyllt</p>

2.3 Försenat svar till patient

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Bevakning av att vårdgivaren svarar inom begärd tid - Mäta antalet påminnelser 1, 2, 3</p> <p>Beskrivning av metod I varje ärende som avslutas i Platina registreras svarstid enligt rutin. Samordnaren tar ut statistiken från Platina och dokumenterar detta i en regiongemensam månadsuppföljning i Stratsys. Regionens fyra förvaltningar söker bakomliggande orsak till avvikande svarstider och genomför åtgärder, detta dokumenteras i Stratsys. Vid nämndsmöte redovisas svarstider och eventuella förslag på nya åtgärder.</p>	<p>Målet är satt till 80% och under 2025 har verksamheten i 81% av ärendena lämnat svar i tid eller begärt uppskov så målet är uppfyllt.</p> <p>● Uppfyllt</p>

2.4 Otillräckliga informationsinsatser

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Patientnämndens informationsinsatser - Antal informationsinsatser/halvår</p> <p>Beskrivning av metod Statistik förs av nämndsekreterare om antal genomförda informationsinsatser. Redovisas till nämnden i en aktivitetsplan som redovisas vid varje nämndsmöte.</p>	<p>Patientnämnden har genomfört fler informationsinsatser än det mål som sattes.</p> <p>● Uppfyllt</p>

2.5 För litet antal analyser och rapporter

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Produktion av analyser och rapporter - Inte mindre än två analyser och fyra rapporter om året</p> <p>Beskrivning av metod Statistik förs över antal genomförda analyser och rapporter som redovisas till nämnden. Mätning av tidsåtgång/resursuttag för planering av framtida analyser görs.</p>	<p>Har endast gjort en analys under 2025 på grund av höga arbetsbelastning. Vi har däremot gjort fem rapporter.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>