

Ledningssystem för Stockholms skolors ungdomsmottagning – SKUM

Antagen av utbildningsnämnden 2018-xx-xx

Innehållsförteckning

Ledningssystem för Stockholms skolors ungdomsmottagning - SKUM	1
Innehållsförteckning	2
1. Ledningssystem.....	3
2. Kompetens	4
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	4
3. Ansvar	5
4. Samverkan.....	7
5. Processer och rutiner	8
6. Systematiskt förbättringsarbete.....	9
Riskanalys	10
Egenkontroll.....	10
Journalföring.....	10
Tilldelning och behörighet till datajournalssystem	11
Ansvar för informationssäkerheten.....	11
Utredning av avvikelser	11
Förbättrande åtgärder i verksamheten.....	13
Dokumentationsskyldighet	14
Patientsäkerhet	14

1. Ledningssystem

Ledningssystemet gäller de insatser inom Stockholms skolors ungdomsmottagning som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Ledningssystemet är framtaget enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Stockholms skolors ungdomsmottagning arbetar på uppdrag av utbildningsnämnden preventivt med sexuell- och reproduktiv hälsa och rättigheter, psyko/social hälsa samt bedriver ett utåtriktat hälsofrämjande arbete riktat till elever. Ungdomsmottagningsverksamheten sker i samverkan med Stockholms läns landsting (SLL).

Syftet med ledningssystemet är att den som bedriver verksamheten med stöd av ledningssystemet ska kunna

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera och
- förbättra verksamheten

Ledningssystemet¹ är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten och användas för att systematiskt och fortlöpande kunna följa upp och utvärdera verksamheten i syfte att utveckla och säkra verksamhetens syfte och mål.

Kravet på ledningssystem innebär att det ska finnas:

- tydlig ansvarsfördelning
- dokumenterade processer/identifierade rutiner
- rutiner för uppföljning

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi eller juridisk person till exempel en stiftelse eller ett aktiebolag. För de insatser inom Stockholms skolors ungdomsmottagning som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen är utbildningsnämnden vårdgivare.

¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

2. Kompetens

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet ²

- *Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.*
- *Enligt patientsäkerhetslagen³ är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.*

Stadens konkretisering av ledningssystemet

All personal på ungdomsmottagningen ska känna till och följa ledningssystemet. För att säkerställa hög patientsäkerhet krävs att personalen har rätt kompetens och kan arbeta utifrån ledningssystemets processer och rutiner.

Kompetenskrav vid anställning

Vid nyanställning ansvarar den chef som anställer att utdrag ur brottsregistret lämnas in samt att en noggrann kontroll görs av intyg om legitimation utbildning och kurser. Anställande chef gör också en kontroll av personlig ID-handling. Yrkeslegitimationen ska kontrolleras med Socialstyrelsen, då det fysiska intyget inte förloras vid eventuell indragning av legitimationen.

Kompetenskrav barnmorska

- Legitimerad barnmorska

Kompetenskrav sjuksköterska

- Legitimerad sjuksköterska

Kompetenskrav läkare

- Legitimerad läkare med specialistutbildning inom obstetrik och gynekologi.
- Legitimerad läkare med specialistutbildning inom psykiatri alternativt barn- och ungdomspsykiatri
- Legitimerad läkare med specialistutbildning inom barn- och ungdomsmedicin alternativt allmänmedicin.
- Legitimerad läkare med specialistutbildning inom dermatologi och venerologi

Kompetenskrav psykolog

- Legitimerad psykolog

² Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet SOSFS 2011:9

³ Patientsäkerhetslag SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

Kompetenskrav kurator

- Socionomexamen med erfarenhet från socialtjänsten
- Grundläggande psykoterapiutbildning, steg 1

Generell fortbildning:

- Den legitimerade personalens kompetens, liksom kompetensen hos kurator som biträder den medicinska personalen och även har terapeutiska samtal, uppdateras i enlighet med ny kunskap och forskning som är relevant för arbetet inom ungdomsmottagningen. Detta kan exempelvis ske genom att verksamhetschef erbjuder professionsspecifik fortbildning för att säkerställa uppdatering kring nya vetenskapliga rön.
- Personalen ska erbjudas professionell handledning vid behov.
- Nyanställda ska erhålla yrkesspecifik introduktion.

Individuell kompetensutveckling:

- En plan för individuell yrkesspecifik kompetensutveckling upprättas varje år utifrån uppmärksammade behov för verksamheten samt identifierade framtida behov.

Ansvarsfördelning

Den chef som anställer ansvarar för att de kompetenskrav som gäller vid nyanställning är uppfyllda. Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp att alla medarbetare har god kännedom om de riktlinjer för arbetet som finns.

Alla medarbetare har ett personligt ansvar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter.

Uppföljning och utvärdering

Utvärdering av kompetensutveckling samt uppföljning av behov av individuell kompetensutveckling och kännedom om ledningssystem görs via årliga medarbetarsamtal med ansvarig chef.

3. Ansvar

Utbildningsnämnden är vårdgivare för de insatser inom ungdomsmottagningen som omfattas av HSL. Vårdgivaren utser verksamhetschef och den som är ansvarig för anmälan enligt Lex Maria.⁴

⁴ Patientsäkerhetslag 2010:659

Vårdgivaren bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter verksamhetschefen har samt vilket ansvar verksamhetschefen har utöver det författningsreglerade ansvaret.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren, utbildningsnämnden.

Verksamhetschef och ansvarig för anmälan enligt Lex Maria ska registreras i IVO:s vårdgivarregister (IVO=Inspektionen för vård och omsorg).

En verksamhetschef som har begränsningar i den formella kompetensen överlåter enskilda ledningsuppgifter⁵ till annan utförare.

Verksamhetschefen har ledningsansvar för inhyrd legitimerad personal.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten genom att:

- se till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt.
- se till att den medicinska insatsen tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård.
- se till att det finns de direktiv och instruktioner som verksamheten kräver.
- personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser.
- säkerställa att legitimerad personal har den kompetens som krävs för att fullgöra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt samt erbjuda adekvata fortbildningsinsatser.

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för ungdomsmottagningens systematiska kvalitetsarbete. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och har därmed eget ansvar för att delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat.

Verksamhetschefen har ansvar för att

- ta fram processer, rutiner och metoder enligt vetenskap och beprövad erfarenhet lämpliga för verksamheten
- följa upp och utveckla verksamheten efter uppsatta mål

⁵ Verksamhetschefen får uppdra åt sådan a befattningshavare inom verksamheten som har kompetens och erfarenhet att utföra enskilda ledningsuppgifter (förordning 1996:933).

- bevaka nya vetenskapliga rön, ändringar, nytillkomna lagar, styrdokument och författningar inom hälso- och sjukvård samt fortlöpande kommunicera detta till all personal via möten, utbildningsinsatser, e-post och intranät
- att tillhandahålla lokaler väl lämpade och adekvat utrustade för verksamheten
- mottagningen är adekvat bemannad.

Medarbetarnas ansvar

All personal ska följa Stockholms stads kvalitetsprogram och ledningssystemet. Hälso- och sjukvårdspersonal har även ett personligt yrkesansvar⁶, vilket innebär att personalen alltid är ansvarig för att fullgöra sina arbetsuppgifter utifrån de krav yrkeslegitimationen ställer.

Personalen ska ha god kännedom om och följa den lagstiftning som gäller inom hälso- och sjukvården; hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen, föräldrabalken samt de bestämmelser och föreskrifter som i övrigt gäller för verksamheten, exempelvis anmälningsplikten för vårdskador enligt patientsäkerhetslagen⁷ och anmälan till socialnämnd vid misstanke om att barn far illa.⁸

4. Samverkan

Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten och/eller LSS och med myndigheter.⁹

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Personalen ska tillsammans arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att gemensamt verka för tidig upptäckt av hinder för

⁶ Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, 6 kap. 2 §

⁷ Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

⁸ Socialtjänstlagen SFS 2001:453, 14 kap. 1 §

⁹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

reproduktiv/psykisk/social hälsa och utveckling. På ungdomsmottagning ska det minst finnas tillgång till barnmorska, läkare samt psykolog eller kurator.

Samverkan övrigt

- **Vårdnadshavare:** Barnets mognad och vårdens innehåll avgör om sekretess gentemot vårdnadshavare ska beaktas.
- Anmälningsskyldighet till Socialtjänsten gäller vid misstanke om att barn far illa.¹⁰

5. Processer och rutiner

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska i varje process

- *identifiera de aktiviteter som ingår.*
- *bestämma aktiviteternas inbördes ordning.*
- *för varje aktivitet utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.*

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.¹¹

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Metoder ska utvecklas och implementeras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Förändringar aktualiseras fortlöpande vid till exempel fortbildningsdagar, via webbplats eller e-post.

Processer på ungdomsmottagningen

Enskilda individuella besök och verksamhet riktad mot ungdomsgrupper. Varje individuellt besök består av anamnes, undersökning, provtagning, bedömning, rådgivning, behandling och dokumentation. De processer/tjänster som tillhandahålls är preventivmedel, uro- genitalla infektioner, hormonella rubbningar, sexuella problem, gynekologiska/andrologiska problem, psykisk ohälsa. Samtliga processer finns beskrivna i rutinpärmar som

¹⁰ SFS 2001:453, Socialtjänstlag 14 kap.1 § (se även 2 f § HSL)

¹¹ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

finns elektroniskt, tillgänglig för all personal. Rutinerna bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Förbättring av processerna och rutinerna

Om resultaten visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.¹²

Uppföljning och utvärdering

Metoder, processer och rutiner ska årligen granskas för att nå uppsatta mål. Resultat av granskningar ska återföras till medarbetare och andra berörda. Förbättringsåtgärder dokumenteras, analyseras och utgör grunden för reviderade eller nya mål och rutiner.



6. Systematiskt förbättringsarbete

Ett systematiskt arbete för att förbättra verksamheten ska ske fortlöpande. I förbättringsarbete läggs vikt vid förebyggande åtgärder. Syftet är att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Förbättringsarbetet ska leda till att organisationen utvecklas och att misstag inte upprepas.

¹² Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Risakanalys

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.¹³

Stadens konkretisering av ledningssystemet

I alla rutiner, vid förändringar och nya åtaganden i verksamheten ska en riskanalys göras. Visar analysen att risk för brister i kvalitet eller patientsäkerhet föreligger ska, för att minimera risken, samråd ske mellan verksamhetschef och vårdgivare.

Egenkontroll

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen innefattar:

- jämförelser av ungdomsmottagningens resultat med resultat för andra ungdomsmottagningar
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- målgruppsundersökningar
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- aktivt arbete för att förändra förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.¹⁴

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Journalföring

Alla individuella kontakter ska journalföras enligt gällande regler och rutiner för informationshantering och journalföring.¹⁵

¹³ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

¹⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

¹⁵ Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och

Tilldelning och behörighet till datajournalssystem

Verksamhetschefen fastslår vem som har ansvar för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheter i det digitala journalsystemet¹⁶. Behörigheter ska kontinuerligt läggas till, tas bort och regleras så att endast den som är delaktig i vården har tillgång till journalhandlingar.

Kontroll av åtkomst

Verksamhetschefen ansvarar för att loggkontroller görs i form av stickprovskontroller.¹⁷ Genomförda loggkontroller dokumenteras och sparas i 10 år. Obehörig ingång utreds av verksamhetschefen. Praxis är att vederbörande kallas till ett möte och ombeds ge en förklaring. Om ingen fullgod förklaring lämnas görs polisanmälan (obehörig läsning rubriceras som dataintrång).

Ansvar för informationssäkerheten

Verksamheten har en informationssäkerhetspolicy som anger mål och inriktning för samt styr informationssäkerhetsarbetet utifrån gällande lagstiftning.

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

- *ungdomarna som besöker mottagningen och i förekommande fall deras närstående*
- *personal*
- *andra vårdgivare*
- *myndigheter föreningar, andra organisationer och intressenter.*¹⁸

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Klagomål och synpunkter

Med klagomål menas att någon klagat på att verksamheten inte uppnår kraven på god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. Klagomål och synpunkter ska utredas.

Utredningen ska komma fram till om det förekommit en avvikelse. Genom att sammanställa och analysera klagomål och synpunkter kan mönster bli tydliga som inte framkommer i utredningen av ett enskilt fall.

All personal på ungdomsmottagningen ska ta tillvara klagomål och synpunkter från besökarna samt föra vidare informationen till verksamhetschefen via avvikelssystemet.

Rapporteringskyldighet

- *Bestämmelser om rapporteringskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal finns patientsäkerhetslagen¹⁹.*
- *Bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i patientsäkerhetslagen.²⁰*

Det åligger all personal på ungdomsmottagningen att till verksamhetschefen anmäla om en ungdom i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada. Anmälan ska göras enligt verksamhetschefens anvisningar. Personalens anmälningsplikt till vårdgivaren gäller för alla vårdskador medan vårdgivarens anmälningsplikt till Inspektionen för vård och omsorg (Lex Maria) endast gäller allvarlig skada.

Avvikelsehantering

All personal ska i sin anmälan till verksamhetschefen beskriva orsaker och vidtagna åtgärder samt ta ställning till vilka förändringar som bör göras för att minimera risken för att händelser upprepas.

¹⁹ Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

²⁰ Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 3 kap. 3 §

Verksamhetschefen i samråd med medicinskt ansvarig bedömer avvikelser och ta ställning till behov av förändrade rutiner och anvisningar för verksamheten.

Anmälan enligt Lex Maria

Verksamhetschefen är ansvarig för att anmälan enligt Lex Maria²¹ görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria²². Verksamhetschefen ska inför anmälan enligt Lex Maria, utreda händelser där vård och behandling har medfört allvarlig skada eller kunnat medföra allvarlig skada för ungdomen.

Yrkesutövning

En vårdgivare ska snarast anmäla till IVO om det finns skäl原因 anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.²³ Enligt patientsäkerhets-lagen gäller även anmälningsskyldighet när legitimerad personal kan befaras utgöra en fara för patientsäkerheten. Anmälningsskyldigheten gäller på vårdgivarnivå och ska fullgöras av den Lex Maria-ansvariga.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

På grundval av resultat av sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.²⁴

Uppföljning och utvärdering

I ungdomsmottagningens kvalitetsredovisning och sammanfattat i utbildningsnämndens verksamhetsberättelse kommer verksamhetsprocesser och resultat att beskrivas. Detta ligger till grund för identifiering av förbättringsåtgärder och utveckling av verksamhetens processer.

Verksamhetschef ska efter utredning av inträffade avvikelser ta ställning till behovet av förändrade rutiner och anvisningar för verksamheten. Händelser som avvikelserapporteras ska tas till vara och inkomna förbättringsförslag ska systematiskt återföras till personalen som ett led i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Frågor som ska besvaras:

- har verksamheten uppnått kvalitetsmålen

²¹ Lex Maria, SOSFS 2005:28 (M)

²² Lex Maria, SOSFS 2005:28 (M)

²³ Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 3 kap 7 §

²⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

- har personalen arbetat enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet
- har identifierade avvikelser åtgärdats
- har identifierade avvikelser åtgärdats så att det inte inträffar på nytt

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.²⁵

Berättelse om kvaliteten

Vårdgivare bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen berättelse av vilken det bör framgå

- *hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår*
- *vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet*
- *vilka resultat som har uppnåtts.²⁶*

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen²⁷ ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Stadens konkretisering av ledningssystemet

Patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador hos ungdomar och ohälsa hos personal ska ske kontinuerligt. verksamhetschef ansvarar för att personalen är informerad om rutiner, vad som ska rapporteras och hur det ska ske. Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från identifierade avvikelser i verksamheten som årligen sammanställs till en patientsäkerhetsberättelse.

Enligt patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete²⁸ ska patientsäkerhetsberättelsen innefatta:

- avvikelstesammanställning
- uppgifter om hur egenkontrollen har utförts
- beskrivning av samverkan med andra aktörer

²⁵ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

²⁶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kap. 7

²⁷ SOSFS 2010:659, 3 kap. 10 §

²⁸ 3 kap. 10 § Patientsäkerhetslagen och 7 kap. 2 § SOSFS 2011:9

- hantering av patientsäkerhetsrisker
- hantering av övriga klagomål och synpunkter.

Patientsäkerhetsberättelsen upprättas i samband med utbildningsnämndens verksamhetsberättelse. I patientsäkerhetsberättelsen framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under det gångna året, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.