



Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms skolors ungdomsmottagning (SKUM) verksamhetsåret 2020

2020-12-31
Ingrid Classon, verksamhetschef
Anna Gutniak, medicinskt ledningsansvarig läkare

Innehåll

Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador	11
Riskanalys	11
Mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

Mål för patientsäkerhetsarbetet har varit att:

- upprätthålla fokus på patientsäkerheten,
- snabbt identifiera potentiella risker i verksamheten,
- metodiskt utvärdera och minimera klagomål, vårdskador och incidenter,
- åtgärda strukturella, organisatoriska eller andra arbetssätt som identifierats som riskabla.

De viktigaste åtgärderna under 2020 för att förbättra patientsäkerheten:

- åtgärder för minskad smittspridning med anledning av pandemin,
- ökad informationssäkerhet,
- anpassningar av verksamheten under pågående avvecklingsprocess.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Trots pågående pandemi, neddragning av bemanning i samband med avveckling av verksamheten har tillgången till vård med god kvalitet kunnat bibehållas. Vården har kunnat bedrivas på ett säkert sätt avseende potentiell smittspridning (covid-19).

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamheten, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Verksamhetens uppdrag, mål och strategi

Ungdomsmottagningens uppdrag är att ta emot ungdomar upp till 23 års ålder i frågor som handlar om sexuell och reproduktiv hälsa, pubertetsutveckling och psykosocial hälsa. Målgruppen är i första hand, men ej begränsad till, ungdomar som bor eller är skrivna i Stockholms län.

SKUM har verkat för att främja hälsa, förebygga framtida ohälsa och beakta ungdomens hela livssituation. Helhetssynen innebär ett nära samarbete mellan professioner med säkra rutiner och god kännedom om varandras arbete, ett proaktivt utåtriktat arbete samt nära samverkan med andra relevanta aktörer.

Det kliniska arbetet har huvudsakligen bestått av preventivmedelsrådgivning och -föreskrivning, provtagning och behandling av sexuellt överförda infektioner, bedömning och behandling eller hänvisning av tillstånd som påverkar fysisk, psykisk, social eller sexuell hälsa och där ungdomskompetens krävs.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Mål för patientsäkerhetsarbetet:

Patientsäkerhetsarbetet ska resultera i att

- upprätthålla fokus på patientsäkerheten,
- snabbt identifiera potentiella risker i verksamheten,
- metodiskt utvärdera och minimera klagomål, vårdskador och incidenter,
- åtgärda strukturella, organisatoriska eller andra arbetssätt som identifierats som riskabla.

Den övergripande strategin för att erbjuda säker vård:

- årligen skriva patientsäkerhetsberättelse och utifrån den planera följande verksamhetsårs fortsatta patientsäkerhetsarbete,
- veckovis hantera upprättade avvikelser på enhetsmöte tillsammans med verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig,
- värna och främja en god fysisk och psykisk arbetsmiljö,
- erbjuda och uppmuntra intern och extern utbildning och handledning utifrån verksamhetens såväl som medarbetarens behov.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Utbildningsnämnden är vårdgivare för de insatser inom ungdomsmottagningen som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och har utsett chefen för avdelningen för stöd kring lärande och elevhälsa som vårdgivarens representant. Enhetschefen för ungdomsmottagningen har utsetts till verksamhetschef. Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten. Uppdraget att fullgöra medicinska ledningsuppgifter är delegerat till medicinskt ledningsansvarig läkare.

All legitimerad personal har eget yrkesansvar och arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Samtliga medarbetare ansvarar för att avvikelser och risker identifieras och rapporteras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Intern samverkan

Veckovis genomgång av avvikelser eller patientfall med tillfälle att ta upp frågor och aktuella rapporter om skador eller biverkningar av läkemedel. Minnesanteckningar skickas till alla anställda. Medicinskt ansvarig läkare finns alltid tillgänglig på telefon.

Handledning med extern handledare för medicinsk respektive psykosocial personal t o m halvårsskiftet.

Samverkan med andra vårdgivare

På grund av rådande pandemi har fysiska kontakter och samverkan med andra vårdgivare begränsats.

Digitala möten och fortbildning har genomförts med andra barnmorskor och sjuksköterskor på länets ungdomsmottagningar (sk medicinsk handledning). Möte med andra ungdomsmottagningsläkare i länet för samsyn och dialog.

I förekommande fall samarbete med elevhälsans medicinska insats, Socialtjänst, Polisväsende, närstående, specialiserade mottagningar inom Regionen, andra ungdomsmottagningar, med flera.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Arbetet på ungdomsmottagningen utgår från ett ungdomsperspektiv och vi använder metoden Delat beslutsfattande enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Det innebär att ungdomens behov och önskemål är i fokus vid all kontakt och behandling. Vid kontakt med minderårig görs en bedömning i varje enskilt fall om hur vårdnadshavare kan eller bör involveras. Detta görs i samråd med ungdomen.

Om vårdskada inträffar erbjuds patienten och dennes anhöriga att delta i händelseanalysen.

Patient och, i förekommande fall anhöriga, informeras om möjligheten att vända sig till Patientnämnden, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag eller Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Rapporteringen sker från samtliga medarbetare som uppmärksammat en avvikelse eller risk eller sett att möjlighet till en sådan finns i systemet. Personalen rapporterar avvikelser och tillbud på särskild avsedd blankett. Avvikelsen utreds och omfattningen av utredningen är beroende av allvarlighetsgrad. Vid allvarliga händelser informeras verksamhetschefen samma dag och en utredning startar snabbt. Beslut om åtgärd fattas för att undvika en framtida avvikelse eller risk inom detta område. Samlad bedömning av innehållet görs regelbundet. Uppföljning av tidigare beslutade åtgärder. Klagomål på verksamhetens kvalitet kan tas upp vid dessa tillfällen men kan även behandlas i samband med verksamhetsuppföljning. Vid behov lyfts frågor till vårdgivaren. Statistik tas ur journalsystemet och ur Region Stockholms uppföljningssystem.

I Stockholms stads förebyggande arbete för en säker arbetsmiljö rapporteras arbetsrelaterade risker, tillbud och olyckor i incidentrapporteringssystem IA.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter tas upp fortlöpande, diarieförs om de kommer per brev och beslut fattas om åtgärd. Uppföljning sker fortlöpande av verksamhetschefen.

Vid muntliga synpunkter/klagomål görs en kort beskrivning av ärendet skriftligen av den som tagit emot samtalet. Ärendet tas upp på veckomöten eller på APT om det inte bedöms vara av så allvarlig eller brådskande karaktär att verksamhetschefen skall meddelas eller omedelbar åtgärd måste vidtas. Beslut om åtgärd och beslut om uppföljning dokumenteras, signeras och sparas. Anonyma telefonsamtal och brev beaktas i möjligaste mån. Vid icke-anonyma telefonsamtal tas de emot av vederbörande och vid behov erbjuds en besöksd för samtal.

Regelbundenheten i dessa återkopplingar höjer medvetenheten om patientsäkerhetstänkandet och ger underlag att redovisa för uppdragsgivare och myndigheter.

Patienter och medföljande uppmuntras till att lämna synpunkter via väntrumsformulär.

Vid brådskande eller allvarliga tillbud eller händelse ges information fortlöpande till patient eller närstående om handläggning och beslut. I annat fall kontaktas patienten så snart ärendet har behandlats.

Återkommande genomgång av incidenser ger möjlighet att se mönster eller trender som indikerar brister i vårdens kvalitet.

Medarbetarsamtal mellan anställd och chef på mottagningen är också ett forum för att ta upp klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	1 gång i veckan	Skriftlig blankett, protokoll
Veckomöten under ledning av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare	1 gång per år	Avvikelsepärm
Analys och sammanställning av avvikelser		

Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per månad	Dokumenterad rutin, samarbetsyta
Kontroll av autoklav och diskdesinfektor	1 g per vecka	Protokoll
Loggkontroll journalsystem	1 gång i månaden	Loggar
Patienters klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Kontroll av remissbevakningslista	4 gånger per år	Journalsystem
Kontroll av smittspåringsdokumentation	4 gånger per år	Smittspåringspärmar

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Pandemiläge konstaterades av WHO den 11 mars. Myndigheternas riktlinjer i syfte att begränsa smittspridning av det pandemiskt spridda SARS-CoV-2 har följts. Konkreta åtgärder som vidtagits har varit:

- inställd drop-in-mottagning,
- möjlighet till digitala besök,
- inställd utåtriktad verksamhet,
- begränsning av antal personer i lokalerna och på mottagningsrummen,
- skärpta hygienrutiner för personal,
- uppmaning till besökare att stanna hemma vid sjukdomssymtom,
- illustrerade anslag om handtvätt och annan information om sätt att begränsa smittspridning i lokalerna,
- säkerställd tillgång till handsprit och skyddsutrustning,
- kondom- och informationsmaterial på begäran istället för fritt exponerad,
- skärpta rutiner för kommunikationsvägar vid eventuell pandemirelaterad stängning,
- kontinuerlig avstämning och kommunikering internt kring aktuella riktlinjer,
- daglig avstämning och prioriteringar utifrån bemanningsstatus

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Stress, hög arbetsbelastning och stort besöksstryck kan öka risken för felaktigheter, bristande omhändertagande och korrekta avvägningar. Verksamhetschefen ansvarar för regelbunden översyn och dimensionering av bemanning för att minska riskerna för brister i arbetsmiljön som kan påverka patientsäkerheten. Gällande riktlinjer med sjukskrivning vid minsta förkylningssymtom på grund av pandemin, samt minskad personalstab på grund av förestående nedläggning har tidvis gjort det nödvändigt med daglig översyn.

Risker vid läkemedelsadministration eller vid kirurgiska ingrepp analyseras vid medicinska veckomöten under ledning av medicinskt ansvarig.

Genom att alla ungdomar före besöket besvarar ett standardiserat formulär täcks viktiga aspekter för den somatiska, sexuella och psykosociala hälsan in. Relevanta områden kan därmed rutinmässigt adresseras i samtalet med vårdpersonalen. Särskilda avvägningar kan i den fortsatta hanteringen behöva göras för individer som är minderåriga, asylsökande, har skyddad identitet eller lever i en hederskontext.

Risikanalys har skett kontinuerligt utifrån de avvikelser som inkommit. Verksamhetschefen ansvarar för att uppmärksamma och påtala risker till vårdgivaren. All personal ansvarar för att identifiera och rapportera risker som kan medföra negativa händelser eller tillbud i verksamheten.

Identifierade risker i verksamheten

Avvecklingsprocessen och pandemisituationen har präglat riskanalyserna och åtgärderna under det gångna året då framför allt personalbortfall skulle kunna påverka patientsäkerheten. Verksamheten omfattar fysiska möten och är av sådan karaktär att potentiell smittspridning av SARS-CoV-2 bland personal och besökare måste beaktas.

Avvecklingsprocessen har under verksamhetsåret tagit mycket tid och kraft i anspråk för kvarvarande personal. I och med förestående nedläggning har möjligheten att ta in vikarier vid sjukdom varit begränsad.

Liksom tidigare utgör de ingrepp som utförs på mottagningen en risk för kirurgiska komplikationer, och det finns risker som beror på målgruppens sammansättning. Exempel på sådana är avsaknad av legitimation och ofullständig anamnes inför förskrivning och hänvisning.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

En samlad redovisas under rubriken resultat och analys.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Mottagningens kontinuerliga arbete med informationssäkerhet:

Behörighet till journalsystemet kan endast beställas av verksamhetschef. All inloggning sker med säker autentisering och loggkontroller görs varje månad. Kurator-, psykolog- och medicinsk journal har separata behörigheter men gemensam tidbok. Mottagningen tillämpar ej sammanhållen journal med andra vårdgivare. Informationssäkerhet ingår i introduktionen av nyanställd. Vi värnar om sekretess och känsliga uppgifter kommuniceras endast via säkra kanaler. Granskning av journaler har skett av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare inom ramen för det kliniska arbetet samt i samband med utredning av avvikelser och klagomål.

De viktigaste åtgärderna för att *förbättra* informationssäkerheten har varit att samtliga medarbetare nu använder SITHS-certifikat för inloggning i journalsystemet.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska risk för felaktigheter avseende labprover	Följa rutinerna för provhantering	Kontakt med lab vid avvikelser	20 avvikelser	Kontakt med lab på grund av deras felaktiga hanteringar har varit tidskrävande. Handhållningen på mottagningen har minskat.
Klargörande av mottagningens uppdrag och avslut	Översyn, dialog och förändringar inför nedläggning med uppdragsgivare och inom den egna organisationen		Ej mätbart	Saknas
Ökad patientsäkerhet	Fortlöpande mätning, sammanställning och återkoppling av avvikelser	Patientsäkerhetsarbete	0 vårdskador. Ökad medvetenhet om betydelsen att rapportera avvikelser	Samtliga medarbetare är viktiga i patientsäkerhetsarbete. Den fysiska och psykiska arbetsmiljön har bäring på patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelser

Totalt har 40 avvikelserapporter upprättats och analyserats. Tjugo avvikelser handlar om brister i provhanteringen, övriga om brister i administrativa rutiner.

Klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter dokumenteras och samlas på ett ställe. Veckovis genomgång av avvikelser och klagomål på gemensamma enhetsmöten. Verksamhetsansvarig och medicinskt ledningsansvarig sammanställer och analyserar synpunkter två gånger per år.

Under 2020 har 16 st väntrumsformulär lämnats in. Besökare har informerats om vår förestående nedläggning samt fått lämna synpunkter.

Händelser och vårdskador

De avvikelser som har inträffat har framfört allt handlat om brister i laboratoriets hantering av mottagningens inkommande prover och utgående svar samt administrativa rutiner. Inga vårdskador har inträffat. En ungdom har ansökt om ersättning från LÖF.

Risikanalys

Förändrad tillgänglighet pga pandemi med bl a stopp för drop-in har gjort att färre ungdomar har kunnat tas emot på plats medan antalet distansbesök har ökat till viss del. I slutet verksamhetsåret har vi varit tvungna att begränsa vilka tjänster vi kan erbjuda då det varit få i tjänst. Mer av arbetstiden har fått användas till hänvisning och andra arbetsuppgifter relaterade till stängningen, vilket medfört att fler ungdomar har hänvisats till andra ungdomsmottagningar. Det har inte alltid varit möjligt att få till en direkt överföring, konsekvensen av detta är svår att överblicka.

Mål och strategier för kommande år

Saknas. Mottagningen läggs ned 2020-12-31.