

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms skolors ungdomsmottagning

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-02

Ingrid Classon
Verksamhetschef
Marianne Wiksten-Almströmer
Medicinskt ledningsansvarig läkare

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är

Medicinska konferenser under ledning av medicinskt ansvarig läkare, en gång per vecka där samtlig medicinsk personal medverkar, vid behov medverkar även verksamhetschef och psykosocial personal. Kontrollsystem, att tagna prover blivit besvarade och bevakning av ivägskickade remisser. Kontinuerlig uppdatering av rutinpärmar. Introduktion av nyanställd personal. Klagomålshantering.

Hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp

Verksamhetsberättelse med statistik. Enkätundersökningar genom vår avtalspartner/beställare
Terminsvis utvärdering av statistik och enkätresultat.

Hur risker för vårdskador identifieras och hanteras

Dialog – kommunikation avstämning direkt. Läkare finns på mottagningen de flesta vardagar. Tas upp på medicinsk konferens och vid behov med samtlig personal. Åtgärder dokumenteras i rutinpärmar, incidentrapport. Remisshantering veckovis med remissbedömningsgrupp. Anamnesen innefattar sjukdomshistoria vid behov samarbete med andra vårdgivare. Medicinsk konferens med genomgång av aktuella frågor sker varje vecka. Samverkan med närstående. Kontakt med andra myndigheter.

Hur informationssäkerheten har säkerställts.

Verksamhetschefen har kontroll över behörigheter och utför loggkontroller.

Hur och i vilken omfattning hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser

Deltar i möten, internutbildning, uppdatering och dokumentation av rutiner. Risker, tillbud och negativa händelser rapporteras till hela arbetsgruppen, beslut om åtgärd. I genomsnitt har varje månad någon risk, tillbud eller negativ händelse rapporterats. Sammanställning av incidenser. Samlad bedömning av incidenser, händelseanalyser och åtgärder görs kontinuerligt av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare.

Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående förmedlas snarast till verksamhetschef. Skriftliga klagomål diarieförs. Muntliga klagomål sammanställs, dokumenteras och analyseras.

Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

Vid varje enskild händelse som rör patientsäkerheten görs en bedömning ifall patient och närstående bör kontaktas. Verksamhetschef klargör vem som tar kontakten.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Säkrare rutiner och ökad medvetenhet hos samtliga medarbetare om risker.

Övergripande mål och strategier

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

Ungdomsmottagningens uppdrag är att ta emot alla ungdomar i åldrarna 12-22 år i frågor som handlar om sexuell och reproduktiv hälsa, pubertetsutveckling och psykosocial hälsa. De medicinska insatserna består huvudsakligen av preventivmedelsrådgivning och förskrivning, provtagning och behandling av sexuellt överförda infektioner, bedömningar och utredning av störningar i den hormonella utvecklingen, bedömning och behandling sexuella dysfunktioner, bedömning av psykisk ohälsa och stödjande samtal.

Övergripande mål och strategier för verksamheten är att 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 mål under verksamhetsåret har varit att ta hand om ungdomar som söker för mensrubbing. Psykisk ohälsa och negativ energibalans/ätstörningar är de vanligaste bakomliggande orsakerna till mensbortfall hos tonåringar. Mottagningen har därför haft ett strukturerat teamarbete för att förebygga konsekvenserna av dessa tillstånd genom att psykolog, dietist och gynekolog har träffat flickorna med mensbortfall och sett till att lämpliga insatser har satts in tidigt. Bedömning av gynekolog har utförts för att utesluta ovanliga tillstånd som t ex tumörer, sjukdomar i hormonproducerande körtlar eller missbildningar.

Vi värnar om sekretess och har strategier för hur provsvar förmedlas. Säkerställa korrekta uppgifter vad gäller identitet är ett problem. Legitimation kan inte krävas av besökande ungdomar eftersom ungdomarna i de yngre åldersgrupperna som besöker mottagningen vanligen inte har legitimation. Dubbla datajournaler kan förekomma på samma person om personen inte har uppgivit fullständigt personnummer vid första besöket. Rutiner finns för hur detta ska hanteras i datajournalen.

Rutiner finns för de som vill vara anonyma eller har en skyddad identitet. Anonym provtagning kan utgöra en risk för att svar lämnas till fel person. Skriftlig rutin finns kring anonym HIV-provtagning för att minimera den risken.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten. Uppdraget att fullgöra medicinska ledningsuppgifter är delegerat till medicinskt ledningsansvarig läkare.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vid mottagningens veckomöten där all medicinsk personal deltar tas punkten incidensrapport upp. Samtliga avvikelser rapporteras från de som fått kännedom om någon avvikelse. Händelsen analyseras under ledning av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig. Därefter upprättas åtgärdsplan som verkställs. Dokumentet signeras och sparas. Uppföljning vid kommande möten tills ärendet är avslutat.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kontroll att tagna prover blivit besvarade genom bevakningslistor i journalsystemet alternativt manuella listor. Rutin för att ivägskickade remisser besvaras har införts. Samtlig personal fått information om detta och hur det fungerar.

Vi har systematiserat uppdatering och information i rutinpärmar. Samtlig berörd personal deltar.

Nyanställda informeras om rutiner och säkerhetsföreskrifter som gäller på mottagningen enligt mottagningens introduktionsformulär.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap.2 § p2

Verksamhetsberättelsen med statistik över besök, STI-tester och graviditeter upprättas årligen och lämnas till våra uppdragsgivare inom landstinget och vår huvudman inom Utbildningsförvaltningen. Landstinget genomför årligen (eller vartannat år) enkätundersökningar för ungdomsmottagningar i länet och resultat meddelas verksamhetschefen. Dessa resultat utgör sedan underlag för diskussion i arbetsgruppen om förbättringar av verksamheten. I början av varje termin sker en intern genomgång av statistiken där jämförelse sker med tidigare perioder och resultaten värderas. Hela arbetsgruppen deltar i den utvärderingen. Väntrumsenkäter finns där ungdomar kan lämna sina synpunkter. Samlas ihop fortlöpande och resultaten används vid planering av kommande termins verksamhet. Fortlöpande statistik på väntetider vid Öppet Hus.

Medicinskt ledningsansvarig läkare har granskat journaler i avvikelshanteringen.

Verksamhetschefen genomför logkontroller av journaler. Bemötande- och värderingsfrågor följs upp på planeringsdagar, APT och medarbetarsamtal. Mottagningen har en HBTQ-grupp som ansvarar för uppföljning av villkoren som ingår i HBTQ-certifieringen. I början av januari 2017 genomfördes en recertifiering för all personal.

Veckovis medicinska konferenser där medicinska frågor och rutiner diskuteras och samtlig medicinsk personal deltar. Överföring till hela arbetsgruppen av övergripande rutiner sker vid behov.

Veckovis psykosociala konferenser och extern handledning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap 3 ½ p 3

Remisshantering. Inkomna remisser samlas och behandlas vid veckomöten där en remissgrupp bestående av läkare och personal med psykosocial kompetens deltar.

Vid anamnesupptagning av medicinsk personal efterfrågas kroniska och allvarliga sjukdomar samt om ungdomen har en etablerad kontakt med annan vårdgivare pga. detta. Övervägande och diskussion om kontakt skall tas med den vårdgivaren diskuteras med mottagningens medicinskt ansvarige läkare.

Vid den medicinska konferensen finns varje vecka tillfälle ta upp frågor och aktuella rapporter om skador eller biverkningar av läkemedel.

Om skada eller misstanke om läkemedelsbiverkan hos underårig uppkommer, kontaktas vårdnadshavaren för information och samråd om vidare handläggning.

I ärenden som kräver kontakt med andra myndigheter exempelvis socialtjänst eller polisväsende samråder aktuell behandlare med andra på mottagningen (eller om brådskande med ansvarig på mottagningen och/eller med den mest kunniga inom området) och beslut tas om vem, hur och när kontakt skall tas med annan myndighet och eventuell kontakt med närstående.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Stress, hög arbetsbelastning, stort besöksstryck kan öka risken för felaktigheter och bristande omhändertagande och korrekta avvägningar. T ex

- Kunna avväga vad som är akut – hänvisa rätt, risk när olika personer/professioner svarar. Avvisa någon som verkligen hade behövt komma.
- Ofullständig anamnes – ungdomen ”vet ej”, svarar fel – kontraindikationer missas, djup ventrombos, migrän etc.
- Fel personnummer anges, kräver ej legitimation, om felet ej uppmärksammas kan recept skrivas ut på fel person. Kan leda till men för den som drabbas.
- Allergi.
- Vid spiralinsättning – perforera livmodervägg, spiraluttag – uterusblödning, infektionsrisk.
- Implantat – kan sättas fel, skära för djupt eller skära fel, infektionsrisk.

För att minimera risker fyller alla ungdomar i ett inskrivningsformulär som, täcker av många områden.

Avstämning och uppdatering av skriftliga rutiner sker kontinuerligt. Daglig översyn, gemensamt morgonmöte, med genomgång av bemanning och arbetsbelastning.

När nya metoder införs i verksamheten begränsas det till en början till en eller få personer som även har hand om uppföljning av metoden. Diskussion av resultat och risker innan övriga medarbetare introduceras i metoden.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap 1 §

Behörighet till journalsystemet kan endast beställas av verksamhetschef. All inloggning sker med säker autentisering. Mottagningens journalsystem är fristående. Regelbunden kontroll av loggar. Granskning av journaler har skett av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2§ p 5

Det är framför allt vid de medicinska konferenserna som avvikelser och risker analyseras. Rapporteringen sker från samtliga medarbetare som uppmärksammat en avvikelse eller risk eller sett att möjlighet till en sådan finns i systemet. Frågan diskuteras och beslut fattas för att undvika en framtida avvikelse eller risk inom detta område. Sammanställning finns i en incidenspärm. Samlad bedömning av innehållet i början av varje termin. Uppföljning av tidigare beslutade åtgärder. Den psyko/sociala personalen kan vid behov delta i den medicinska konferensen. Klagomål på verksamhetens kvalitet kan tas upp vid dessa tillfällen men kan även behandlas i samband med statistikgenomgång terminsvis eller vid genomgång av verksamhetsberättelsen. Frågor lyftes vid behov till verksamhetschefen. Statistik tas ur journalsystemet och ur Landstinget Rapp-system. Medarbetarsamtal mellan anställd och chef på mottagningen är också ett forum för framförande av klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter,

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Dessa 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 veckomötet under punkten incidenser/avvikelser om det inte bedöms vara av så allvarlig eller brådskande karaktär att verksamhetschefen skall meddelas eller omedelbar åtgärd måste vidtas. Beslut till åtgärd och beslut om uppföljning dokumenteras och signeras. Sparas i incidenspärmerna. Anonyma telefonsamtal och brev beaktas i möjligaste mån. Vid icke-anonyma telefonsamtal tas de emot av vederbörande och vid behov erbjuds en besökstid för samtal.

Regelbundenheten i dessa återkopplingar höjer medvetandet om patient säkerhetstänkandet och ger underlag att redovisa för uppdragsgivare och myndigheter.

Väntrumsenkät finns. Patienter eller medföljande anhöriga uppmuntras till att lämna synpunkter.

Patienten kontaktas så snart ärendet har behandlats eller om det är brådskande eller allvarligt sker en fortlöpande information till patient eller närstående om handläggning och beslut. Eller i förekommande fall till den rapporterade myndigheten.

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

Om det kommer fler besökare än vad mottagningen kan ta emot vid det enskilda tillfället avvisas patienten av säkerhetsskäl och erbjuds en tid följande dag eller hänvisas till annan ungdomsmottagning.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Om en vårdskada inträffar kommer vi att informera patienten. Om patienten är omyndig kommer vi att erbjuda patienten och dennes anhöriga att delta i händelseanalysen. Om patienten är myndig kommer anhöriga via patienten att erbjudas att delta i händelseanalysen.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, 3 kap 8§ kommer även patient och, i förekommande fall, anhöriga att informeras om möjligheten att vända sig till Patientnämnden, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag eller Socialstyrelsen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap § 6

Alla klagomål och synpunkter dokumenteras och samlas på ett ställe. Verksamhetsansvarig och medicinskt ledningsansvarig sammanställer och analyserar synpunkter. Åtgärder och förändringar för ökad patientsäkerhet förankras hos medarbetare och kommuniceras till ansvarig vårdgivare.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Fortlöpande mätning, sammanställning och återkoppling av avvikelser.
- Antalet tillfällen att rapportera och delge övriga medarbetare incidenser och vidta åtgärder >40 per år.
- STI-enkäter till ungdomar vid besök som underlag till säkrare bedömningar och journalföring.
- Återkommande utvärderingar via Landstinget

Processmått

- Antalet riskanalyser, 34 st under 2017.
- Andelen utlämnade STI-enkäter 80 %.

Resultatmått

Brister i provhantering, 21 prov har ej analyserats, 1 elektroniskt provsvar saknas, 2 felaktiga - ej beställda - analyser utförda, 1 ofullständigt märkt provrör. Ändring av rutiner har skett, aktuellt lab och provhämtning har kontaktats. Gemensamt möte tillsammans med ansvariga på lab för vidare åtgärd.

Ett klagomål om bristande rutiner vid återbud har hanterats.

Två fall av brister i medicinsk uppföljning har identifierats och åtgärdats. Förslag till nya rutiner.

IT-problem, elektronisk journal ej tillgänglig under 5 arbetsdagar i samband med byte av dator, rapport till IT-avdelning.

Under 2017 har 22 st väntrumsenkäter lämnats in. Av dessa framför 4 st kritik som handlande om långa väntetider, ifrågasättande av frågeformulär som används vid öppet hus och någon enstaka brist i bemötande. Sexton enkäter gav uttryckt för positivt bemötande och professionalism. Samtliga ifyllda väntrumsenkäter har gått igenom på enhetsmöten och lett till diskussioner om bemötande och våra rutiner vid öppet hus.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utarbeta nya rutiner för provhantering i syfte att minska risker för felaktigheter. Översyn och klargörande av mottagningens uppdrag och ansvar. Fortlöpande mätning, sammanställning och återkoppling av avvikelser.