

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms skolors ungdomsmottagning (SKUM) verksamhetsåret 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-07

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	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Riskanalys	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	8
RESULTAT OCH ANALYS	9
Egenkontroll.....	9
Avvikelse	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Händelser och vårdskador	10
Riskanalys	10
Mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

Mål för patientsäkerhetsarbetet:

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

De viktigaste åtgärderna för att för att förbättra patientsäkerheten:

- informationsklassning med riskanalys av journalsystemet har genomförts,
- all personal har genomfört en grundläggande e-utbildning i GDPR med anledning av de förändringar den nya dataskyddsförordningen innebär,
- genomgång och kontroll av bevaknings- och signeringslistor,
- hanteringen av personuppgifter utanför journalsystemet har begränsats,
- nya rutiner för att säkerställa att information även när timanställda har införts,
- ytterligare en medarbetare har utbildats till systemadministratör.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Inga vårdskador har inträffat. Ökad fokus på patientsäkerheten, mer kunskap bland medarbetare om vikten av standardiserat förfarande vid labbeställningar. Trots neddragning av läkarbemanning har tillgänglighet till läkare kunnat bibehållas och patienter har fått bedömning och vid behov recept utan fördröjning.

En blick framåt

Det viktigast för patientsäkerhetsarbetet kommande år är att verksamhetens framtid avseende organisation, tillhörighet och uppdrag tydliggörs. Vidare att verksamheten garanteras ett stabilt IT-förvaltarstöd.

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 verksamhetens olika delar, 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 i åldrarna 12-23 år 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 verkar 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 består huvudsakligen 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 är att:

- årligen skriva patientsäkerhetsberättelse och utifrån den planera följande verksamhetsårs fortsatta patientsäkerhetsarbete,
- en gång i veckan hantera upprättade avvikelser på enhetsmöte tillsammans med medicinskt ledningsansvarig,
- värna och främja en god fysik och psykisk arbetsmiljö,
- erbjuda medarbetare fortlöpande intern och extern utbildning, 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 samtlig medicinsk personal inklusive timanställda. Medicinskt ansvarig läkare finns alltid tillgänglig på telefon. Samverkan och internutbildning för kontaktsaker som kräver flera kompetenser. Kontinuerlig dialog om arbetssätt och rutiner för samtlig personal.

Samverkan med andra vårdgivare

Kontakt och möte med lab angående provhanteringen.
Besök hos vårdgranne – Tolkcentralen - för genomgång av hjärtstartare och utrymningsväg. Kontakt med Kvartersakuten Matteus för fortsatt samarbete kring EKG och utformning av gemensamt dokument i samband med antibiotikaförskrivning till vissa patienter.

I förekommande fall samarbete med Elevhälsans medicinska insats, Socialtjänst, Polisväsende, närstående, specialiserade mottagningar inom landstinget, annan ungdomsmottagning 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.

Om en vårdskada inträffar informeras patienten. Om patienten är omyndig erbjuds patienten och dennes anhöriga att delta i händelseanalysen. Om patienten är myndig kommer anhöriga via patienten att erbjudas 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 statistikgenomgång eller vid genomgång av verksamhetsberättelsen. Frågor lyftes vid behov till vårdgivaren. Statistik tas ur journalsystemet och ur Landstinget Rapp-system.

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 till 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 besökstid för samtal.

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

Väntrumsformulär 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 rapporterande myndigheten.

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 framförande av klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelse	1 gång i veckan	Skriftlig blankett, protokoll
Veckomöten under ledning av medicinskt ledningsansvarig läkare		
Analys och sammanställning av avvikelser	1 gång per år	Avvikelsepärm
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Dokumenterad rutin, samarbetsyta
Loggkontroll journalsystem	1 gång i månaden	Loggar
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Ny rutin för att återföra åtgärder, händelser och risker till samtliga medarbetare även de timanställda har införts.

Risk och konsekvensanalys har gjorts inför organisationsförändring av läkarbemanningen.

Förändrade rutiner för bokning av psyko/sociala samtal för att minska väntetider och förbättra flöden.

Gamla labbevakningslistor och osignerade provsvar i journalsystemet har kontrollerats och befunnits åtgärdade.

Pappersjournaler har skannats in.

Rutiner och ansvar för smittspårning har förtydligats.

Uppdatering av samtliga rutindokument på samarbetsytan har genomförts.

Risikanalys

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

All personal ansvarar för att identifiera och rapportera risker som kan medföra negativa händelser eller tillbud i verksamheten. Stress, hög arbetsbelastning, stort besöksstryck kan öka risken för felaktigheter, bristande omhändertagande och korrekta avvägningar. Verksamhetschefen ansvarar för regelbunden över- syn och dimensionering av bemanning för att minska riskerna för brister i ar- betsmiljön som kan påverka patientsäkerheten. Om det kommer fler besökare än vad mottagningen kan ta emot vid det enskilda tillfället erbjuds en tid föl- jande dag eller hänvisas till annan ungdomsmottagning

Risker vid läkemedelsadministration eller vid kirurgiska ingrepp analyseras vid medicinska veckomöten under ledning av medicinskt ansvarig. Avstäm- ning och uppdatering av skriftliga rutiner sker kontinuerligt.

För att minska risken för felaktigheter fyller alla ungdomar i ett besöksformu- lär som täcker många områden av betydelse för hälsoläget. Särskilda avväg- ningar kan behöva göras för individer som är asylsökande, har skyddad identi- tet eller lever i en hederskontext.

Risikanalys har skett kontinuerligt utifrån de avvikelser som inkommit. Verksamhetschefen ansvarar för att uppmärksamma och påtala risker till vårdgivaren.

Identifierade risker i verksamheten:

- otillräckligt IT-stöd för journalsystem och provhantering, förvaltarstöd saknas,
- driftsavbrott i digitala system, mjuk och hårdvara ofullständigt kom- patibla,
- personuppgiftshantering av skyddad identitet, reservnummer, heders- problematik,
- intern kommunikation gällande rutiner mellan fast personal och ti- manställda/konsulter,
- kirurgiska komplikationer,
- underdimensionerad bemanning av psyko/social personal.

Risker relaterade till målgruppen:

- avsaknad av legitimation, 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

Inga vårdskador har inträffat under verksamhetsåret.

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 vid klagomål.

De viktigaste åtgärderna för att *förbättra* informationssäkerheten har varit:

- informationsklassning med riskanalys av journalsystemet har genomförts,
- all personal har genomfört en grundläggande e-utbildning i GDPR med anledning av de förändringar den nya dataskyddsförordningen innebär,
- omfattande arbete har lagts ned på att försöka lösa bristerna i labhantering och IT-stöd,
- genomgång och kontroll av bevaknings- och signeringslistor,
- hanteringen av personuppgifter utanför journalsystemet har begränsats,
- ytterligare en medarbetare har utbildats till systemadministratör.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska risk för felaktigheter avseende labprover	Utarbeta nya rutiner för provhantering	Nya rutiner Kontakt med lab	20 avvikelser	Svårvärderat resultat, eventuellt minskning, nya rutiner i drift senaste halvåret
Klargörande av mottagningens uppdrag och ansvar	Översyn och dialog med uppdragsgivare och internt	Förtydligande av rutiner för remisser på samverkansyta Dialog med konsultläkare angående målgrupp	Ej mätbart	Saknas
Ökad patientsäkerhet	Fortlöpande mätning, sammanställning och återkoppling av avvikelser	Patientsäkerhetsarbete	Inga vårdskador	Samtliga medarbetare är viktiga i patientsäkerhetsarbete. Den fysiska och psykiska arbetsmiljön har bäring på patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelser

Totalt har 38 avvikelserapporter upprättats och analyserats. Tjugo avvikelser handlar om brister i provhanteringen. Resterande om orimligt lång väntetid hos remissinstans, enstaka stöld, fel vid receptförskrivning, fel i smittspårningsärendet, felaktig personuppgift, ungdom avvisad hos remissinstans, brister i administrativa rutiner vid stängning.

Klagomål och synpunkter

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

Under 2018 har 17 st väntrumsformulär lämnats in. Av dessa framför 5 st kritik som handlade om långa väntetider, ifrågasättande av besöksformulär som används vid öppethus och någon enstaka brist i bemötande. Nio väntrumsformulär gav uttryckt för positivt bemötande och professionalism. Samtliga ifyllda väntrumsformulär har gått igenom på enhetsmöten och lett till diskussioner om bemötande och våra rutiner vid öppethus.

Händelser och vårdskador

Inga vårdskador har inträffat. De händelser som har inträffat har framfört allt handlat om brister i provhantering. Prover har ej analyserats, vissa har vi ej fått svar på, fel analys har gjorts, problem med bevakning, labbeställningar går ej att göra digitalt, vissa labsvar kan inte läsas in digitalt. En lärdom vi gjort är att timanställd personal ej bör ansvara för bevakning av inkommande provsvar.

Mottagningen har inte kunnat ta emot alla ungdomar i vår målgrupp som söker samtalsstöd. Konsekvensen av detta är svår att överblicka.

Riskanalys

Vi behöver digitalisera vår provhantering och minska antalet moment vid labordination. För att kunna digitalisera provhanteringen behöver vi utökat systemförvaltarstöd. Det viktigast för patientsäkerhetsarbetet kommande år är att verksamhetens framtid avseende organisation, tillhörighet och uppdrag tydliggörs.

Behovet av hjälp för psykologiska besvär är stort. Det innebär svårigheter för oss att fullgöra vårt uppdrag avseende psykosociala insatser för målgruppen. Betydande väntetider hos andra vårdgivare medför risker för försämrad hälsa.

Mål och strategier för kommande år

Mål	Strategi
Säkrare provhantering	Installera etikettskrivare
Stabil IT-miljö	Nya datorer, centralt förvaltningsstöd
Fördjupad samsyn vårdnivå och arbetssätt	Regelbundna möte med gynekolog-konsult
Förbättrade flöden och resursanvändning av mottagningens psyko/sociala arbete	En del av kuratorstjänst avsätts till utveckling av arbetssätt. Vidareutbildning MI. Avstämningsmöten.